



Enfermería:
La Filosofía y Ciencia de Cuidado

Universidad Autónoma de Chihuahua

M.E. Luis Alberto Fierro Ramírez

Rector

M.A.V. Raúl Sánchez Trillo

Secretario General

M.L. Ramón Gerónimo Olvera Neder

Director de Extensión y Difusión Cultural

M.A. Herik Germán Valles Baca

Director Académico

M.P.E.A. Alfredo Ramón Urbina Valenzuela

Director de Investigación y Posgrado

M.I. Ricardo Ramón Torres Knight

Director de Planeación y Desarrollo Institucional

M.C. Francisco Márquez Salcido

Director Administrativo

**Sindicato del Personal Académico
de la Universidad Autónoma de Chihuahua**

M.I. Benito Aguirre Sáenz

Secretario General

M.F. Rubén Torres Medina

Secretario de Organización

M.S.I. Edgar Rascón Núñez

Secretario de Asuntos Académicos

Enfermería: La Filosofía y Ciencia de Cuidado

JEAN WATSON



143

Colección Textos Universitarios
Universidad Autónoma de Chihuahua
Chihuahua, México, 2019

Primera edición, 2019

Watson, Jean

Enfermería: la filosofía y ciencia del cuidado / Jean Watson. — México : Universidad Autónoma de Chihuahua : Sindicato del Personal Académico de la UACH, 2016
354 p. (Textos Universitarios, 143)
ISBN 978-607-536-041-6

1. Educación. investigación. enfermería. temas relacionados

Edición: Dirección de Extensión y Difusión Cultural

Director: Ramón Gerónimo Olvera Neder

Jefe editorial: Berenice León Galindo

Producción: Susana Cristina Perea Ochoa

Diseño de portada y maquetación: Ángel Javier Machado Favela

Prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del contenido de esta obra por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, en cualquier forma, sin permiso previo por escrito del autor y de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

Derechos reservados para esta primera edición, 2019

© Jean Watson

© Sindicato del Personal Académico de la UACH

© Universidad Autónoma de Chihuahua

Campus Universitario I s/núm.

Chihuahua, Chih., México. CP 31178

Correo: editorial @uach.mx

Tel. (614) 439-1853

ISBN 978-607-536-041-6

Enfermería:
La Filosofía y Ciencia del Cuidado

EDICIÓN REVISADA

JEAN WATSON, PHD, RN, AHC-BC, FAAN
Profesora distinguida de Enfermería
Cátedra Murchinson-Scoville en Ciencias del Cuidado
Universidad de Colorado – Denver, Anschutz Medical Center
Aurora

Traductores

Grupo de Cuidado Humano de la Facultad de Enfermería y
Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

M.E. Gilberto Acosta Castañeda
M.E. Italia Rivera Baylón
M.E. Raúl Antonio Chávez Úrias
M.E. Claudia Yanet Fierro Herrera
M.E. Francisco Evané López Pereda
M.E. Mariana Vargas Beltrán
M.S.N. Elvira Sáenz López
Dr. Martín Eduardo Sías Casas

Colaboradores externos

M.E. Lourdes Alejandra Vergara Hernández
Docente de la Universidad Autónoma de Guanajuato del
Departamento de Enfermería, División Ciencias de la Vida,
Campus Irapuato-Salamanca.

Magister - Lic. Enf. Héctor Rosso
Caritas Coach® –WCSI Sur Uruguay, Faculty Associate.
Estudiante postdoctoral WCSI.

Traductor certificado

LLI. Iván Raúl Rodríguez Rodríguez



Figura 1. Grupo de Cuidado Humano de la Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua.

Esta nueva edición está dedicada a mis nietos, Demitri, Alma y Theo Everdosa, Gabriel y Joseph Willis. Mi gratitud y amor a mis hermosas hijas, Jennifer y Julie. Estoy muy bendecida de tenerlos en mi vida y en el trabajo de mi vida; ellos son a veces mis mejores maestros. También deseo honrar las enseñanzas, apoyo y lecciones aprendidas de mi difunto esposo, Douglas, quien estuvo conmigo a lo largo de la redacción de la primera edición de este libro.

Los estudiantes de la Universidad de Colorado, estudiantes y colegas alrededor del mundo, continúan comunicando e inspirándome acerca de la profunda naturaleza de este trabajo y su potencial para generar amor y cuidado global, abriendo nuevos horizontes de cuidado, sanación y paz en el mundo. Siempre estoy aprendiendo de aquellos que inspiran a otros a hacer de este marco una presencia viva en su vida personal y profesional, en enfermería y cuidado de la salud.

El enfoque de este trabajo no es para cualquier enfermera, sino para la Enfermera Cáritas, quien está en el viaje hacia las dimensiones más profundas del cuidado-sanación de la enfermería y en su sendero personal-profesional de autenticidad y evolución de la consciencia, devolviendo el amor, espíritu, propósito y significado a sus vidas y el trabajo de vida en el mundo.

Este trabajo sirve un tanto como la continuación de mensaje a las nuevas generaciones de enfermeras y profesionales de la salud, ocupados y comprometidos con las prácticas Cáritas. Mi gratitud especial va a aquellos estudiantes, profesionales y colegas alrededor del mundo quienes son y hacen "El Trabajo". Como a menudo digo, me siento a sus pies por respeto.

Siempre le recuerdo a todos: yo escribo y enseño sobre lo que he aprendido, necesitando continuamente aprender.

Índice

Índice	11
Agradecimiento	19
Prefacio: Abriendo y entrando: un nuevo comienzo casi treinta años después.	21
Interludio	25
PARTE I. ANTECEDENTES	27
PARTE II. LA CIENCIA DEL CUIDADO COMO CONTEXTO	41
Capítulo 1. Enfermería: La Filosofía y la Ciencia del Cuidado	41
• Supuestos básicos de la ciencia del cuidado hu- mano	43
• Premisas de la ciencia del cuidado	44
• Definición operativa de la ciencia del cuidado humano	45
• Cuidado: Ciencia-Artes-Humanidades	46
• “Competencias” ontológicas: Alfabetización del cuidado.	50
• Ejemplos de alfabetización del cuidado (ontológico)	52
• Dimensiones de la literatura Cáritas de Watson: Un trabajo en progreso.	52

Capítulo 2. Factores Carativos/Proceso Cáritas: Núcleo original y evolucionado para la enfermería profesional 57

- Aspectos centrales de la teoría del cuidado humano 57
- De lo *Carativo* a *Cáritas*. 62
- Principios/prácticas fundamentales: de Carativo a *Cáritas*. 63
- Surgimiento de *Enfermería Cáritas* y *Enfermera Cáritas* 64

Capítulo 3. Procesos Cáritas: Extensión de los factores carativos. 69

- Cuidado y amor 69
- Supuestos de valor de *Cáritas*. 71
- *Proceso Cáritas* – El cultivo de la práctica de amor-bondad y ecuanimidad hacia el ser y otros como fundamento de la *Conciencia Cáritas*. 73

PARTE III. DE LOS FACTORES CARATIVOS A LOS PROCESOS CÁRITAS. 75

Capítulo 4. Del Factor Carativo 1: Sistema de valores humanísticos-altruistas al Proceso Cáritas 1: Cultivo de la práctica de amor-bondad y ecuanimidad hacia el ser y otros como fundamento de la *Conciencia Cáritas* 75

- Comenzando con ejercicios para centrarse. 79
- Ejercicio para centrarse 81
- Ejercicio adicional: cultivo de una práctica de gratitud y perdón. 85
- Hacia una práctica formal de meditación de conciencia-intuición: amor-bondad y ecuanimidad
- Amor-bondad 89

Capítulo 5. Del Factor Carativo 2: Implementación de la fe y esperanza al <i>Proceso Cáritas 2: Estar auténticamente presente: Habilitar, sostener y honrar la fe, esperanza y el sistema de creencias profundas y el mundo de la vida intersubjetiva del ser/otros</i>	93
Capítulo 6. Del Factor Carativo 3: Cultivo de la sensibilidad al ser y otros al <i>Proceso Cáritas 3: Cultivo de las propias prácticas espirituales y el ser transpersonal, ir más allá del propio ego</i>	101
• Integración de los factores y procesos.	102
• Nota/recordatorio educacional.	104
Capítulo 7. Del Factor Carativo 4: Desarrollo de una relación de ayuda-confianza al <i>Proceso Cáritas 4: Desarrollar y sostener una relación de cuidado de ayuda-confianza</i>	105
Capítulo 8. Marco teórico para <i>Cáritas</i> /relación de cuidado.	111
• Relación <i>Cáritas</i> /de cuidado.	111
• Relación de cuidado transpersonal.	112
• Supuestos de la Enfermera <i>Cáritas</i> : Relación transpersonal de la <i>Conciencia Cáritas</i>	116
• Un momento de cuidado	117
• Premisas holográficas de la relación/ <i>Conciencia Cáritas</i>	118
• Otros ejemplos de enfermería congruentes con la <i>Conciencia Cáritas</i> transpersonal.	118
• Modelo de Halldórsdóttir: del cuidado biocídico al cuidado biogénico (<i>Cáritas</i>)	120
• Florence Nightingale como fundamento teórico original para el cuidado/relación de <i>Conciencia Cáritas</i>	122

• Recordatorios	123
• Modelo de cuidado centrado en las relaciones .	124
 Capítulo 9. Del Factor Carativo 5: Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos al <i>Proceso Cáritas</i> 5: Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos .	 137
 Capítulo 10. Del Factor Carativo 6: Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas para la toma de decisiones al <i>Proceso Cáritas</i> 6: Uso creativo del ser y todas las formas de conocimiento como parte del proceso de cuidado; involucrarse en el arte de la Enfermería Cáritas	 143
• Reconsiderando la práctica basada en la evidencia.	146
• Nuevos cuestionamientos sobre “evidencia” . . .	148
• <i>Procesos Cáritas</i>	150
• Perspectiva filosófica para la ciencia del cuidado: <i>Procesos Cáritas</i>	151
• Documentación del cuidado.	153
 Capítulo 11. Del Factor Carativo 7: Promoción de enseñanza y aprendizaje interpersonal al <i>Proceso Cáritas</i> 7: Participar en experiencia genuina de enseñanza-aprendizaje que asiste la unidad del ser y el significado subjetivo – tratar de mantenerse en el marco de referencia del otro.	 165
 Capítulo 12. Del Factor Carativo 8: Asistencia en un ambiente mental, físico, social y espiritual de apoyo, protección y/o corrección al <i>Proceso Cáritas</i> 8: Crear un ambiente de sanación en todos los niveles.	 169
• Confort	169
• Seguridad.	171
• Privacidad	174

• Dignidad humana	175
• Entornos limpios y estéticos	177
• Niveles expandidos de la conceptualización ambiental	179
• Lo que tenemos en nuestro corazón importa en la creación de un entorno Cáritas.	182
• Modelo de campo ambiental Cáritas	183
Capítulo 13. Del Factor Carativo 9: Asistencia con la gratificación las necesidades humanas al <i>Proceso Cáritas 9: Administrar los actos sagrados de enfermería de cuidado-sanación atendiendo las necesidades humanas básicas</i>	185
Capítulo 14. Administración de actos sagrados de enfermería – Desarrollo adicional del factor carativo/<i>Proceso Cáritas 9</i>	191
• Necesidad humana de alimento y fluido	191
• Significado de la necesidad de alimento y fluido para la <i>Enfermería Cáritas</i>	194
• Necesidad humana de eliminación: “evacuación”/aseo/apariencia personal	196
• Significado de la necesidad de eliminación para la <i>Enfermería Cáritas</i>	198
• Necesidad humana de ventilación: “respirar”	199
• Significado de la necesidad de ventilación para la <i>Enfermería Cáritas</i>	201
• Necesidad humana de actividad-inactividad	202
• Significado de la necesidad de actividad-inactividad para la <i>Enfermería Cáritas</i>	213
• Necesidad humana de sexualidad/creatividad/intimidad/amor	215
• Significado de la necesidad de sexualidad para la <i>Enfermería Cáritas</i>	218

• Necesidad humana de logro: expresividad, trabajo y contribución más allá del ser	220
• Significado de la necesidad de logro para la <i>Enfermería Cáritas</i>	224
• Necesidad humana de afiliación: pertenencia, familia, relaciones sociales, cultura	225
• Significado de la necesidad de afiliación para la <i>Enfermería Cáritas</i>	230
• Necesidad humana de autorrealización/crecimiento espiritual.	231
• Significado de la necesidad de autorrealización para la <i>Enfermería Cáritas</i>	233
 Capítulo 15. Del Factor Carativo 10: Permitir las fuerzas existenciales-fenomenológicas al Proceso Cáritas 10: Abrirse y asistir los desconocidos espirituales/misteriosos y existenciales de la vida y la muerte	 239
• La <i>Enfermera Cáritas</i> evolucionada	242
• Conclusiones	244
 PARTE IV. EXPANSIÓN DE CONOCIMIENTO-CONSTRUCCIÓN DE MARCOS PARA RECONSIDERAR LA ENFERMERÍA CÁRITAS: EL MODELO ENERGÉTICO DE CUADRANTE DE CHACRAS.	 249
 Capítulo 16. Modelo integral para comprender las necesidades en la <i>Enfermería Cáritas</i>	 249
 Capítulo 17. Los siete chacras: Un enfoque unitario en evolución del sistema energético de necesidades básicas	 253
• Sistema corporal energético de los chacras	257
• Las necesidades biofísicas y correspondiente sistema energético de chacras.	258
• La evolución humana – sistemas energéticos de consciencia de orden mayor.	263

Capítulo 18. La Enfermera Cáritas/Enfermería Cáritas y el sistema de chacras.	271
• Resumen de los chacras	273
PARTE V. SALUD, SANACIÓN, HUMANIDAD, Y SABER CENTRADO EN EL CORAZÓN PARA LA ENFERMERÍA CÁRITAS	275
Capítulo 19. Las experiencias humanas: Salud, sanación y Enfermería Cáritas	279
• Sanar nuestra relación con el ser/otros/planeta tierra/universo	281
• Mejorando nuestra comprensión del sufrimiento humano: ayudando a transformar este significado	282
• Sufrimiento	285
• Profundización y expansión de nuestro entendimiento de la vida y la muerte: Reconocer el ciclo de luz/oscuridad del gran círculo sagrado de la vida	286
• Preparación para nuestra propia muerte.	288
PARTE VI. CRÍTICA A LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA	291
Capítulo 20. El currículo Cáritas y la enseñanza-aprendizaje.	291
• Conjunción del corazón y la mente para la educación cáritas	291
• Objetivismo como epistemología mítica-epistemología como ética.	293
• Nightingale como entendimiento ejemplar de la “Epistemología como Ética”.	295

• Lo analítico y experimental como epistemología mítica	295
• Partes y totalidades: la retórica y las preguntas obsesivas de la educación en enfermería.	296
• Abordaje de las preguntas y problemas retóricos educativos para el siglo XXI.	297
• Reconsiderando a Nightingale como modelo y ejemplo.	298
• Ciencia del cuidado como contexto de la educación en enfermería	300
• Educación profesional de enfermería del mañana	304
• Conclusiones	307
Epílogo	311
ANEXOS	313
1. Ejemplos de lugares inter/nacionales donde se practica la ciencia del cuidado	313
2. Carta: Consorcio Internacional Cáritas (ICC)..	321
3. Borrador del documento de trabajo sobre el proyecto del ICC “Alfabetización Cáritas”	325
4. Proyectos del ICC de investigación sobre datos de cuidado internacionales	335
5. El Instituto Watson de Ciencia del Cuidado.	341
Posdata: Precepto	342
Bibliografía	345

Agradecimiento

Un especial agradecimiento a Kathryn Linch, una estudiante de enfermería avanzada y asistente de investigación, con la Universidad de Denver Colorado y la Rush Presbyterian University, fue un regalo para mí durante la escritura de este libro. Ella ofreció sus talentos para apoyarme así como a mis actividades y a la solicitud de realizar este libro, además de otros trabajos profesionales que emergen de mis escritos. Ella está creando nuevas plantillas para mi página Web (www.uchsc.edu/nursing/caring), y me ayuda a actualizarla y mantenerla.

Además, ella ha servido como *Webmaster* y asistente para un grupo internacional que está emergiendo, El Consorcio Internacional Cáritas (www.caritasconsortium.org), cuyos miembros convocan a la participación de sus trabajos en esta área, aprendiendo unos de otros, y ofreciendo guía a otros con el propósito del Modelo de la Ciencia del Cuidado como dirección para su vida personal, profesional y laboral.

Quiero reconocer y agradecer a Darrin Pratt y a la imprenta de la Universidad de Colorado por su interés y apoyo continuos en mantener este trabajo vivo y actualizado para las nuevas generaciones de profesores, estudiantes y profesionales. Esta nueva edición revisada busca mantener los valores, conceptos, esperanzas y visión de cuidado-sanación viva en el mundo para todos aquellos comprometidos con la Filosofía y Ciencia del Cuidado Humano como fundamento para la enfermería, el cuidado a la salud y el sustento de la humanidad misma.

Prefacio

*Abriendo-entrando:
un nuevo comienzo casi treinta años después*

Sentada en la tranquilidad de México, mi espacio sagrado y secreto, en mi cumpleaños, con sentimiento de nostalgia y mis cuestionables nociones de la vida y los ciclos del tiempo. Estoy sentada en la tranquilidad, regresando a mi primer libro: La filosofía y la ciencia del cuidado en enfermería. El trabajo original (1979) presentó este marco como el cimiento, el alma, el núcleo y la esencia de la enfermería como disciplina y profesión.

Ahora me planteo una renovación, revisión y actualización total de este trabajo, dándole vida hasta este punto del tiempo, tras haber experimentado varias evoluciones de vida, cambios; incluso transformaciones de ser y de sistema, incluyendo profundización en la “Teoría”.

Me reconecto con mi ciclo de vida, así como con los ciclos de la carrera de mi trabajo, tanto al principio como al final y como el ciclo continuo del tiempo. Al igual que la marea alta viene con la luna y la marea baja con la puesta del sol, me pongo al ritmo del mar. Mi humor está en armonía con el oleaje a medida que se levanta y cae con cada ciclo de las olas. Así me preparo para revisar y actualizar el trabajo original al mismo tiempo que hago el círculo completo en la revisión de mi vida, trabajo y carrera, moviéndome a otro espacio rítmico para este tiempo en mi mundo personal y de vida profesional.

O más bien, dejé que todo me moviera, me tomara, me bañara, me preparara para un nuevo espacio en mi pensamiento y para reconectarme, como una nueva ola en la orilla, pero con familiaridad del mar oceánico del pensamiento, el cual

sigue corriendo a través de mi vida y mis obras completas sobre el cuidado. Estoy constantemente escribiendo, enseñando, reflexionando qué necesito aprender.

Sin saber cómo esta edición revisada se desarrollará, pero habrá de emerger, invito a otros a entrar y seguir mi camino en el futuro. En este momento me siento sombría y celebratoria a medida que ingreso al proceso.

El cuidado empieza con estar presente, abierto a la compasión, misericordia, gentileza, amor-bondad y ecuanimidad hacia uno mismo antes de que nos podamos mostrar compasivos en el cuidado a otros. Comienza con el amor a la humanidad y todo lo que está vivo: las inmanentes, sutiles, radiantes vicisitudes de la vida de luz y sombra en el camino – honrando con reverencia el misterio, lo desconocido, la *impermanentia* y los cambios pero participando de forma activa y con alegría en todo ello, el dolor, la alegría, todo.

Así, para comenzar, te invito a un proceso de centrado y reflexión, una pausa reflexiva y una meditación contemplativa:

Solo toma una respiración profunda y apréciate a ti mismo, tu vida, en toda su totalidad/vacío, todo lo que eres lo estás sintiendo justo ahora, reflexiona brevemente qué está emergiendo para ti en relación al llamado personal a la enfermería y tu razón y propósito continuos para permanecer. Te invito a brevemente estar en silencio, abre tu corazón así como tu mente; ofrece un sentido de gratitud por tu vida y todo lo que te ha traído hasta este punto en el tiempo.

Así, tú empiezas a darte cuenta con este ingreso a un espacio de pausa, silencio, respiración y gratitud que este trabajo evolucionado no es más que una nueva edición del trabajo original; evoca una quietud contemplativa y reflexiva. Este trabajo invita a regresar al propio núcleo interior para reconectarse con el fundamento colectivo atemporal y con la misma alma de esta antigua, pionera y noble profesión.

Se espera que este trabajo continuo provoque que recordemos por qué entramos a este campo, reconectándote con lo que te ha mantenido involucrado, el conocimiento, los valores y prácticas que son esenciales si tú, otras enfermeras y la enfermería por sí misma han de mantener regalo duradero y atemporal de ofrecer servicios de cuidado-sanación humana informados, morales, conocedores e informados para sostener a la humanidad en nuestro trabajo diario y en el mundo.

Estoy verdaderamente honrada y bendecida porque tú eres parte de mi viaje. Te agradezco por ser residente temporal en este camino.

JW



Figura 2. Jean Watson (autora) en Boulder, Colorado, en el campus de la Universidad de Colorado. Foto por AliveStudios.com



Figura 3. Jóvenes Caminando por
Edouard Vuillard, c. 1981.

Interludio

Ustedes/ Nosotros quienes no sabemos del futuro de enfermería y el
cuidado a la salud
Nosotros/ Ustedes que conocemos demasiado del pasado
Ahora entren a un nuevo espacio
Ustedes/ Nosotros creamos nuevas opciones
Imaginamos nuevas esperanzas
Y posibilidades aun no soñadas –
Vibrantes posibilidades
Esperando desarrollarse para la humanidad, para la salud, la sanación
Para Ser-Hacer-Convertirse en Enfermería bajo una nueva melodía.
Aprendiendo una nueva canción –
Un nuevo sonido, un nuevo ritmo, una nueva Voz
Abriéndose a lo que podría ser, sin conformarse con lo que ya es
Y que ya no sirve
Ser, sociedad
Ustedes/ Nosotros lo viejo y lo nuevo
A medida que encuentres a cualquiera que te diga
Que la Enfermería es menos de lo que tú sabes y crees
Dales tu bendición y date la vuelta.
Si lo que alguien te ha dicho está basado en el miedo, es limitado o
limitante
También bendícelos y date la vuelta.
Da la vuelta hacia el amor y cuidado desde nuestro profundo ser.
Tú eres la fuente de tu propio poder y posibilidades

Parte I

Antecedentes

Enfermería: La Filosofía y Ciencia del Cuidado (1979) fue mi primer libro y mi entrada al trabajo académico. Este trabajo fue publicado antes que se diera atención formal a la teoría de enfermería como fundamento de la disciplina de la misma y antes que se diera mucho enfoque a un fundamento filosófico significativo para la ciencia, educación y práctica de la enfermería.

El trabajo “emerge de mi búsqueda de traer un nuevo significado y dignidad al mundo de enfermería y cuidado a la persona” (Watson 1997:49). Los conceptos teóricos se derivan y emergen de mis experiencias personales y profesionales; eran clínicamente inductivas, empíricamente bien fundadas y combinadas con mi filosofía, ética, intelecto y experiencias culturales (Watson, 1997). Mi búsqueda y trabajo siempre han sido acerca de lo profundo del entendimiento de la humanidad de mi ser y de todos, y la vida por sí misma, trayendo esas dimensiones hacia enfermería. Así, el primer trabajo surge de mis propios valores, creencias, percepciones y experiencias con preguntas retóricas e inefables. Por ejemplo, ¿Qué significa ser un ser humano? ¿Qué significa cuidar? ¿Qué significa sanar? Preguntas y puntos de vista de personalidad, vida, el ciclo de vida, cambio, salud, sanación, relaciones, cuidado, integridad, dolor, sufrimiento, humanidad y otras incógnitas guiaron mi búsqueda para identificar el marco de enfermería como una distinta entidad, profesión, disciplina y ciencia por derecho propio; separada, pero complementaria a la orientación curativa de medicina (Watson, 1979). Mis visiones se intensificaron por

mi compromiso (1), con el rol profesional y la misión de enfermería (2), es un pacto ético con la sociedad como sostenimiento del cuidado humano y preservación de la dignidad humana. Incluso cuando amenazan; y (3) servir a, y ayudar a, sostener la dignidad humana, la humanidad e integridad en medio de las amenazas y crisis de la vida y la muerte. Todas estas actividades, experiencias, cuestiones y procesos trascienden la enfermedad, diagnósticos, condiciones, escenario y más; estas han sido y permanecen durante y a través del tiempo y espacio, a pesar del cambio en los sistemas, sociedad, civilización y ciencia.

El trabajo original (1979) se ha expandido y evolucionado a través de publicaciones, otros libros, videos y CDs, junto con iniciativas clínicas, educativas y administrativas para transformar la enfermería profesional. Le han seguido una serie de libros de la teoría del cuidado que han sido traducidos por lo menos a nueve idiomas. Otros libros importantes sobre la teoría del cuidado que le siguieron al trabajo original incluyen:

- *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing* (1985). East Norwick, CT: Appleton-Century-Crofts. Reprinted/Published (1999). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- *Postmodern Nursing and Beyond* (1999). Edinburgh, Scotland: Churchill-Livingstone. Reprinted/Republished New York: Elsevier.
- *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science* (ed.) (2002). New York: Springer (Galardonado con el Libro del Año del *American Journal of Nursing*).
- *Caring Science as Sacred Science* (2005). Philadelphia: F.A. Davis (Galardonado con el Libro del Año del *American Journal of Nursing*).

Otros libros basados en la ciencia del cuidado en que he sido coeditora o coautora han sido extensiones de estos trabajos, pero no se comentaran aquí (Por ejemplo, Bevis and Watson [1989],

Toward a Caring Curriculum, New York: National League for Nursing [reprinted 1999, Sudbury, MA: Jones & Bartlett]; Watson and Ray [1998] [eds.], *The Ethics of Care and The Ethics of Care*, New York: National League of Nursing; Chinn and Watson [1994], *Art and Aesthetics in Nursing*, New York: National League of Nursing). También vean el sitio web (Watson, 2004^a) para las citas completas de libros y publicaciones.

Enfermería: La Filosofía y Ciencia del Cuidado (1979) provee del núcleo y estructura original y de la Teoría del Cuidado Humano: Diez Factores Carativos. Estos factores fueron identificados como aspectos esenciales del cuidado en la enfermería, sin la cual es posible que las enfermeras no hayan practicado la enfermería profesional, sino que funcionaran como trabajadores técnicos o calificados en el marco dominante de la tecno-cura de la ciencia de la medicina. Este trabajo se ha mantenido como una especie de clásico por sí mismo. No ha sido revisado desde su publicación original; solo reimpressiones lo mantienen vivo, gracias a la Universidad de Colorado.

Esta edición (2008) es un complemento expandido y actualizado del texto original, con secciones completamente nuevas que remplazan secciones previas, mientras que otras secciones que continúan siendo relevantes se incluyen con revisiones menores. Me han aconsejado que retener el texto original en esta revisión es parte esencial para que permanezca viva, ya que es posible que la versión original de 1979 deje de publicarse. Así, este trabajo conserva el núcleo esencial del libro original al mismo tiempo que actualiza el texto con nuevos contenidos, completando el ciclo del libro original con mi propia evolución y cambios en el trabajo durante un lapso de por lo menos treinta años.

Para hablar del contexto de esta evolución (antes de abordar la revisión del libro original), he incluido una breve visión en conjunto del enfoque y contenido del otro libro que sirve como antecedente de mi trabajo en evolución, los cuales surgieron del libro original *Enfermería: La Filosofía y Ciencia del Cuidado*.

Mi segundo libro, *Enfermería: Ciencia Humana y Cuidado Humano, Una Teoría de Enfermería*, fue publicado por primera vez en 1985 y fue publicado por la *National League for Nursing* (Liga Nacional de Enfermería) (1998) y Jones y Bartlett (1999). Se extiende en los aspectos filosóficos y transpersonales de los momentos de cuidado como marco esencial. Este enfoque ubica las ideas teóricas, de forma más explícita, dentro de un contexto más amplio de ética, arte e incluso metafísica como fenómenos en los que radica la enfermería pero que a menudo no nombra, expresa, ni actúa en relación a ellos.

Como se ha señalado en el pensamiento contemporáneo postmoderno, si la profesión no tiene su propio lenguaje, no existe; por lo tanto, es importante dar nombre, reivindicar, articular y actuar en relación a los fenómenos de la enfermería y del cuidado, si la enfermería ha de cumplir su mandato y razón de ser para la sociedad. Este segundo libro de teoría busca hacer más explícita la realidad de que si la enfermería ha de sobrevivir en este milenio, tiene que sostener y hacer explícito su pacto con el público. Este pacto incluye tomar una madura responsabilidad profesional para dar voz a, defender y actuar en el conocimiento, valores, ética y habilidades de práctica en el cuidado, sanación y salud.

Lo que era/es notable en el segundo libro de teoría, es el reconocimiento explícito de la dimensión espiritual del cuidado y sanación. Se desarrollan más los conceptos como lo transpersonal, la ocasión de cuidado, el momento de cuidado y el “arte del cuidado transpersonal” (Watson 1985:67). Además, en este trabajo, como se ve reflejado en el título, se hacen distinciones respecto al contexto de la ciencia humana en el que reside la enfermería, por ejemplo:

- La filosofía de la libertad, elección y responsabilidad humana.
- La biología y psicología del holismo.

- Una epistemología que tiene lugar no solo para empíricos, sino también para los avances en estética, valores éticos, intuición, conocimiento personal, percepciones espirituales, junto con el proceso de descubrimiento, imaginación creativa y formas evolutivas de indagación.
- Una ontología del tiempo y espacio.
- El contexto de los eventos, procesos y relaciones inter-humanas que conectan/son uno con el ambiente y el universo inmenso.
- El punto de vista científico que se abre (Watson 1985:16).

Por lo tanto, la orientación de la ciencia humana y el cuidado humano difiere de la ciencia convencional, e invita cualitativamente a que se honren como legítimos y necesarios, diferentes aspectos implicados cuando trabajamos con experiencias humanas y cuidado-sanación humana, salud y los fenómenos de la vida.

- En este trabajo, uno encuentra la primera mención de “ocasión de cuidado”, “campo fenomenal”, “transpersonal” y el “arte del cuidado transpersonal”, invitando al pleno uso del ser en el “momento de cuidado” (Watson 1985:58-72). La ocasión de cuidado/momento de cuidado, se convierte en transpersonal cuando “dos personas (enfermera y otro), juntas con sus historias de vida únicas y campos fenomenales (de la percepción), se convierten en un punto focal en el espacio y tiempo, del cual el momento tiene un campo por sí mismo que es mayor que la ocasión por sí misma. Como tal, el proceso puede ir más allá de sí mismo (y lo hace), sin embargo puede surgir de aspectos de sí mismo que se convierten en parte de la historia de vida de cada persona, así como, parte de un patrón de vida más grande, profundo y complejo” (Watson 1985:59).
- El momento de cuidado puede ser un punto de inflexión existencial para la enfermera, en el sentido que hay una pausa,

se decide “ver”; es una acción influenciada y guiada por la intencionalidad y conciencia de cómo ser en el momento, completamente presente, abierto a las otras personas, abierto a la compasión y conexión, más allá del enfoque de control del ego que es tan común. En el momento de cuidado, la enfermera toma el Gestalt del momento presente y es capaz de “leer” el campo, más allá de la apariencia externa y del comportamiento del paciente. El momento es “transpersonal” cuando la enfermera es capaz de ver y conectarse con el espíritu de otros, abierto para expandir las posibilidades de lo que pueda ocurrir. El fundamento de esta perspectiva es la sabiduría, conocimiento y entendimiento que “Nosotros aprendemos el uno del otro, cómo ser más humano, identificándonos a nosotros mismos con otros y encontrando sus dilemas en nosotros. Lo que todos aprendemos del otro, es auto conocimiento. El Yo que aprende acerca de o descubre es siempre sí mismo: es universal. Aprendemos a reconocernos a nosotros en otros” (Watson 1985:59).

- Esta conexión de humano a humano expande nuestra compasión y cuidado, y mantiene con vida nuestra humanidad en común. Todos estos procesos dependen y sostienen nuestra humanidad compartida y ayuda a evitar la reducción de otro ser humano a la condición moral del objeto (Watson 1985:60).

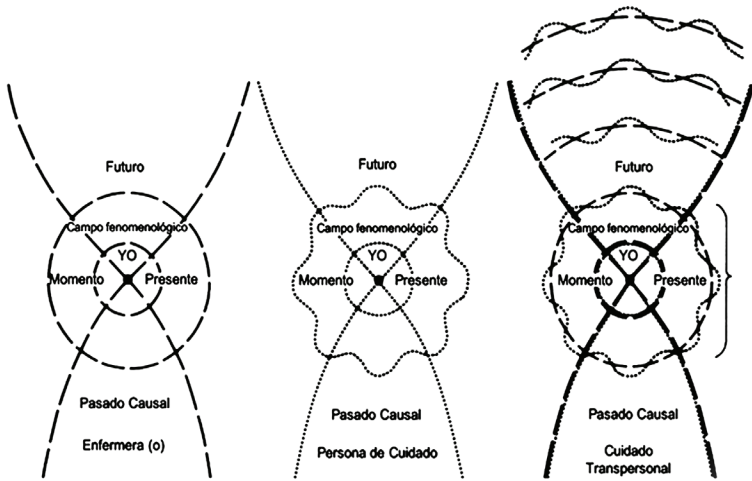


Figura 4. Dinámicas del proceso del cuidado humano, incluyendo la dimensión transpersonal enfermera-paciente. Ilustración por Mel Gabel, Universidad de Colorado, Departamento de Comunicaciones Biomédicas. Reimpreso, con permiso, de Watson (1985-1999). Traducción por Italia Rivera (2019).

Este segundo trabajo concluye con una muestra de la metodología de la ciencia humana como forma de investigación en el cuidado. Se discute la fenomenología trascendental como un ejemplo de experiencias de pérdida y duelo de la ciencia humana-ciencia del cuidado que fueron investigadas en una tribu aborígen en Australia occidental. Al interior de las experiencias de investigación surgen poesía y expresiones artísticas y metafóricas usando la metodología extendida. Tal enfoque es consistente con los hallazgos y experiencias en este contexto único, en el sentido que esta metodología permite un efecto “poético” de articulación de experiencias que se sienten y viven, trascendiendo los sucesos y las descripciones puras (fenomenología descriptiva).

Por lo tanto, las vistas trascendentales fueron consistentes con las dimensiones transpersonales y proveen un espacio para la paradoja, ambigüedad, resonancia sensual y expresiones creativas, yendo más allá de la fenomenología superficial (Watson 1985:90-91). Por ejemplo: “En otras palabras,

cómo pueden el frío, la insensibilidad, el trato y el tono distante y dogmático tener las posibilidad de enseñar la verdad o el profundo significado del fenómeno humano asociados con el cuidado humano, cuidado transpersonal y dolor, y transmitir experiencias de gran dolor, gran belleza, pasión y alegría. No podemos transmitir la necesidad de compasión, complejidad o de cultivar el sentimiento y la sensibilidad en palabras que carecen de calidez, amabilidad y buenos sentimientos” (Watson 1985:91). El resultado es poetizar; “no puede ser otra cosa que poético” (Heidegger citado en Watson 1985:98).

Tal ejemplo de metodología invita a la unión entre las humanidades y artes con la ciencia, uno de los temas perennes en mi trabajo. Finalmente, este segundo libro presenta mis ideas y establece las bases para la siguiente evolución de mi trabajo sobre la Ciencia del Cuidado que vino después.

El tercer libro, *Enfermería Posmoderna y más allá* (1999), dio enfoque al paradigma profesional que está fundado en la ontología de las relaciones y en un fundamento ético-ontológico antes de brincar a la epistemología de la ciencia y tecnología. El enfoque de este trabajo fue la necesidad de clarificar el fundamento ontológico del Ser-en-relación dentro del paradigma del cuidado, la unidad de mente-cuerpo-espíritu/esencia yendo más allá de la ontología anticuados separatistas de la moderna Era I del pensamiento médico-industrial. En este libro se han desarrollado los aspectos espirituales y energéticos evolucionados de la conciencia del cuidado, intencionalidad y presencia humana, así como la evolución personal de los practicantes de la enfermería. Esta evolución se ubicó dentro de la emergente cosmología posmoderna de sanación, totalidad y unicidad que honra a la unidad del todo.

Esta perspectiva posmoderna, según se desarrolla en el tercer libro, intenta proyectar a la enfermería y el cuidado a la salud a la primera mitad del siglo XXI, cuando habrá requisitos radicalmente diferentes para todos los practicantes de la salud y

roles y expectativas totalmente diferentes entre el público y los sistemas del cuidado a la salud (Watson, 1999: XIII). En este texto resalta el énfasis en la energía femenina Yin que es necesaria para el cuidado y la sanación, que se está redescubriendo por igual entre practicantes de la enfermería y otras áreas de la salud y la sociedad, porque el sistema dominante está desequilibrado con la arquetípica energía del Yang, que no es la fuente para la sanación. La propia enfermería sirve como arquetipo para la sanación y representa la metáfora de la profunda energía sanadora del Yin que está emergiendo dentro de un paradigma completamente diferente. Lo que se propone es un cambio ontológico fundamental en la consciencia, reconociendo una relación simbiótica entre la humanidad-tecnología-naturaleza y el inmenso universo en expansión. Este giro evolutivo evoca al retorno al sagrado núcleo de la humanidad, invitando a que el misterio y el asombro regresen a nuestras vidas, trabajo y mundo. Tales puntos de vista reintroducen un sentido de reverencia a la apertura a las posibilidades infinitas. Se hace énfasis en la importancia de las prácticas ontológicas de cuidado-sanación, fundamentadas en la intencionalidad y conciencia expandidas, que se intersecta con tratamientos tecnológicos de la medicina avanzada. En esta obra es evidente el modelo original de Nightingale para la enfermería y encarna todas las artes y ritos del cuidado-sanación, redescubiertas y honradas por nuevas razones. Se usan metáforas del *arquetipo ontológico*, *artista ontológico* y *arquitecto ontológico* para capturar los roles y visiones para la enfermería en este milenio/Era III de la enfermería y medicina (Watson 1999: XIV-XV).

Mi más reciente libro de teoría, *Ciencia del Cuidado como Ciencia Sagrada* (2005) (El cual recibió el premio de libro del año 2006 de la *American Journal of Nursing* [AJN] en la categoría de investigación), desarrolla más los temas en obras anteriores sobre el cuidado. Este trabajo ubica a la Ciencia del Cuidado en un contexto ético-moral-filosófico, evolucionado y

científico, guiado por los trabajos de Emmanuel Lévinas (1969, francés) y Knud Løgstrup (1997, danés).

El más reciente trabajo de la Ciencia del Cuidado, busca un modelo científico que reintegre la metafísica en el dominio físico material y reinventa a la Ética-de-Pertenencia (al campo infinito de amor cósmico universal) (Lévinas 1969) como antes y debajo del Ser-en-Sí por sí misma –ya no separada del mayor campo universal de la infinitud a la que todos pertenecemos y a la que regresamos del plano terrenal.

La “Ética del Rostro” de Lévinas –lo que significa afrontar nuestra humanidad y la de otros– es explorada como metáfora de cuánto profundizamos y sostenemos nuestra humanidad para sobrevivir a lo humano, en contraste a “totalizar” la condición humana y separarnos de la fuente infinita de vida y el magnífico campo cósmico que nos une a todos. La “Exigencia Ética” de Løgstrup que da luz a la noción de la “Ética de las Manos”, en la que él nos recuerda la exigencia ética soberana, inarticulada y a menudo anónima en que “cuidamos la vida que se nos ha confiado y a nuestras manos” (Løgstrup 1997:18).

El libro de la *Ciencia del Cuidado como Ciencia Sagrada identifica estos supuestos básicos* (Watson 2005:56):

- Lo infinito del espíritu humano y el universo en evolución.
- La antigua y emergente cosmología de una consciencia única de relación entre Todo.
- La ética ontológica de Pertener a nuestro Ser Separado (Lévinas 1969).
- La posición moral de afirmar la infinitud y el misterio de la condición humana y mantener vivo el espíritu humano que evoluciona a través del tiempo, es decir, afrontar y profundizar nuestra humanidad y la de otros (Lévinas 1969).
- La exigencia ética que reconoce que estamos tomando la vida de las personas en nuestras manos; esta expresión soberana de la vida se nos está dando, antes y más allá

de nuestro control con expresiones de confianza, amor, cuidado, honestidad, perdón, gratitud, etc., más allá de las fijaciones del ego y los sentimientos obsesivos que son expresiones negativas de la vida (Løgstrup 1997).

- La relación entre nuestra consciencia, palabras y pensamientos, cómo afectan positivamente o negativamente nuestro campo energético-transpersonal del ser, convertirse y pertenecer; por lo tanto, nuestra consciencia afecta nuestra capacidad para conectarnos, para “Estar-en-una-relación-correcta” con la fuente: el campo cósmico infinito universal del AMOR.

En este contexto evolucionado de la Ciencia del Cuidado, podemos apreciar, honrar y enfrentar la realidad de que la vida se nos ha dado como un regalo; somos invitados a afirmar y profundizar nuestra humanidad y la de otros, como punto de partida ético y moral para el cuidado-sanación profesional. En la visión de Lévinas, la “Ética de Pertenencia” (a este campo cósmico universal de amor) se convierte en el primer principio y punto de partida para cualquier ciencia, permitiendo que la ética y metafísica se reúnan con la ciencia convencional.

Estos puntos de vista no son diferentes a la noción de Nightingale de los procesos naturales de sanación, que recurren a la dimensión espiritual que son la mayor fuente de sanación (1969). En efecto, ha sido reconocido en filosofías y tradiciones de sabiduría perennes en diferentes épocas, culturas y en diversos sistemas de creencias que la mayor fuente de sanación es el amor.

Así, mi libro de la Ciencia del Cuidado da una dimensión decididamente sagrada al trabajo del cuidado, haciendo más explícito el que habitamos en el misterio y en la infinidad del amor cósmico como la fuente y profundidad de toda la vida.

Venimos del mundo espiritual y regresamos a la fuente espiritual cuando estamos vulnerables, estresados, temerosos, enfermos y así sucesivamente. Esto es comparable con la noción de Nightingale de poner al paciente en la mejor condición

para que la naturaleza sane, reconociendo que la curación se basa en la naturaleza y en procesos naturales. En este marco se reconoce que estamos trabajando con las fuerzas interiores de la vida; podríamos decir, la energía de la vida y el alma, del ser y el otro y que necesitamos conectarnos con el campo infinito universal.

El ser humano es parte del todo que es llamado “universo”, una parte limitada en tiempo y espacio. El ser humano [se] experimenta [a sí mismo,] pensamientos y sentimientos, como algo separado del resto, como un tipo de ilusión óptica... de la conciencia... Nuestra tarea debe ser liberarnos de esta prisión [de ilusión] agrandando nuestro círculo de compasión [cuidado y amor] para abarcar todas las criaturas vivas y el todo de la naturaleza en toda su hermosura. Nadie es capaz de lograrlo por completo, pero el esfuerzo para obtener eso, es en sí mismo parte de la liberación (Albert Einstein citado en la página del título Williamson 2002).

Cuando estamos conscientes de una cosmología expandida, y de un fundamento ético-moral más amplio y más profundo, se incrementan nuestras nuevas ideas y despertares; nos abrimos a la humanidad-en-relación-al-universo-inmenso, inspirando un sentido de maravilla, sabiduría, admiración y humildad. Estamos invitados a aceptar nuestra necesidad de sabiduría, más allá de la información y conocimiento por sí solos, y rendirnos a eso que es más grande que nuestro ser-ego por sí solo y el mundo exterior sobre el que pensamos que tenemos control y que buscamos manipular.

En el presente trabajo reafirmo el asombro emergente y en evolución y la apreciación de ver el humano-universo como Uno. La visión holográfica del cuidado refleja el universo holográfico: esto es, el todo está en cada parte y cada parte afecta el todo.

De este modo, en el desarrollo de conceptos y prácticas,

teorías y filosofías del cuidado-sanación que se entrecruzan con el Amor, invocamos el Cuidado como parte de nuestra conciencia e intención de afectar el Todo con el uso en la práctica de nuestros propios dones y talentos únicos. Al hacerlo, la parte de nuestro trabajo personal y profesional contribuye a hacer la diferencia en el momento pero también afecta el campo holográfico universal que nos rodea y al que todos pertenecemos.

En otras palabras, a través de la ciencia moderna, así como a través de las antiguas tradiciones de sabiduría, nos damos cuenta de que lo que hacemos para nosotros mismos beneficia a otros y lo que hacemos para otros nos beneficia a nosotros. Si una persona es sanada, ayuda a sanar a todos. Si otros son sanados, nos ayuda a sanar. La mutualidad del cuidado afecta el campo universal al que todos pertenecemos y energéticamente tenemos efecto con nuestra conciencia y nuestros actos concretos. Todos somos candidatos para despertar un corazón compasivo (Chödrön 2005), la base más profunda de la Enfermería Cáritas.

Y ahora yo, treinta años más tarde, después de ofrecer un panorama general y una actualización a los textos anteriores de mi trabajo evolucionado sobre la Ciencia del Cuidado y la Teoría del Cuidado Humano, vuelvo al texto original y ofrezco revisiones y perspectivas actuales para la nueva edición. De forma irónica, quizá no sorprendente, el texto original contenía el modelo para la evolución de estas ideas que se han mantenido y ampliado a través de estos años.

Parte II

La Ciencia del Cuidado como contexto

Capítulo 1. Enfermería: La Filosofía y la Ciencia del Cuidado

Edición revisada

El texto original comienza con una discusión de la enfermería como la Filosofía y Ciencia del Cuidado. Ahora pondero el sugerir que ahora, al menos treinta años después, tal vez podría enmarcarse como Cuidado: la Filosofía y Ciencia de Enfermería. Continúan las discusiones y ambigüedades en cuanto a la naturaleza de la Ciencia del Cuidado y su relación con la ciencia de enfermería. Surgen preguntas retóricas, tal como, ¿Hay claras diferencias entre las dos? ¿Se sobreponen? ¿Se entrecruzan? ¿Son una, la misma? Las preguntas quizá permanecen, pero el presente trabajo ofrece una posición distinta. Transponiendo el orden de Enfermería y Cuidado, invita a un nuevo contexto y discurso.

Mi posición es esta: la Ciencia del Cuidado como punto de partida para enfermería, como campo de estudio ofrece un fundamento disciplinar distinto para la profesión. Proporciona una meta-narrativa ética, moral y guiada por valores para su ciencia y sus fenómenos humanos, su enfoque para el cuidado-sanación-persona-naturaleza-universo. Reintroduce el espíritu y las sagradas dimensiones a nuestro trabajo, vida y mundo. Permite una reunión entre la metafísica y el mundo físico-material de la ciencia moderna.

En la propuesta de la Ciencia del Cuidado como contexto y matriz disciplinar que guía el desarrollo y madurez profesional, reconozco que hay una diferencia entre la disciplina

de la enfermería y la profesión de la enfermería. Es ampliamente conocido que la disciplina (de cualquier campo) debe influir en la profesión. La matriz disciplinar del cuidado lleva los meta paradigmas, valores, la metafísica, la metanarrativa filosófica-moral, con respecto a lo que significa ser humano, honrar la unidad del Ser, la unidad cuerpo-mente-espíritu/universo; la disciplina ofrece enfoques sobre la materia y una perspectiva distinta en la materia. La profesión sin claridad en su contexto disciplinar pierde el camino en medio de cambios de otro mundo y fuerzas que orillan a la conformidad con el status quo del momento.

La disciplina de la enfermería, desde mi posición, es/ debería estar fundada en la Ciencia del Cuidado; esto a cambio influye en la profesión. La Ciencia del Cuidado influye y sirve como punto de partida fundacional moral-filosófico-teórico para la educación en enfermería, el cuidado al paciente, la investigación e incluso las prácticas administrativas.

Si enfermería a través del tiempo hubiera nacido y madurado en la conciencia y claridad de la orientación de la Ciencia del Cuidado, quizá estaría en un lugar evolucionado diferente al de hoy: un lugar más allá de la lucha con la ciencia biomédica-técnica convencional que todavía persiste, más allá de la crisis en el cuidado que persigue a los hospitales y el sistema en estos días, más allá de la escasez crítica de enfermeras y enfermería que la sociedad experimenta en este momento histórico y más allá de las colectividades que no consideran el cuidado en nuestra vida y mundo. Nuestro mundo cada vez más lucha con guerras, violencia y actos inhumanos, ya sea de humano a humano, de humano a medio ambiente o de humano a naturaleza.

A pesar de que hay ahora una cosmología evolucionada en todas las disciplinas, incluyendo física, ciencias básicas y otros campos científicos, todavía nos encontramos encerrados en nuestros pensamientos anticuados dentro de un mundo físico separatista- materialista y una visión del mundo exterior

como nuestro punto de partida. La Ciencia del Cuidado, en contraste, tiene como punto de partida una ontología relacional que honra el hecho de que todos estamos conectados y pertenecemos a la fuente –al campo espiritual universal de la infinitud (Lévinas 1969)– antes y después del plano humano de las experiencias del mundo. La Ciencia del Cuidado hace más explícita la existencia de una unidad y conectividad entre todas las cosas en el gran círculo de la vida: cambio, enfermedad, sufrimiento, muerte y renacimiento. La orientación de la Ciencia del Cuidado mueve a la humanidad más cerca hacia una comunidad moral, más cerca de relaciones pacíficas con la comunidad propia y otras, estados, otros mundos y el tiempo.

SUPUESTOS BÁSICOS DE LA CIENCIA DEL CUIDADO HUMANO (ADAPTADO CON MODIFICACIONES MENORES DE WATSON 1979:8-9)

- La Ciencia del Cuidado es la esencia de enfermería y el núcleo básico disciplinar fundacional de la profesión.
- El Cuidado puede ser más efectivamente demostrado y practicado de forma interpersonal; sin embargo, la conciencia del cuidado puede ser comunicada más allá/ trasciende el tiempo, el espacio y lo físico (Watson 2002a).
- Los procesos y conexiones de humano a humano intersubjetivos mantienen vivo un sentido común de humanidad; nos enseñan cómo ser humanos identificándonos a nosotros mismos con otros, por lo cual, la humanidad de uno es reflejada en la de otro (Watson 1985:33).
- El Cuidado consiste en Factores Caritativos/Procesos Cáritas que facilitan la sanación, honran la totalidad y contribuyen a la evolución de la humanidad.
- El Cuidado efectivo promueve sanación, salud, crecimiento individual/familiar y un sentido de totalidad, perdón, consciencia evolucionada y paz interior que trasciende

las crisis y el miedo de las enfermedades, diagnósticos, dolencias, traumas, cambios de la vida, etc.

- Las respuestas del Cuidado aceptan a una persona, no solo como lo que él o ella son en este momento, sino como lo que él o ella pueden ser/se convierten.
- La relación de Cuidado es una que invita a la aparición del espíritu humano, abriéndose al auténtico potencial, estando auténticamente presente, permitiendo a la persona a explorar opciones, escogiendo la mejor acción para ella, para “Estar-en-la-relación-correcta” en cualquier punto del tiempo dado.
- El cuidado es más “salugénico” que curación.
- La Ciencia del Cuidado es complementaria a la Ciencia de la Curación.
- La práctica del Cuidado es central a la enfermería. Las contribuciones sociales, morales y científicas radican dentro del compromiso profesional de los valores, ética e ideales de la Ciencia del Cuidado en teoría, en práctica y en la investigación.

PREMISAS DE LA CIENCIA DEL CUIDADO (ADAPTADO DE WATSON 2005:218-219)

- El conocimiento del cuidado no puede ser asumido. Es un esfuerzo epistémico-ético-teórico que requiere explicación y desarrollo continuo.
- La Ciencia del Cuidado está fundamentada en la ontología relacional-ética de la unidad en el universo, que influye a la epistemología, metodología, pedagogía y praxis del cuidado en enfermería y campos relacionados.
- La Ciencia del Cuidado abraza el pluralismo epistemológico, buscando entender la intersección y las conexiones subdesarrolladas en las artes y humanidades, y las ciencias clínicas.
- La Ciencia del Cuidado abraza todos los caminos de conocimiento/ser/hacer: los caminos del conocimiento y el ser éticos, intuitivos, personales, empíricos, estéticos e

incluso espirituales/metafísicos.

- La indagación en la Ciencia del Cuidado engloba el pluralismo metodológico, por el cual el método fluye desde el fenómeno en cuestión –diversas formas de indagación buscan unificar las visiones ontológicas, filosóficas, éticas y teóricas al mismo tiempo que incorporan el empirismo y la tecnología–.
- El cuidado (y la enfermería) han existido en cada sociedad. Cada sociedad ha tenido a personas que han cuidado de otros. Una actitud de cuidado no es transmitida de generación en generación por los genes. Es transmitida por la cultura de una sociedad. La cultura de enfermería, en esta instancia la disciplina y profesión de enfermería, tiene un rol vital social-científico en el avance, sostenimiento y preservación del cuidado humano como forma de cumplir su misión en la sociedad y humanidad más amplia.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LA CIENCIA DEL CUIDADO HUMANO (EXTRAÍDO/MODIFICADO DE WATSON 2004A, WATSON AND SMITH 2002)

La Ciencia del Cuidado es campo de estudio filosófico-ético-epistémico en evolución, fundado en la disciplina de enfermería e influenciada por los campos relacionados. El cuidado es considerado como una característica principal en el metaparadigma del conocimiento y la práctica de la enfermería. La Ciencia del Cuidado es influida por una postura ética-moral-espiritual, que engloba la orientación humanitaria de la ciencia humana a los procesos, fenómenos y experiencias del cuidado humano. Está ubicado dentro de una visión del mundo que no es dualista, racional y unificada, donde hay una conectividad con Todo: el campo universal del infinito: AMOR cósmico. A esta visión del mundo en ocasiones se le refiere como:

- Un paradigma unitario transformador (Newman, Sime y Corcoran-Perry 1991; Watson 1999).
- Conciencia no local (Dossey 1991).

- Medicina/Enfermería de la Era III (Dossey 1991, 1993; Watson 1999).

La Ciencia del Cuidado dentro de esta visión del mundo se intersecta con las artes y humanidades y los campos relacionados de estudio y práctica.

CUIDADO: CIENCIA-ARTES-HUMANIDADES

Para entender la enfermería como disciplina y un campo de estudio distinto es honrarla dentro del contexto del arte, humanidades y una visión expandida de la ciencia. Como una disciplina distinta, es necesario reconocer que la enfermería y el Cuidado viven dentro de una matriz humanitaria así como científica; por lo tanto, hay una intersección entre las artes, humanidades, filosofía, ciencia y tecnología. La disciplina abarca una amplia visión del mundo que honra humanidad y universo en evolución que están llenos de asombro y cosas desconocidas, así como expectativas fijas conocidas sobre nuestro mundo.

Así como la profesión a veces puede desviarse de su patrimonio disciplinar, así también, nosotros a menudo olvidamos que existe una necesidad igual para las visiones humanistas-estéticas de un fenómeno similar. Las humanidades y las artes buscan responder a preguntas diferentes a las que interesan a la ciencia. No deja de ser importante entender las características esenciales que conllevan y las formas en que son similares y diferentes y en las que también convergen.

Por ejemplo, la ciencia convencional se preocupa por el orden, predicción, control, métodos, generalizaciones, separación, objetividad y así sucesivamente. Los tres clásicos supuestos que han dado forma a la ciencia moderna convencional son el objetivismo, reduccionismo y positivismo (Harman 1990-1991; Watson 2005). La ciencia en este contexto no puede responder a ciertas cuestiones de la humanidad, del cuidado y lo que significa ser humano. Generalmente la ciencia no se preocupa por las respuestas específicas individuales, sino que

está más preocupado con las predicciones y generalizaciones acerca de otros anónimos. No se puede esperar ni se le puede exigir el mantener vivo un sentido de humanidad común (Watson 1979:4). No ofrece reflexiones a la profundidad de las experiencias humanas como el dolor, alegría, sufrimiento, miedo, perdón, amor, etc. Una exploración tan profunda de la humanidad se expresa y se pondera a través del estudio de la filosofía, el teatro, las artes, películas, literatura, estudios humanísticos, las propias humanidades, etc. Esta perspectiva es aprendida a través del autoconocimiento, autodescubrimiento y experiencias humanas compartidas, combinadas con el estudio de las emociones y relaciones humanas que reflejan nuestra humanidad compartida.

A pesar de las inherentes diferencias entre la ciencia y las humanidades, ambos campos, de hecho, todos los campos de estudio están cambiando, expandiéndose, creciendo hacia nuevas intersecciones dinámicas entre ellos. Hay convergencia entre el arte, la ciencia y espiritualidad; esta convergencia se ha hecho más prevalente dentro de los modelos emergentes de la medicina mente-cuerpo-espíritu, denominada medicina complementaria-alternativa-integrativa, y nuevos entendimientos de la física de la ciencia, medicina energética, espiritualidad y sanación, y así sucesivamente.

Las intersecciones entre las artes y la ciencia ayudan a revelar qué está más allá de los confines y contingencias del mundo visible, a “ver” lo que es más profundo, vislumbrando el espíritu humano, el alma humana, su belleza y encanto, cualquiera que sea su forma o condición (Housden 2005:3). Como propone Housden, las artes ayudan a nuestros ojos a ver más de lo usual: de la vida en general pero también de nosotros mismos. Se puede decir lo mismo de las humanidades, el teatro y también la ciencia, abriéndonos a nuevos horizontes y posibilidades de sentido. Sin embargo, las artes nos ayudan “a dar testimonio de la alegría, sufrimiento, dolor y lucha eternas de nuestra propia alma humana, a sentir la agri dulce y conmovedora realidad de nuestra mortalidad física” (Housden 2005:3). A su propia

manera el arte y la ciencia nos recuerdan que nosotros “somos tanto finitos como infinitos y lo que hay en medio” (Housden 2005:10-11). Al considerar la Ciencia del Cuidado, las artes, humanidades y la belleza de la ciencia y la vida misma, todas intervienen. Cuando uno participa en el cuidado humano y sanación, uno no puede ignorar los elementos de la estética y la belleza, así como el dominio espiritual del viaje de la vida.

En las palabras de Emerson: “A este elemento [la belleza] yo le llamo un fin supremo. No se puede pedir ni dar ninguna razón de por qué el alma busca la belleza. La belleza en su sentido mayor y más profundo es una expresión del universo” (Emerson 1982:48). En este sentido, entonces, las artes nos transforman y ayudan para ver nuestro mundo cotidiano de un modo diferente, en ese sentido las artes nos mueven a un espacio en donde podemos crear visiones en otras formas del Ser/Hacer/Conocer y preguntar qué podría significar realizarlos (Green 1991). Es esta participación en las artes y un sentido de belleza que da lugar al asombro, a las preguntas y la ponderación de nuestro ser.

El arte y ciencia del cuidado-sanación está surgiendo en la enfermería y medicina ortodoxas, ya que el público tiene hambre de la intersección entre el arte, ciencia, belleza y las dimensiones espirituales del arte de sanación y salud, también tienen un mayor sentido del autoconocimiento, autocontrol y bienestar. Como lo entendió Kandisky (1997), “lo espiritual reside en las artes” (así como Emerson veía a la naturaleza como espíritu); quizá son lo mismo, aprovechando el espíritu humano de la humanidad y la fuente universal de infinito donde radicamos.

En cualquier caso, en el trabajo de enfermería y sanación, nos basamos en el arte de sanar, en un modo más amplio que integra la ciencia, artes, belleza y espiritualidad. Estas son manifestas en potencial ilimitado para las artes, como las artes visuales, música, sonido, aroma, baile, movimiento, teatro, drama, narración de cuentos, diseño, psicoarquitectura/arquitectura sagrada sanadora y una variedad de modalidades

energéticas táctiles/de contacto y sin contacto.

Hay diversas categorías de artes sanadoras emergentes. Se han identificado por lo menos 4 tipos:

- Arte destinado a sanar directamente, usando símbolos, imágenes que calman y centran.
- Arte creado para facilitar la sanación de los propios artistas; por ejemplo arte autobiográfico, arte representacional que proyecta incidencias de tratamiento, enfermedad y cambio.
- Arte acerca de aspectos específicos del proceso de sanación –dolor, pérdida, cambio de imagen corporal, duelo, muerte, así como esperanza, cambio, alegría, reflexiones internas y así sucesivamente–.
- Psicoarquitectura diseñada por artistas; espacios de sanación/arquitectura de sanación – este arte/arquitectura hace un esfuerzo científico preciso y consciente, intencional, incluso técnico para integrar símbolo, mito, arquetipo, misterio y leyenda en temas arquitectónicos y ambientales. Tal arte puede considerarse “diseño ontológico”, una integración de la geometría sagrada a las estructuras arquitectónicas de manera que los humanos puedan “ser” y sentir de modo distinto, como un modo de experimentar el ser-en-armonía, con campo universal sagrado de la energía de la vida para la sanación, totalidad, alineación, etc. (Lafo, Capasso and Roberts 1994:9).

La Ciencia del Cuidado busca combinar la ciencia con las humanidades y las artes. La Ciencia del Cuidado no es neutral respecto a los valores, objetivos, perspectivas subjetivas individuales y significados humanos. No está separada de las emociones humanas y sus diversas expresiones, ya sea que estén ligadas culturalmente o reveladas individualmente.

La disciplina de la enfermería –guiada por la orientación de la ciencia del cuidado– busca estudiar, investigar, explorar, identificar, describir, expresar y cuestionar la relación e intersección entre los aspectos éticos, ontológicos, epistemológicos,

metodológicos, pedagógicos y de la praxis de la enfermería, incluyendo políticas de salud y prácticas administrativas. Por lo tanto, una orientación en la Ciencia del Cuidado busca congruencia entre la ciencia clínica de enfermería, humanidades, artes, la materia y fenómenos humanos del conocimiento y práctica del cuidado.

COMPETENCIAS “ONTOLÓGICAS”: ALFABETIZACIÓN DEL CUIDADO*

Al movernos de una discusión de las artes, belleza, humanidades y la ciencia, quizá exista más conciencia de la conexión entre forma integrada de pensar acerca de la Ciencia del Cuidado y el arte humano. Dichas nociones se traducen a lo que antes me he referido como “Competencias Ontológicas”, reformulada como “Alfabetización del Cuidado”, o “Alfabetización Cáritas”.

Mientras que el significado de Alfabetización se asocia con las habilidades de leer y escribir, la noción de tener fluidez en el cuidado en los niveles personal y profesional introduce un nuevo significado para profundizar en nuestras formas de asistir a y cultivar cómo Ser-profundamente humano/humanitario y Ser-Compasivo y Tener una presencia de Sanación. Esta forma de Ser es una forma de alfabetización humana, arte humano.

* El movimiento de la noción de “competencias ontológicas” al concepto de “Literatura del Cuidado” es influenciada por Joan Boyce, Universidad de Victoria, British Columbia, Tesis doctoral: *Nurses Making Caring Work: A Closet Drama*, y la discusión final durante el examen final de doctorado, junio 2007.



Figura 5. Manos de luz y amor: la base de la sanación en medio de la oscuridad institucional. Hans Neleman/Getty Images

Dicha alfabetización incluye inteligencia emocional del corazón, conciencia, intencionalidad, nivel de sensibilidad y eficacia, seguido por un proceso continuo de toda la vida y un viaje por el autocrecimiento y autoconciencia evolucionados y en continua evolución. Tal despertar de nuestro ser y habilidades, cultiva habilidades y conciencia de tener, transmitir y practicar el comunicar pensamientos de cuidado, amor, amabilidad, ecuanimidad, como parte de nuestro Ser profesional. Este nivel evolucionado de Ser/Presencia ontológica es ahora un requisito ético para cualquier profesional que participa en el cuidado-sanación. Quizás este requerimiento era y siempre ha estado presente en la tradición del profesional de la salud, pero en algún lugar a lo largo del camino de la práctica y educación profesional tomó un desvío del fundamento de nuestra humanidad compartida. Un regreso al enfoque en las Competencias Ontológicas, dentro de la noción evolucionada de la Alfabetización del Cuidado, parece esencial para equilibrar y llevar a cabo las competencias tecnológicas generalizadas, ayudando a hacer estas habilidades y formas del Ser parte del

requisito de la educación y práctica de la enfermería.

EJEMPLOS DE ALFABETIZACIÓN DEL CUIDADO (ONTOLÓGICO)

Solo he comenzado a identificar algunas de estas denominadas Competencias Ontológicas para cultivar la Alfabetización del Cuidado (Watson 1999). (Para explorar más estas ideas dentro del contexto de Nightingale, ver Watson 1999: capítulo 14). Adicionalmente, está surgiendo un proyecto del Consorcio Internacional Cáritas (ICC por sus siglas en inglés), enfocado en la Alfabetización del Cuidado y Alfabetización Cáritas, buscando más y más especificidad en el conocimiento, habilidades y las formas de ser para manifestar dicha alfabetización. En los anexos se encuentra un documento operativo que también se puede encontrar en el sitio web: www.caritasconsortium.org.*

Mientras tanto, he identificado las siguientes dimensiones de orientación generales como ejemplos de las “Competencias Ontológicas” que facilitan la Alfabetización del Cuidado. Estas direcciones han surgido de mi trabajo de la última década más o menos, y necesitan continuar desarrollándose con más especificidad –algo relacionado con el proyecto ICC–, conduciendo en última instancia a una mejor documentación y evaluación del Cuidado/*Cáritas*.

Invito a los lectores a identificar los procesos ontológicos/de alfabetización que aporten a su práctica de cuidado-sanación y a continuar contribuyendo a más especificidad para que estas prácticas puedan ser enseñadas, documentadas, investigadas y practicadas.

DIMENSIONES DE LA ALFABETIZACIÓN CÁRITAS DE WATSON: UN TRABAJO EN PROGRESO

- Cultivar la conciencia de cuidado e intencionalidad como punto de partida.
- Habilidad de “Centrarse”-calmarse, de hacer pausa antes

de entrar al cuarto de la persona o estar calmado en la presencia de otros.

- Habilidad para “leer el campo” cuando entramos al espacio de vida o al campo del otro.
- Habilidad de Estar presente-Estar con otros, así como Hacer por otros.
- Dirigirse e identificar a la persona por su nombre.
- Mantener el contacto visual según sea apropiado para las personas, su significado cultural y su sensibilidad.
- Habilidad para aterrizar el ser y el otro con actos reconfortantes, calmantes y tranquilizantes.
- Detectar con precisión los sentimientos de otros.
- Permanecer dentro del marco de referencia de otros.
- Invitar y escuchar auténticamente el significado interno, la historia subjetiva de otros.
- Escuchar auténticamente/oír detrás de las palabras.
- Considerar a otros con una actitud de amor-bondad, ecuanimidad, dignidad y respeto incondicionales.
- Habilidad de ser uno con el “silencio”, esperando a que el otro reflexione para responder preguntas, permitiendo que surjan los pensamientos internos de los otros.
- Responder a los sentimientos y estados de ánimo de los otros de forma verbal y no verbal, con auténtica congruencia afectiva.

* Un subgrupo del ICC tiene un trabajo actual en borrador de Literatura Cuidado/ Cáritas, el cual está en curso y se encuentra en el anexo III.

Este último documento ICC en la literatura Cáritas está basado en reuniones, diálogo y trabajo previo entre los miembros del subgrupo: J. D’Alfonso, Scottsdale Health, Scottsdale, Arizona; J. Duffy, The Catholic University of America, Washington, D.C.; Gene Riggoti, InovaHealth, Fairfax, Virginia; J. Watson, University of Colorado-Denver y Health Sciences, Colorado; y Terri Woodward, The Children’s Hospital, Denver, Colorado. Los artículos con una palomita en este documento representan elementos en la Caring Assessment Tool ©- Versión IV (Duffy, Hoskins and Seifert 2007).

- Cultivar y crear rituales de cuidado-sanación significativos: traducir las tareas convencionales de la enfermería a actos de sanación intencionados.
- Por ejemplo, el lavado de manos como purificación, limpieza psíquica y física; uso como oportunidad para “centrarse”, liberarse y bendecir al paciente/situación mientras se prepara uno mismo para ingresar al siguiente momento.
- Incorporar, trasladar y ampliar las habilidades/tareas de enfermería en artes de enfermería/modalidades de cuidado-sanación, por ejemplo: uso intencional del sonido de la música, el tacto, aroma, belleza estética visual, enfoques energéticos, etcétera.
- Llevar a cabo tareas y procedimientos convencionales de enfermería, tales como necesidades y actos de cuidado físico básicos, como artes de cuidado-sanación intencionales, reverenciales y respetuosos.
- Cultivar las propias prácticas para el crecimiento espiritual y evolución de la consciencia superior/más profunda.
- Otros que faltan por identificarse (ver www.caritasconsortium.org).

Necesitamos continuar explorando modelos para cultivar la Alfabetización del Cuidado y la habilidad en asistir a nuestra presencia humana en “Ser-en-las-relaciones-de-cuidado-sanación”. Estas direcciones incorporan aspectos de cuidado, tales como el silencio, canción, música, poesía, contacto físico y no físico, prácticas de centrado en la “presencia”; uso de las artes, formas de expresión no verbal, afirmaciones conscientes llenas de energía espiritual; la posesión de las intenciones de plenitud, tranquilidad, sanación, etcétera.

Dentro del marco de referencia de la Alfabetización del Cuidado, es importante darse cuenta de que la enfermera no está solo en el ambiente, capaz de hacer cambios significativos en las formas de *Ser/Hacer/Saber* en el ambiente físico, sino que *la enfermera ES el ambiente* (Quinn 1992; Watson 2005). Por lo tanto, la enfermera es invitada a participar en la reflexión

interna significativa hacia la *Enfermera/Ser* como un campo energético vibratorio de la conciencia e intencionalidad (Quinn 1992), afectando todo el ambiente para bien o para mal. La conciencia (cuidado-amor) de las enfermeras irradia efectos de vibraciones superiores. Una enfermera sin una conciencia informada, “letrada” del cuidado puede ser en realidad “biocídica”, tóxica, destructora de vida y destructiva a la experiencia de otros (Halldórsdóttir 1991). Por otro lado, es más probable que una enfermera que está cultivando las competencias ontológicas en la Alfabetización del Cuidado sea “biogénica”, es decir, dadora de vida y receptora de vida para ella misma y otros, de ese modo es más probable que participe y experimente un momento de cuidado-sanación transpersonal. A medida que la enfermera cultiva estas habilidades y sensaciones ontológicas alfabetizadas del cuidado, existe una invitación a abrirse a procesos internos de sanación que se expanden a nuevas posibilidades infinitas.

Las direcciones de la Alfabetización Ontológica del Cuidado solo sirven como ejemplo de la intersección entre las competencias tecnológicas y la alfabetización emocional-intelectual de las habilidades del cuidado humano del *Ser-Compasivo*. Dicha exploración hacia la alfabetización del cuidado incorpora los fundamentos éticos, filosóficos y teóricos del cuidado-sanación profesional. Este punto de vista de la Alfabetización del Cuidado sirve como conocimiento central que conduce directamente de nuevo a los Factores Carativos originales y hacia la evolución a la *Conciencia Cáritas y Procesos Cáritas*. Estos conceptos evolucionados son presentados en el Capítulo 2.

Capítulo 2. Factores Carativos/Proceso Cáritas: Núcleo original y evolucionado para la enfermería profesional

Los antecedentes de mis libros más importantes sobre la Teoría del Cuidado, Filosofía y Ciencia del Cuidado, nos ayuda a ver la evolución de mi trabajo original. Esta edición revisada y actualizada se basa en la fuente del material primario del texto de 1979 y su evolución sobre lo que es conocido como 10 Factores Carativos (CFs) hacia los 10 Procesos Cáritas (CPs). Asimismo, esta revisión incorpora ideas de mis previos trabajos publicados, resumidas y desarrolladas como antecedentes en la Sección I.

La tabla 2.1 incluye los Factores Carativos originales de 1979 (con ediciones menores del libro de 1985). Los diez Factores Carativos originales, al lado de los emergentes Procesos Cáritas, están resumidos en la Tabla 2.2.

ASPECTOS CENTRALES DE LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO

- Cuidado relacional como fundamento ético-moral-filosófico y basado en valores.
- Núcleo de Cuidado: Diez Factores Carativos/Procesos Cáritas.
- *Momento de Cuidado - Campo de Cuidado transpersonal.*
- Cuidado como conciencia: energía-intencionalidad-presencia humana.

- Modalidades de cuidado-sanación.

Los diez Factores Carativos originales siguen siendo el núcleo estructural eterno de la teoría mientras permite su surgimiento evolutivo hacia aspectos más fluidos del modelo capturado por los diez Procesos Cáritas.

En la introducción del concepto original de los Factores Carativos como el núcleo para la filosofía y ciencia de enfermería, ofrecía un contrapunto teórico de la noción de Curativo, muy dominante en la ciencia médica. Por lo tanto, los Factores Carativos proveen de un marco teórico para aplicar la disciplina y profesión de enfermería; fueron alimentados por una visión más profunda y compromiso ético a las dimensiones humanas del cuidado en enfermería: el contexto de arte y ciencia humana. Estaba buscando abordar los aspectos de la enfermería profesional que trascienden al diagnóstico médico, enfermedades, entorno, el conocimiento limitado y cambiante, así como el énfasis tecnológico en fenómenos muy especializados.

Tabla 2.1 Diez Factores Carativos, texto original (1979).

-
1. Formación del sistema de valores humanísticos-altruistas.
 2. Instilación de fe-esperanza.
 3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y otros.
 4. Desarrollo de una relación de sanación-confianza.
 5. Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
 6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones (refinado en 1985 como el proceso de cuidado creativo para la resolución de problemas).
 7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal.
 8. Provisión de un de ambiente mental, psicológico, sociocultural y espiritual de apoyo, de protección y de corrección.
 9. Asistencia con la gratificación de las necesidades humanas.
 10. Permitir las fuerzas fenomenológicas existenciales (refinado en 1985 como dimensiones existenciales-fenomenológicas espirituales).

Fuente: J. Watson (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boston: Little, Brown, 9-10.

Me preguntaba, ¿qué se mantendrá como núcleo? Mi respuesta en 1979 fue “Los Diez Factores Carativos” (adornado en el año 2007 por el valor filosófico-ético de la conciencia Cáritas-Amor).

Los FCs (Factores Carativos) fueron identificados como el núcleo principal de la práctica profesional de enfermería, en contraste a lo que llamé el “corte”, lo que es constantemente cambiante y no puede ser el contenido o los criterios para describir, identificar y sostener la enfermería profesional y su postura disciplinar atemporal con respecto al cuidado en la sociedad.

Como se indica en el trabajo original (1979), “carativo” fue una palabra que inventé para que sirviera como contrapunto a la orientación de la ciencia médica “curativa”. Identifiqué estos diez factores como el núcleo de actividades y orientaciones que el profesional de enfermería usa en la administración de cuidado. Son las prácticas profesionales comunes y necesarias que sostienen y revelan la enfermería como una profesión distinta (cuidado), no que comprenden un grupo de técnicos. Los practicantes de la enfermería aplican los FCs constantemente pero no están conscientes de ello, ni necesariamente los han nombrado. Por lo tanto, generalmente los practicantes de enfermería no están conscientes de sus propios fenómenos; no tienen el lenguaje para identificar, graficar y comunicar de manera sistemática, y así sucesivamente. Esto es el resultado de una carencia en conciencia y en terminología sobre el cuidado, de conocimiento reconocido de las prácticas cotidianas que definen su labor. Sin conciencia, educación y avances profesionales adicionales del cuidado en enfermería, es probable que estos factores ocurran de forma *ad hoc*, y no sistemática.

Tabla 2.2 Los Factores Carativos originales y los *Procesos Cáritas* evolucionados.

Factores Carativos 1979	Proceso Cáritas 2002-2007
1. Valores humanístico-altruistas	1. Práctica de amor-bondad y ecuanimidad hacia uno mismo y otros.
2. Instilación / habilitación de la fe y esperanza	2. Estar auténticamente presente: permitir, sostener y honrar el sistema de creencias profundas y el mundo subjetivo del ser/otros.
3. Cultivo de sensibilidad de uno mismo y de otros	3. Cultivo las propias prácticas espirituales, la autoconciencia cada vez más profunda, ir más allá del “ser del ego”.
4. Desarrollo de una relación de cuidado humano de ayuda y confianza	4. Desarrollo y sostenimiento de una auténtica relación de cuidado, ayuda y confianza.
5. Promoción y aceptación la expresión de sentimientos positivos y negativos	5. Estar presente y sostener la expresión de sentimientos positivos y negativos como una conexión con el espíritu más profundo del ser y del ser-que-se-cuida.
6. Uso sistemático del proceso de cuidado científico (creativo) de resolución de problemas	6. Uso creativo del ser y todas las formas de conocimiento-ser-hacer como parte del proceso de cuidado (participar en el arte de las prácticas de cuidado-sanación).
7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal	7. Participación en experiencias genuinas de enseñanza-aprendizaje en el contexto de la relación de cuidado – ocuparse del todo de la persona y el significado subjetivo – intento de permanecer en el marco de referencia del otro (evolucionada hacia el papel de “coach” versus la impartición convencional de la información).
8. Provisión de un ambiente mental, psicológico, social y espiritual de apoyo, protección y corrección	8. Creación de un ambiente de sanación en todos los niveles (ambiente sutil físico, no físico,

- | | |
|--|---|
| <p>9. Asistencia con la gratificación de las necesidades humanas</p> <p>10. Permitir las dimensiones fenomenológicas existenciales</p> | <p>de energía y conciencia en que son potenciados la totalidad, belleza, confort, dignidad y paz (ser/convertirse en el entorno).</p> <p>9. Asistencia reverencial y respetuosa con necesidades básicas; tener una conciencia intencional de cuidado, tocar y trabajar con el espíritu encarnado de otro, honrando la unidad del ser; permitir la conexión llena de espíritu.</p> <p>10. Apertura y asistencia a dimensiones existenciales espirituales, misteriosas, desconocidas de la vida-muerte-sufrimiento; “permitir el milagro”.*</p> |
|--|---|

*Idea cortesía de *Resurrection Health*, Chicago.

Fuentes: J. Watson (1979). *Enfermería: La Filosofía y Ciencia del Cuidado*. Boston: Little, Brown; www.uspsc.edu/nursing/caring

Las enfermeras no harán conciencia o se darán cuenta de la importancia de usarlos/convertirse en ellos para guiar su práctica profesional en el cuidado. Además, sin contexto para sostener estas prácticas, las enfermeras con frecuencia han devaluado su trabajo de cuidado, dando su trabajo por hecho, sin un lenguaje común para “ver”, articular, actuar, reforzar y avanzar en ese trabajo.

Si las enfermeras están comprometidas con un modelo de cuidado-sanación profesional, yendo más allá de las rutinas convencionales médicas-clínicas y los puntos de vista industriales de línea de producción de la enfermería (y la humanidad), pero no tienen una guía teórica para honrar, enmarcar, discutir, desarrollar y avanzar su profesión, con el tiempo se asientan una experiencia desmoralizante y la desesperación (Swanson 1999). Si esto continúa, hay poca esperanza para la supervivencia de la enfermería profesional y sus las prácticas de cuidado-sanación. Asimismo, sin fomentar este trabajo, hay poca o ninguna esperanza para el progreso de la Ciencia del Cuidado como el fundamento disciplinar de la enfermería (y

otras ciencias de la salud), poca esperanza para un fundamento que guíe y contenga los valores, la ética, fundamentos morales y direcciones filosóficas para cuidar de seres humanos. Si no se honra ni se sirve al conocimiento y prácticas de la Ciencia del Cuidado, la enfermería no cumplirá su pacto científico, ético y profesional con su público e inclusive con sí misma.

DE LO CARATIVO A CÁRITAS

Desde un punto de vista académico relacionado con el desarrollo del conocimiento y la evolución de la teoría, uno puede considerar que yo uso el proceso técnico de derivación de conceptos (Walker and Avant 2005) y la extensión para la transposición y la redefinición de los de Factores Carativos hacia los Procesos Cáritas. Es decir, al trabajar dentro del campo original de la enfermería y pensamiento Carativo, he buscado redefinir Carativo desde el campo primario, Enfermería, al nuevo campo de la Ciencia del Cuidado con su visión del mundo, ética y explícita, y así sucesivamente.

Por lo tanto, una vez que el concepto Carativo se adaptó de la enfermería por sí misma hacia la Ciencia del Cuidado, Cáritas/Procesos Cáritas, emerge como un concepto más significativo, generando nuevas conexiones entre Cuidado y Amor. El campo más amplio de la Ciencia del Cuidado y su cosmología expandida de la unidad, pertenecer a la infinidad del campo universal del Amor permitió que resultara una redefinición más significativa del fenómeno de la Enfermería Cáritas. A medida que ocurrió la transposición de Enfermería Carativa hacia Ciencia del Cuidado Cáritas, se reveló un nuevo vocabulario para un fenómeno ontológico, permitiendo nuevas maneras de pensar acerca del cuidado e invitando a que se desarrollara una nueva imagen, inclusive una metáfora de las prácticas de Cuidado-Sanación. Además, la nueva noción de Cáritas ofrece un nuevo vocabulario/fenómeno para una nueva área de investigación, conduciendo a teoría adicional desarrollo del conocimiento a nivel disciplinar de la Enfermería y la

Ciencia del Cuidado.

La tabla 2.3 es una representación visual del proceso de la derivación del Concepto para extender la teoría del cuidado humano de la Enfermería Carativa hacia Cáritas dentro de un contexto de Ciencia del Cuidado.

Mientras cada uno de los Factores Carativos originales se ha transpuesto y extendido hacia un nuevo lenguaje de Cáritas, varios principios básicos son los más esenciales con respecto a un cambio de conciencia. Estas cinco áreas cultivadas de Cáritas son las que ayudan a distinguir las diferencias básicas entre las nociones de Carativo y Cáritas.

Tabla 2.3 Representación visual de la derivación y extensión del concepto desde la Enfermería Carativa hacia los *Procesos Cáritas* en la Ciencia del Cuidado.

Concepto I: Factores Carativos	<i>Transpuesto</i> a	Concepto I: Carativo	<i>Redefinido</i>	Concepto II: Campo II:
Campo I: Enfermería		Nuevo Campo II: Ciencia del cuidado		<i>Proceso Cáritas</i> en la Ciencia del Cuidado

PRINCIPIOS/PRÁCTICAS FUNDAMENTALES: DE CARATIVO A CÁRITAS

- Práctica de amor-bondad y ecuanimidad.
- Presencia auténtica: habilitación la creencia profunda del otro.
- Cultivo de la propia práctica espiritual, más allá del ego.
- “Ser” el entorno de cuidado-sanación.
- Permitir los milagros.

Al mudarnos del concepto de Carativo a Cáritas, estoy abiertamente evocando la fusión del Amor y Cuidado en un paradigma extendido para el futuro. Tal perspectiva irónicamente coloca la enfermería en su paradigma más maduro mientras se reconecta con el legado y fundamento de Nightingale. Con la incorporación más explícita de Cáritas, ubica la teoría dentro

de un contexto ético y ontológico como punto de partida para considerar no solo su ciencia sino también su misión social para la humanidad. Esta dirección hace una conexión más formal entre el cuidado y sanación y la consciencia humana evolucionada. El antecedente de este trabajo está disponible en Watson (2004a).

SURGIMIENTO DE *ENFERMERÍA CÁRITAS* Y *ENFERMERA CÁRITAS*

Mi evolución hacia los Procesos Cáritas pretende ofrecer un lenguaje más fluido para entender un nivel del trabajo más profundo y comprensivo, así como orientación sobre cómo entrar, interpretar, sostener e investigar acerca de la intención y conciencia detrás de los Factores Carativos originales. Por otra parte, Cáritas captura un fenómeno más profundo, una nueva imagen que intersecta las prácticas profesionales-personales mientras abre un nuevo campo de investigación para la enfermería y la Ciencia del Cuidado.

Sin embargo, a medida que uno se adentra en este trabajo es importante considerar holográficamente tanto los FCs originales como los PCs evolucionados, en el sentido que el todo está en todas y cada una de las partes. Así todos los factores/procesos están presentes simultáneamente; son de primer plano o de fondo al practicar en un modelo de cuidado profesional. Además, la conciencia/intencionalidad del cuidado-sanación y la totalidad está en manos de la enfermera como parte de su presencia en el momento.

Lo que está surgiendo a lo largo y ancho de este cambio hacia Procesos Cáritas es un reconocimiento de una forma más profunda de enfermería: *Enfermería Cáritas y la Enfermera Cáritas*. A medida que evoluciona el trabajo y a medida que evoluciona cada enfermera, aprendemos a lo largo de este libro que un profesional más evolucionado (trabajando de las dimensiones más elevadas/profundas de la humanidad y con-

ciencia en evolución) puede ser identificado como Enfermero Cáritas, o uno que está practicando o por lo menos cultivando las prácticas de la *Enfermería Cáritas*. Otra manera de identificar a la *Enfermera Cáritas* es una que está trabajando desde la conexión humano-humano, trabajando a partir de un centro del corazón abierto e inteligente* en lugar del centro del ego. Esta orientación en la conciencia del cuidado influye en las acciones y relaciones profesionales de una *Enfermera Cáritas*, incluso mientras ella o él están comprometidos en la rutina obligatoria o en el mundo dramático-práctico-técnico de las prácticas clínicas.

Por ejemplo al considerar el FC 1: sistema de valores humanístico-altruista, uno puede preguntarse qué hay detrás y debajo de tal sistema de valores que le permite manifestarse profesionalmente en nuestras acciones. ¿Cómo ha de ser cultivado y sostenido el sistema de valores para las prácticas profesionales del cuidado? ¿Qué prácticas personales pueden prepararnos para entrar en y manifestar este sistema de valores a lo largo de nuestra carrera?

Mi respuesta es que este sistema de valores viene a la vida cuando uno cultiva la práctica continua de amor-bondad y ecuanimidad, una forma de cultivar la consciencia/meditación, una práctica que abre y despierta el amor compasivo, clemente del centro del corazón. Esta preparación puede tomar la forma de una práctica diaria de ofrenda de gratitud, de conexión con la naturaleza; la práctica del silencio, llevar un diario, oración; pedir orientación para estar ahí para otro cuando se necesite; desarrollo de la práctica del perdón, repetición en silencio de afirmaciones positivas, apertura a las bendiciones en medio de las dificultades, por lo cual nuestra consciencia se expande

* Se puede encontrar más información sobre el enfoque del corazón abierto en la discusión del sistema de chacras en el capítulo 18. Como preludio, la *Enfermería Cáritas* requiere el cultivo de la consciencia más alta y profunda, trabajar más y más para despertar el chacra centrado en el corazón hacia arriba, al chacra de la corona de la cabeza al traer el propio ser completo y abierto a cada ocasión de cuidado.

por medio de estas prácticas. Estos son solo unos ejemplos de cómo entrar en y sostener esta ética profesional de altruismo y amor-bondad. Este trabajo no solo está relacionado con el cuidado sino también a los profesionistas de la salud y sanación, así como a los pacientes.

Si “la salud es una consciencia expandida” como lo postula Newman (Newman 1994), entonces ¿Cuál es el nivel más alto de la consciencia? Es el *amor* en el máximo sentido cósmico universal. ¿Cuál es la mayor fuente de sanación? También es el amor. Así, al cultivar la práctica de amor-bondad hacia uno y otros, uno abre su corazón; uno se eleva para dar y recibir, a estar presente a lo que se presenta en nuestras vidas; se abre a ejercitar y recibir gracia, misericordia, perdón y así sucesivamente. Así uno puede apreciar mejor los regalos de dar y recibir, estar ahí para que otra persona ofrezca presencia, consciencia amorosa y acciones informadas, morales, de cuidado en medio del sufrimiento, desesperación, amor, odio, enfermedad, duelo, preguntas, traumas, desconocimiento, miedo, esperanzas y más. En este trabajo de cuidado personal/profesional, uno cultiva una aceptación, un nivel de humildad ante del misterio de todo, abriéndose con ecuanimidad, compasión y misericordia como parte de la condición humana. Este nivel de consciencia con el cual se entra y se sostiene el cuidado profesional en la enfermería, al mismo tiempo que honramos nuestra profunda humanidad, está fundado en un modelo de enfermería y medicina muy diferente al convencional.

Este modo de pensar *Cáritas* invita a una total transformación del ser y el sistema. En este modelo de la Ciencia del Cuidado, este cambio no ocurre desde el enfoque exterior en los sistemas sino a partir de ese lugar interior profundo dentro de la creatividad del espíritu humano. Aquí es donde evoluciona la profunda humanidad, el corazón individual y la consciencia de los practicantes de la enfermería y se conecta con la fuente suprema de toda reforma/transformación verdadera.

Mientras los Factores Carativos originales permanecen relevantes y accesibles para la entrada concreta de primer nivel al

trabajo, una vez que uno se adueña de las ideas y sus evoluciones, se espera que uno se traslade más plenamente hacia un conocimiento que está detrás del material original y entre a un nivel más profundo de percepción, crecimiento personal/profesional, entendimiento y sabiduría. Al mismo tiempo, el cambio permite que las enfermeras y la enfermería evolucionen hacia el acceso a un lenguaje más fluido y expresivo para comprender y articular el significado más profundo detrás de los factores originales.

Capítulo 3. Procesos Cáritas

Extensión de los Factores Carativos

CUIDADO Y AMOR

Un día, tras haber dominado los vientos y las olas, la gravedad y las mareas, controlaremos las energías del amor para Dios.

TEILHARD DE CHARDIN

Cáritas viene de la palabra en latín que significa estimar, apreciar, dar atención especial, si no amorosa, a algo. Representa caridad y compasión, generosidad del espíritu. Tiene la connotación de algo muy fino, verdaderamente, algo precioso que se necesita cultivar y sostener.

Cáritas está estrechamente relacionado con la palabra “Carativo” de mi libro original sobre la Ciencia del Cuidado (1979). Sin embargo, ahora, al usar los términos *Cáritas y Procesos Cáritas*, intencionalmente invoco la palabra “A”: Amor, que hace más explícita la conexión entre cuidado y amor, amor en el sentido máximo universal infinito desarrollado en la filosofía de Lévinas (1969) y explorado en mi libro del 2005, *Caring Science as Sacred Science*.

El unir el amor y el cuidado de esta manera invita a una forma del profundo cuidado transpersonal. La relación entre amor y cuidado crea una apertura/alineación y acceso a la sanación interna del ser y de otros. Mientras que se puede considerar que la salud representa la consciencia expandida, el

amor es el más alto nivel de consciencia y la magnífica fuente de toda sanación en el mundo. Esta conexión con el amor como fuente de sanación se extiende desde el ser individual hacia la naturaleza y el gran universo, que evoluciona y se desarrolla. Esta cosmología y visión del mundo de cuidado y amor –*Cáritas*– es al mismo tiempo aterrizada y metafísica; es inmanente y trascendente al humano en el universo que coevoluciona (Watson 1999, 2004a).

Es cuando incluimos y unimos el cuidado y amor en nuestro trabajo y nuestras vidas que descubrimos y afirmamos que la enfermería, al igual que la enseñanza, es más que un trabajo. Es una profesión que da y recibe vida para crecer y aprender de por vida. Es el madurar en un despertar y en una consciencia que la enfermería tiene mucho más que ofrecer a la humanidad que ser una simple extensión de los modelos de medicina anticuados y la ciencia médico-tecno-curativa. La enfermería ayuda a sostener la dignidad humana y la humanidad misma mientras contribuye a la evolución de la consciencia humana, ayudando a avanzar hacia una comunidad y civilización más humana y carativa.

A medida que la enfermería afirma esta posición desde el contexto de la Ciencia del Cuidado en público y profesionalmente, por sus teorías, éticas y prácticas, se nos invita a reubicarnos a nosotros mismos y a nuestra profesión fuera de los esquemas mentales dominantes de la ciencia médica. Además se nos pide reconectar la fuente disciplinaria de enfermería con su noble legado, dentro de una cosmología tanto antigua como emergente, una cosmología que invita y recibe la energía del cuidado y amor universal de vuelta en nuestras vidas y el mundo. Tales pensamientos llaman a un sentido de reverencia y sacralidad respecto a nuestro trabajo, nuestras vidas y todas las cosas vivientes. Incorpora el arte, ciencia y espiritualidad a medida que se redefinen.

A medida que entramos en una maduración de la

Ciencia del Cuidado y de los Procesos Cáritas evolucionados como mapa y guía teórico-profesional, somos simultáneamente retados a reubicarnos en estos ideales e ideas emergentes y preguntarnos a nosotros mismos de qué manera nos habla esta obra como disciplina y como profesión en la práctica. A cada persona se le pregunta, se le invita, si no se le insiste, a que examine, explore, desafíe y se pregunte por el ser y por la profesión sobre los cruces críticos entre lo personal y lo profesional.

Este trabajo revisado llama a cada uno de nosotros dentro de nuestro profundo ser a dar nuevo significado a nuestras vidas y trabajo, a explorar cómo nuestros dones, talentos y habilidades únicas pueden ser traducidos a un servicio humano compasivo de cuidado-sanación para el ser y otros e inclusive el planeta Tierra. Se espera que en algún nivel este trabajo nos ayude a todos, quienes estamos en las profesiones de cuidado-sanación, a recordar quiénes somos y por qué hemos venido a hacer este trabajo aquí en el mundo.

SUPUESTOS DE VALOR DE CÁRITAS (ADAPTADOS DE WATSON 1985:32)

- El cuidado y el amor son las fuerzas cósmicas más universales, tremendas y misteriosas; estas comprenden la fuente de energía primigenia y universal.
- Con frecuencia esta sabiduría es pasada por alto, o se olvida, aun cuando sabemos que las personas se necesitan entre sí de formas amorosas y carativas.
- Si nuestra humanidad ha de sobrevivir y ha de evolucionar hacia una comunidad y civilización de más amor y cuidado, profundamente humana y moral, debemos sostener el amor y cuidado en nuestra vida, nuestro trabajo, nuestro mundo.
- Ya que la que enfermería es una profesión de cuidado, su capacidad de sostener sus ideales de cuidado, ética y filosofía para su práctica profesional influirá en el

desarrollo humano de la civilización y la misión de la enfermería en la sociedad.

- Como un principio, tenemos que aprender cómo brindar cuidado, amor, perdón, compasión y misericordia a nosotros mismos antes de que podamos ofrecer un cuidado y amor auténticos a otros.
- Tenemos que darnos a nosotros mismos amor-bondad y ecuanimidad, gentileza y dignidad antes que podamos aceptar, respetar y cuidar de otros dentro del modelo profesional de cuidado-sanación.
- La enfermería siempre ha mantenido una postura de cuidado con respecto a otros y sus asuntos de salud-enfermedad.
- El cuidado experto, informado, ético es la esencia de los valores, compromisos y acciones competentes del profesional de enfermería; es la fuente más central y unificada para sostener el pacto con la sociedad y garantizar su supervivencia.
- La preservación y el progreso de los valores, conocimiento, teorías, filosofías, ética y prácticas clínicas de la Ciencia del Cuidado, dentro del contexto de una cosmología *Cáritas* en expansión, son esfuerzos ontológicos, epistemológicos y clínicos; estos esfuerzos son la fuente y fundamento para sostener y progresar en la disciplina y la profesión.

Regreso al amor como la base para una *Conciencia Cáritas* y gratitud hacia el ser/otros.

En un mundo como el nuestro, donde la muerte cada vez pierde más el sentido, la autenticidad individual radica en lo que podamos encontrar por lo que valga la pena vivir. Y la única cosa por la que vale la pena vivir es el amor. Amor de uno al otro. Amor para nosotros mismos. Amor a nuestro trabajo. Amor a nuestro destino, sea lo que sea. Amor por nuestras dificultades.

Amor a la vida. El amor que nos puede liberar de los ciclos misteriosos de sufrimiento. El amor que nos libera de nuestra prisión autoinfligida, de nuestra amargura, nuestra avaricia, nuestra competitividad que engendra locura. El amor que nos puede hacer volver a respirar. Amor como causa magnífica y hermosa, una visión maravillosa. El magnífico amor por otro, o por el futuro. El amor que nos reconcilia con nosotros mismos, con nuestras alegrías simples, a nuestra abundancia desconocida. Un amor creativo. Un amor originado en lo sublime (Okri 1997:56-57).

PROCESO CÁRITAS – EL CULTIVO DE LA PRÁCTICA DE AMOR-BONDAD Y ECUANIMIDAD HACIA EL SER Y OTROS COMO FUNDAMENTO DE LA CONCIENCIA CÁRITAS

Cuando el amor se mueve a través de nosotros inspira todo lo que hacemos.

El amor y la compasión deben comenzar con amabilidad hacia nosotros mismos.

Uno de los más grandes obstáculos para la bondad amorosa es sentir, nosotros mismos, que no somos dignos.

KORNFELD (2002:95, 101, 100)

El sistema del Factor Carativo: Formación de valores humanísticos-altruistas sigue siendo el cimiento y punto de partida para la Ciencia del Cuidado. Podemos asumir que el cuidado debe estar fundamentado en un conjunto de valores humanos universales: amabilidad, preocupación y amor por el ser y por otros. A medida que uno madura en un modelo profesional que se enfoca en el cuidado-sanación y la salud en sus dimensiones más amplias y profundas, como la misión atemporal de la enfermería, uno debe cultivar una conciencia e intencionalidad para sostener dicha visión orientadora para nuestra vida y trabajo. Este factor en su sentido original y

evolucionado honra el don de ser capaz de dar y recibir con una capacidad de amar y apreciar toda la diversidad de la vida y su individualidad en cada persona. Dicho sistema nos ayuda a tolerar la diferencia y a ver a otros a través de su punto de vista subjetivo y no solo desde el propio.

Independientemente de si uno es consciente de la propia filosofía y sistema de valores, afectan los encuentros, relaciones y momentos que tenemos con el ser y con otros. Estos valores humanístico-altruistas pueden ser desarrollados a través de una variedad de experiencias de vida: la primera infancia, la exposición a diferentes idiomas y culturas, historia, así como el cine, el teatro, el arte, la literatura y otras expresiones creativas de la humanidad y las experiencias de crecimiento personal.

Estas emociones de amor, amabilidad, gentileza, compasión, ecuanimidad y más, son intrínsecas a todos los humanos. Estas emociones y experiencias son la esencia que nos hace humanos que profundiza nuestra humanidad y nuestra conexión con el espíritu humano. Esta conciencia es la que nos conecta con la “Fuente” de la que sacamos nuestro aliento sagrado de la vida misma. Aquí es donde accedemos a nuestra energía y creatividad para vivir y ser; es aquí, en este modelo, donde nos rendimos a aquello que es más grande que nuestro ego-ser individual, recordándonos que pertenecemos al universo de la humanidad y todas las cosas vivientes.

Para que este Factor Carativo (FC) original evolucione y madure en su manifestación, ahora somos llamados, invitados y retados a tomarlo en un nivel más profundo en nuestra madurez, nuestra conciencia, nuestras experiencias y expresiones. Este es un camino de profundización de quién y qué somos, que nos prepara para un compromiso de toda la vida con el cuidado-sanación y el servicio humano compasivo. Así, la evolución/extensión del FC original se ha sostenido y ha trascendido. Los FCs originales y los Procesos Cáritas evolucionados se consideran el fundamento y el principio más básico para preparar a los profesionales a que se comprometan y practiquen la Filosofía, Ciencia, (y ética) del Cuidado.

Parte III

De los Factores Carativos a los *Procesos Cáritas*

Capítulo 4. Del FACTOR CARATIVO 1: Sistema de valores humanísticos-altruistas al PROCESO CÁRITAS 1:

Cultivo de la práctica de amor-bondad y ecuanimidad hacia el ser y otros como fundamento de la Conciencia *Cáritas*.

La preparación para cualquier esfuerzo que valga la pena requiere cultivar habilidades para participar en la elaboración del trabajo elegido. Uno no puede adquirir y sostenerse en la práctica *Cáritas* para el cuidado-sanación sin estar personalmente preparado. Es irónico que la educación y práctica de la enfermería requieran tanto conocimiento y habilidades para *hacer* el trabajo, pero se dirigen muy pocos esfuerzos al desarrollo de *cómo ser* mientras se hace el trabajo real del empleo de enfermería. Los practicantes de enfermería entonces sienten dolor y desgaste por tratar de siempre cuidar, dar y estar ahí para otros sin atender el cuidado amoroso necesario para el ser. Este modelo invita, si no es que requiere, que los practicantes de enfermería atiendan al autocuidado y a prácticas que asistan en su propia evolución de la consciencia para una mayor satisfacción en sus vidas y su trabajo.

En esta forma de pensamiento, las enfermeras pueden ser modelos y ejemplos de vida por defender abiertamente lo que la gente no ha estado haciendo, es decir, articular, convertirse-ser-vivir el trabajo que necesita hacerse para este planeta y la humanidad en este punto de la historia humana (Comunicación personal, Young 2006).

Podemos convertirnos en parte de una visión global de la salud y de transformación humana para ayudar a purificar toxinas y venenos; la negatividad de la violencia, abuso, guerra; el descuido y el caso omiso a la conexión humano-medio ambiente-universo para el ser y todas las formas de vida.

Quizás el nuevo rol para la *Enfermería Cáritas* es transformar la visión de la salud y sanación humanas por medio de la participación en el servicio al ser y a la sociedad en un nivel diferente por medio de la creación del “Campo energético de *Cáritas*” a través de prácticas tanto abiertas como sutiles que transmitan y afecten el campo de la totalidad.

Las enfermeras pueden hacer esto una y otra vez y convertirse en parte de la creación de un profundo nivel de humanidad gracias a una transformación fundamental que ocurra en un momento dado, en una situación dada por la experimentación de *ser-el campo- Cáritas*. Este es el trabajo verdaderamente profundo y noble de la enfermería que trasciende la forma convencional de pensamiento acerca de la profundidad de la contribución de la enfermería a la sociedad, el nivel de compromiso y servicio compasivo al ser, el sistema y la sociedad.

Cuando y si la enfermería y las enfermeras llegan a esta profundidad del ser, más allá de la práctica y el conocimiento convencional; cuando y si las enfermeras alcanzan esta nueva profundidad de sabiduría; cuando procedamos con conocimiento y prácticas que otros no saben o ven, nosotros tendremos entonces la responsabilidad de ofrecer esto a otros, para interrumpir los patrones mundiales de violencia y descuido. En esta línea de pensamiento, hay una conexión entre el Cuidado (en el sentido de conectarse, sostener y profundizar en nuestra humanidad compartida) y la Paz en el mundo.

En la mentalidad budista, las enfermeras en este modelo más profundo de “Ser-el Trabajo” se convierten en *bodhisattvas*: aquellas quienes bendicen a otros y quienes se convierten en una bendición para ellos mismos y para otros. Esas enfermeras entonces se convierten en Grandes Seres, heroínas/héroes de

una *Conciencia Cáritas* evolucionada quienes están despiertos y afectando activamente el campo universal completo de la humanidad. Esta forma es exagerada para muchos, pero es un modelo emergente de despertar y evolucionar dentro de nuestra amorosa humanidad, lejos de nuestro letargo y nuestros estados de somnolencia. Así, este nivel de despertar permite a la enfermería emerger en estados ontológicos cualitativos de totalidad. Yo comparto esta visión, en el sentido que mi cambio personal hacia un despertar interno y profundo me conduce a que yo introduzca esas nociones de manera que otros que estudian este trabajo a profundidad puedan entender qué hay detrás de la teoría del cuidado, en el nivel de sabiduría, más allá del pensamiento convencional cotidiano de la enfermera en el cómo “hacer”.

Con este cambio, también haré mención que este modelo más profundo de *Cáritas* y de sabiduría nos guía a usar un diferente lenguaje, además de diferentes prácticas. Por ejemplo, en este modelo buscamos formas de evitar el lenguaje clínico que etiqueta y reduce al humano y las experiencias humanas. El uso del lenguaje clínico formalizado de la anterior ocupación de la enfermería ha perdido la capacidad para vislumbrar la belleza, la gracia, para soñar, la inspiración, la esperanza, imaginación, creatividad, arte, para evocar el espíritu humano. El uso de un lenguaje no clínico vibra en un diferente nivel, en una frecuencia más alta que las palabras clínicas-técnicas, estériles. Así, estamos obligados a considerar nuevas profundidades del significado, nuevas experiencias e intuiciones, nuevas relaciones con las experiencias y los humanos que nos encontramos. El lenguaje no clínico nos toma y nos invita dentro de las palabras y los mundos que los lenguajes convencionales no pueden transmitir. De esta manera, necesitamos palabras que no sean “fijadas” (compuestas o corregidas), para evitar palabras que no puedan transmitir una vibración más alta de nuestra humanidad y de la universalidad de nuestro espíritu humano.

Esta visión, esta noción de “Ser-el-Campo” para el cuidado-sanación, es un trabajo noble para una antigua y noble profesión en una nueva era en la historia humana. De cualquier forma, se necesita el trabajo y habilidad y profundidad en la intuición y la sabiduría para ponderar y manifestar. Una vez que uno se adentra en este pensamiento y ponderación de dicha sabiduría para la enfermería, estaremos en un nuevo espacio para contribuir a la sociedad y al mundo. En este modelo, nosotros nos detenemos y nos pausamos en el medio de nuestros momentos apresurados y modo de vida acelerado. Buscamos brindar tonos de amor calmados y tranquilos al campo ambiental en medio de la crisis, enfermedad, dolor y sufrimiento.

“Mi sí mismo y todo cuanto de él estuvo durante mucho tiempo en tierra extraña y disperso entre las cosas y acontecimientos casuales, ya no hace sino retornar, volver por fin a casa” (Nietzsche, *Así Habló Zaratustra*, versión de Francisco Javier Carretero Moreno). Mientras tanto, se ha de reconocer que para participar auténticamente y sostener prácticas profesional/personales guiadas por la *Conciencia Cáritas*, uno necesita habilidades. Es obligatorio cultivar prácticas personales para estar preparados para llevar a cabo el trabajo en las formas que son significativas “biogénicamente”, es decir, dadoras y receptoras de vida.

Como parte de la preparación para esta práctica de *Cáritas*, yo desarrollé los *touchstones* para plasmar nuestra intencionalidad y conciencia para el cuidado-sanación. Estos *touchstones* fueron desarrollados a solicitud de un hospital que estaba usando mi teoría como un modelo de práctica para enfermería y quisieron dar a los practicantes de la enfermería algo como un toque sanador para prepararlas para cuidar, pero al mismo tiempo les recordara continuar con el cuidado. Desarrollé la tarjeta que se muestra en la tabla 4.1 para practicantes de la enfermería, la cual ahora está más disponible para otros. Estos dichos pueden ser afirmaciones o pueden servir como

una especie de herramienta para adentrarse de forma más intencionada en el marco del *Proceso Cáritas*.

Una práctica preparatoria como la establecida en la tabla 4.1 y el CD que la acompaña es solo una manera de adentrarse a este tipo de consciencia evolucionada. Es solo una manera de entrar al cultivo de la *Conciencia Cáritas*. A medida de que cada uno de nosotros nos adentramos más plenamente en dichas prácticas afirmativas de intencionalidad y consciencia evolucionada, podemos expandir y evolucionar a prácticas y experiencias más formales.

COMENZANDO CON EJERCICIOS PARA CENTRARSE*

Otro ejercicio que lleva a un nivel más enfocado es la práctica de centering (“centralización”). Este ejercicio es otra forma de entrar y cultivar amor-bondad y ecuanimidad hacia uno mismo y hacia otros. El ejercicio sirve también como un punto de partida y una guía continuada para mantener dichas prácticas de cuidado-sanación.

Ya que el universo es holográfico, también lo es nuestro papel en él. En el desarrollo de nuestra propia práctica de cuidado-sanación y la consciencia Cáritas, afectamos el universo entero, desde nuestra propia pieza de trabajo personal y profesional, donde quiera que estemos; estamos participando y contribuyendo al campo universal de la infinitud que nos rodea a todos. Necesitamos herramientas y habilidades para equiparnos, invocar y participar en convertirnos y tener el campo radiante de la consciencia de amor-cuidado que afecta la totalidad. Dicho trabajo preparatorio cultivado ayuda a la manifestación de la energía Cáritas de AMOR y compasión, elevando la consciencia y presencia más alta y profunda, trascendiendo el miedo y la baja energía y los pensamientos controladores dominados por el ego.

Tabla 4.1. *Touchstones*: Establecer intencionalidad y conciencia para el cuidado y la sanación.

Cuidado al inicio

- Comienza el día con gratitud silenciosa; establece que tus intenciones estén abiertas para dar y recibir todo lo que tú estás aquí para dar y recibir hoy; decide llevar tu ser completo en los momentos cotidianos de hoy, cultivando una conciencia de cuidado y amor hacia ti mismo y todos los otros que se crucen en tu camino.

Cuidado en medio del proceso

- Toma momentos tranquilos para “centrarte”, para vaciarte, para estar tranquilo contigo mismo antes de entrar a la habitación del paciente o a una reunión; cultiva una conciencia de cuidado y amor hacia cada persona y cada situación que te encuentres durante el día; crea un esfuerzo “para ver” quién es la persona del campo espiritual detrás del paciente/colega.
- Regresa a esas intenciones centradas en el amor, una y otra vez, durante el día, ayudándote a recordar por qué estás aquí.
- En el transcurso de los momentos estresantes, recuerda respirar; pide ayuda si estás inseguro, confundido o asustado; perdona y da tu bendición a la situación.
- Despréndete de aquello que no puedes controlar.

Cuidado al final

- Al final del día, guarda esas intenciones en tu corazón; comprométete con el cultivo de una práctica de cuidado y amor para ti mismo.
- Usa cualquier cosa que se te ha presentado este día como lecciones para enseñarte a crecer más profundamente en tu propia humanidad y sabiduría interna.
- Al final del día ofrece gratitud por todo lo que ha entrado al círculo sagrado de tu vida y tu trabajo ese día.
- Bendice, despréndete y dedica el día a una intención mayor y más profunda del gran círculo sagrado de la vida.

Cuidado continuo

- Crea tus propias intenciones y tus propias prácticas auténticas para

preparar tu Conciencia *Cáritas*; encuentra tu camino espiritual individual hacia el cultivo de la conciencia del cuidado y las experiencias significativas en tu vida, en tu trabajo y en el mundo.

Fuente: Jean Watson © 2002

EJERCICIO PARA CENTRARSE

Un ejercicio de centralización es una forma de entrar, prepararte y comenzar un cultivo más formal de la práctica del amor-bondad y ecuanimidad como Conciencia *Cáritas* profesional.

Para comenzar, puedes acostarte o sentarse erguido en una posición cómoda y alerta. Cierra tus ojos y toma consciencia de tu cuerpo; cae dentro de tu cuerpo, permitiéndote sentir tu cuerpo suavemente aterrizado y en paz, con el conocimiento de que tienes apoyo.

A medida que cierras los ojos al mundo exterior, abre tu ojo interior e investiga qué está pasando en el interior del ser de tu cuerpo-mente. Para experimentar esto, haz una exploración suave del cuerpo para estar atento de la posición de tu cuerpo y deja que tu ser respire hacia todas las partes de tu cuerpo, liberando tensión, relajando y tranquilizando y suavizando tu cuerpo y consciencia gentil de tu ser y cuerpo, ofreciendo pensamientos amables y amorosos para el ser en este momento de quietud por dentro y por fuera.

A medida que continúas tomando respiraciones profundas pero suaves, en la exhalación libera al mundo exterior todo lo que hayas traído hacia este espacio, luego libera todo el ruido interno. Solo sé calmado, inhalando y exhalando, vaciando y llenando todo. A medida que inhalas, gentilmente date cuenta que estás inhalando una nueva vida, nuevo aliento de vida, espíritu, energía del universo. Si deseas tener paz interior y calmar y relajar cualquier tensión, lo puedes hacer en tu propia respiración. Exhalando tú puedes obtener un estado de

tranquilidad inclusive en medio de la tensión externa e interna.

Desde este lugar tranquilo, gentilmente continúa observando tu respiración subir y bajar. Poniendo atención de forma gentil y tranquila únicamente a tu respiración, uno se conecta con el ritmo del universo en el sentido que todo, absolutamente todo está subiendo y bajando, al igual que la respiración. En la conexión con el ritmo natural de toda la vida, uno está abriendo el ser a la conexión con el universo y el infinito manantial de gratitud, amor-bondad y ecuanimidad.

A medida que continuas respirando, deja que todos los pensamientos, emociones, imágenes que cruzan tu consciencia se eleven y caigan. En este punto quieto y silencioso, el lugar medio, este vacío es donde entramos a nuestra profunda fuente de creatividad; es donde se puede manifestar nueva energía de la consciencia desde el espíritu al plano material; es donde ocurren los milagros, donde accedemos al campo de un solo punto y nos alineamos con el universo.

Podemos tener acceso a este lugar y conciencia a través de esta práctica simple, breve, consciente, intencional, alerta y liberadora de detenerte en el momento, respirando y tranquilizándote.

En conexión con la respiración, respiramos en espíritu, el aliento de vida mismo.

- La respiración, por sí sola, puede ser una meditación.
- La respiración puede ser un mantra.
- La respiración es un milagro de la vida.
-

Al respirar, somos tanto inhalación como exhalación; somos al mismo tiempo vacío y plenitud. Liberamos aquello que ya pasó, abriendo el espacio vibratorio para nuevo aliento, nueva experiencia. La exhalación es un desprendimiento consciente, rindiéndonos a lo que es; la inhalación es abrirse y conectarse con el patrón amplio, profundo y complejo de la energía de vida en el universo infinito. Es este estado de tranquilidad que

conduce a una conciencia de ecuanimidad, adquiriendo una conciencia de no interferencia con aquello que está subiendo y bajando en tu consciencia interna y externa; más que el cultivo, la ecuanimidad se convierte en una forma de gentil aceptación de lo que es, un realismo sin tener que resistir o evitar o alterar lo que es. Es una forma de rendirse a aquello que en realidad opera en nuestras vidas sin tratar de alterarlo, una forma radical de dar permiso a las cosas para ser; me recuerda a una canción de The Beatles “*Let it be, let it be / Speaking words of wisdom / Let it be*”.

En el lugar/espacio de dejar ser, nos hacemos más fluidos con nuestras emociones y nuestro cuerpo. Nos hacemos receptivos y alertas; pero como agua que fluye, nos enfrentamos a las vicisitudes de la vida; prevenimos que nuestras experiencias se coagulen y se inmovilicen, dándoles permiso que pasen, dándonos cuenta que todo es impermanente.

Por el simple acto de estar calmado, conectándonos con ese “punto fijo” que todos tenemos en el interior, nos abrimos a la Fuente. En este simple acto de observar con gentileza la respiración subir y bajar, nosotros vaciamos y nos damos cuenta lo bueno que es estar quieto, permanecer en silencio con el misterio y milagro de la simple respiración.

Este simple acto breve en soledad, en medio de nuestro ritmo de ocupaciones, puede cambiar nuestra consciencia, preparándonos para estar presentes ante cualquier cosa que esté frente a nosotros para hacer/ser; somos más capaces de ser testigos de nosotros mismos y cambiar nuestra consciencia en un momento dado cuando tenemos prisa, temor, confusión, conflicto, heridas, etc. Podemos regresar una y otra vez a este silencioso punto de calma, dejando que los sentimientos y situaciones sean. Al hacernos atentos a la elevación y caída de todo en estado de alerta y presencia, somos más capaces de responder apropiadamente a la situación presente en lugar de reaccionar desde una posición de miedo, enojo o resentimiento.

En esta experiencia, descubrimos que cuando somos más

capaces de cultivar las prácticas básicas de centrarse, las cosas a nuestro alrededor comienzan a cambiar. Así, a medida que cambiamos el modo, podemos vaciar, respirar y liberar, estamos más presentes en el momento. Además afectamos la manera en que nosotros y otros son capaces de ser y actuar. Somos más capaces de “leer-el-campo” de forma alerta, en medio del caos, en el momento.

Podemos comenzar una práctica y proceso simples de centrarse en el momento por una simple pausa, respirando y vaciando. Aprendemos cómo conectarnos, aprendemos a mantener ese punto de calma, cómo mantener el vacío, ese punto milagroso ente la inhalación y exhalación. Es en este espacio, este vacío, este punto de calma, este espacio vacío, donde algo nuevo puede pasar en el momento (en lugar de un cierre o fijación, coagulación y congelación del ser y la situación).

Finalmente, cuando estés listo, vuelve a tu espacio presente, sintiéndote más abierto, más amable, más alerta, más pacífico, más presente, más consciente y con más intención acerca de tu Ser *Cáritas*.

En la práctica de la *Enfermería Cáritas*, que abarca prácticas meditativas de ecuanimidad y amor-bondad hacia uno mismo y otros, tenemos ventajas en nuestra vida diaria. Nuestra presencia con conciencia y cuidado afecta a otros; esto incrementa nuestro nivel de energía y creatividad para nuestro trabajo sin desperdiciar o perder nuestra energía de vida-fuerza de vida; nos ayuda a observar el trabajo con más claridad y discernimiento sin reaccionar inapropiadamente. No ayuda a “estar presentes”.

Uno de los primeros requisitos para adentrarse al modelo de cuidado-sanación y la Consciencia *Cáritas* es estar plenamente presente en el momento, más abiertos y disponibles a nosotros y la situación. Este simple ejercicio de detenernos, respirar y desprendernos, hecho como una práctica formal o como una conexión instantánea, es fundamental para la presencia auténtica requerida por la práctica profesional.

EJERCICIO ADICIONAL: CULTIVO DE UNA PRÁCTICA DE GRATITUD Y PERDÓN

Otro ejercicio, una extensión de la anterior experiencia básica de centrarse, puede conducir al crecimiento más profundo de nuestra auténtica práctica y preparación para la *Consciencia Cáritas*: la práctica de la gratitud, rendición y perdón. Podemos extender ese mismo ejercicio al cultivo de un sentido de gratitud y perdón de todo, abriéndonos nuevamente a la respiración, aquietándonos y conectándonos con la Fuente Infinita y ese punto de calma interior, el espacio entre la inhalación y exhalación.

A medida que continúas respirando, toma consciencia gentilmente de la *impermanencia* de todo de la expansión y conexión de la respiración, conectándote con el ritmo del universo. Elevándose y descendiendo.

En este espacio silencioso, de este profundo punto de calma interno, solo apréciate a ti mismo: todo tu trabajo duro, tus esfuerzos, sueños, retos, esperanzas, frustraciones, fallas, decepciones, pérdidas y sufrimiento, todos ellos. Aprecia únicamente aquello que te ha traído hasta este momento en el tiempo. Apréciate a ti mismo y quien eres.

Desde este espacio silencioso, pregúntate a ti mismo si hay alguna situación, cosa o persona, incluyéndote a ti mismo, que necesites perdonar; entonces hazlo ya, en el espacio silencioso interior, permitiéndote perdonar, bendecir, rendirte y desprender al universo de manera que estés libre del sufrimiento y dolor causados por poseer estos sentimientos.

Continúa respirando.

Entonces, con tu ojo de la mente, permítete enviar hacia el exterior amor, gratitud y perdón a otros: familia, otros seres queridos, colegas, pacientes, cualquier otra persona en tu campo de consciencia que necesite amor y perdón, llénalos de bendiciones amorosas.

Ofrece gratitud por todo lo que es, toda tu vida, lecciones y bendiciones, apreciando una sensación de profunda confianza

y paz interior desde ese lugar tranquilo dentro. Entonces, cuanto aprecies una sensación de plenitud y cuando estés listo, envía energía de amor y bondad a todos los humanos y a toda la vida desde este profundo lugar de perdón, gratitud, rendición y amor. Irradia tu paz interior y *Conciencia Cáritas* hacia todos aquellos en tu campo y al universo más grande. Finalmente, cuando estés listo, regresa, más abierto, presente, alerta y centrado, a este espacio para continuar haciendo lo que está enfrente de ti.

Estos ejercicios sirven como una práctica guiada y una invitación a cultivar y prepararnos para la profunda naturaleza del cuidado y sanación auténticos alimentada por un amor profundo y duradero hacia nosotros y a otros y a toda la vida. Estos ejercicios pueden ser un punto de partida para la práctica más formal de la meditación de la consciencia-intuición: amor-bondad y ecuanimidad.

HACIA UNA PRÁCTICA FORMAL DE MEDITACIÓN DE CONSCIENCIA-INTUICIÓN: AMOR-BONDAD Y ECUANIMIDAD**

Puedes buscar en la totalidad del universo y no encontrar un ser más digno de amor que ti mismo.

KBUDA (CITADO EN KORNFIELD 2002:101)

Si uno quisiera explorar una forma de meditación formal como una práctica preparatoria para toda la vida, para mantener y expandir la *Conciencia Cáritas*, para uno mismo o para los demás, una práctica formal con la que estoy familiarizada es la *Vipassana: Meditación de la consciencia y de la intuición*.

Sin entrar en tecnicismos, esta forma de meditación es conocida como *Meditación Vipassana*, la cual se deriva de una de las escuelas del budismo; de cualquier forma, no pertenece a ninguna religión. Tiene seguidores alrededor del mundo, de

* Esta sección fue influenciada por experiencias personales, libros, cintas y el sitio web de Shinzen Young, quien fuera mi maestro, en la dirección: <http://Shinzen.org>

todos los caminos de la vida, de todas las religiones y también de gente sin religión. Cada vez se descubre más para aplicaciones personales, profesionales y clínicas de autoconciencia, evolución de la conciencia y conciencia en acción, así como para condiciones clínicas específicas; por ejemplo, el manejo del dolor crónico o agudo, adicciones, compulsiones, depresión y áreas relacionadas.

Se recomienda esta forma de meditación no solo porque la he experimentado y continuo practicándola, sino porque es directamente relevante para los profesionales que se preparan para estar presentes y consientes en el trabajo de cuidado-sanación. Es relacionado muy cerca con aprender a vivir la teoría de ser/convertirse en la *Conciencia Cáritas* que deseamos ser.

Por lo tanto, es importante encontrar formas de cultivar una conciencia *Cáritas*: amor-bondad y ecuanimidad si uno ha de realizar una práctica auténtica en este paradigma. Esto no quiere decir que esta es la única forma de preparación. Existe un número ilimitado de enfoques para prepararse, pero la meditación consciente es un enfoque atemporal que tiene experiencias duraderas y profundas para el practicante y su trabajo en el mundo. Así, esta práctica dirige hacia la transformación de uno mismo en un nivel profundo; es necesaria la transformación de los practicantes antes de que se transformen los sistemas.

Ecuanimidad

Algunos no están muy familiarizados con la palabra “ecuanimidad”. Esta se deriva de una palabra latina y se refiere a un estado interno de equilibrio y un sentido interno de equilibrio del espíritu. Es un proceso de no-interferencia con lo que ES. No hay congelación ni coagulación ni fijación de la conciencia, solo observación y dejar las cosas ser, permitiendo al Ser estar en armonía con el flujo natural de un estado subjetivo (Comunicación personal, Young 2006).

Ecuanimidad con sensaciones desagradables

Cuando uno es capaz (a través de las prácticas de la conciencia meditativa) de crear intencionalmente ecuanimidad en el cuerpo y la mente hacia su sensación subjetiva, permitiendo que lo que está ahí se observe sin interferencia, entonces existe el flujo natural del proceso. Por ejemplo, si existe dolor o incomodidad, preocupación o miedo, las sensaciones fluyen con mayor facilidad a medida que se observan sin interferencia, sin juzgarlos. Es casi como si tuvieras misericordia hacia ellos y hacia ti mismo. En este proceso comienzas a entender de una forma más que intelectual que todas las sensaciones están energéticamente expandiéndose y contrayéndose, pero en realidad experimentas el flujo y el movimiento. Cuando uno está estresado o sufriendo, la práctica de la ecuanimidad reduce el sufrimiento, disminuye la incomodidad en el cuerpo y la mente.

Ecuanimidad con sensaciones placenteras

Así también, cuando aplicas la ecuanimidad a las sensaciones placenteras sin interferencia, estas fluyen también con mayor facilidad y ofrecen una satisfacción más profunda. En conjunto, la ecuanimidad trabaja para disminuir el sufrimiento y al mismo tiempo aumenta el placer por la simple práctica de la conciencia, aplicando amor-bondad a uno mismo y al proceso.

Sin la práctica de la ecuanimidad, uno no puede tener un acceso completo a la fuente intrínseca del amor-bondad para la *Conciencia Cáritas*.

A medida que uno permite que las sensaciones fluyan, ese flujo forma un tipo de purificación psíquica de los sentimientos de manera que uno se encuentra más auténticamente disponible para experimentar el amor-bondad como la fuente que ayuda a acceder al interior en lugar que la fachada externa y superficial.

No funciona solo “ponerte” la camiseta de amor-bondad en la presencia de hambre, dolor, desesperación, preocupación y otros

sentimientos similares. Únicamente después que se ha permitido fluir a esos sentimientos puede emerger el manantial de la *Cáritas Auténtica*, radiando desde uno mismo hacia otros y hacia el campo profesional (Comunicación personal, Young 2006).

AMOR-BONDAD

El Amor-Bondad da a luz a una compasión natural. El corazón compasivo mantiene al dolor y el pesar de nuestra vida y de todos los seres con misericordia y ternura... Es el corazón tierno el que tiene el poder para transformar el mundo.

KORNFIELD (2002:102)

El considerar el primer *Proceso Cáritas* a fondo y acceder a la intención relacionada al amor-bondad y ecuanimidad invita a una forma de conciencia/meditación en acción. El explorar este aspecto de meditación para la Conciencia Cáritas es una forma de atender esta manera fundacional del *Ser* como las bases del cuidado, sanación y totalidad. Es una práctica y proceso centrales que nos preparan con las herramientas y habilidades para comprometernos en un servicio humano compasivo de por vida, que es dador y receptor de vida.

Cualquiera tiene una fuente intrínseca de amor-bondad, cuidado y amigabilidad. Sin embargo, esta forma intrínseca-básica de Ser a menudo está cubierta y enterrada bajo costumbres sociales convencionales y normas laborales. Al mismo tiempo, el amor-bondad es un estado natural del ser y vivir, en el sentido que cuando lo sentimos en plenitud, da paz y alegría a nuestras vidas y aquellos a nuestro alrededor. El desafío en una práctica profesional de cuidado-sanación, y un desafío especial para el modelo de la Conciencia Cáritas, es aprender cómo acceder a esos sentimientos directamente de manera que irradies esa energía al Ser y al campo que te rodea.

Recuerda la siguiente obviedad: el universo es un holo-

grama. Entonces, la noción holográfica aplica aquí: si la parte está en la totalidad y viceversa, si incluso uno de los practicantes de la enfermería se prepara para la Conciencia Cáritas como la base para la práctica profesional del cuidado, ese practicante de la enfermería está ayudando a transformar y afectar el campo completo. Imagina cómo sería si las enfermeras participaran colectivamente en prácticas meditativas para cultivar el Conocimiento Cáritas. Primero en el nivel personal, luego en el nivel de unidad, luego a través de las unidades, expandiendo a través del sistema entero, luego a través del sistema, a través de entornos en varias partes del mundo.

Las enfermeras con *Conocimiento Cáritas* informado podrían literalmente transformar sistemas enteros, contribuyendo al cambio mundial a través de sus propias prácticas del Ser, así “observando” y haciendo cosas de manera diferente, con una conciencia diferente, irradiando mensajes diferentes, afectando el ambiente energético sutil, esparciendo sanación, totalidad, perdón, belleza, amor, perfección, bondad, ecuanimidad. En esta conciencia, este despertar, las enfermeras están *literalmente convirtiéndose en el campo Cáritas*.

Una vez que uno ha experimentado dicho sentido cultivado de amor-bondad, se abre nuestro corazón de compasión y se torna en una burbuja sobre nuestras circunstancias de vida. Sin embargo, como ya se mencionó, uno no puede invocar artificialmente al amor si uno siente dolor, enojo, cansancio, desesperanza o temor, preocupación, etcétera. Uno no puede poner pintura encima del dolor, más bien, se debe permitir al dolor emerger, de ahí es liberado y absorbido al espacio vibratorio del flujo de energía.

Cuál es el propósito de la meditación consiente: aprender a hacer esta práctica cuando se esté en un espacio negativo, encontrar maneras de acceder a sentimientos y sensaciones subjetivas sin quedarnos ahí, sin establecer, enmascarar, cubrir ni congelar dichas sensaciones. El congelamiento de las sensa-

ciones y pelear, ignorar o evitar sentimientos crea más sufrimiento. Las prácticas de meditación propuestas aquí ayudan a que uno observe todas las sensaciones, descubriendo su naturaleza vibratoria y energética, subir y bajar; ya sea con la visualización de esos movimientos o literalmente experimentando las sensaciones, podemos transformar las experiencias emocionales.

Una vez que uno se conecta y practica la no-interferencia (ecuanimidad) la energía y los sentimientos se mueven a través de un sentido de plenitud y cierre de ciclos que es una forma de dulce liberación; estas sensaciones se pueden observar y sentir. Después se abre internamente el espacio vibratorio vacío, permitiendo que uno acceda y sienta auténticamente el amor-bondad y ecuanimidad que uno añora sentir, el cual fluye naturalmente una vez que se ha vaciado el espacio negativo.

Cuando los otros sentimientos han dejado de emerger y han quedado en el pasado, los sentimientos de amor y bondad se instalan en el espacio vibratorio donde antes se tenía el dolor. Una vez que se ha cultivado esta práctica es posible relacionarse con otros con esta práctica como acto profesional de *Cáritas*.

Al aprender a cultivar la práctica de amor-bondad y ecuanimidad como parte de nuestra preparación para la *Conciencia Cáritas*, hemos entrado a un nuevo nivel de transformación personal y profesional que afecta todo lo que sabemos, hacemos y “somos” en nuestro trabajo y en el mundo. Las estrategias para la práctica formal de la meditación están disponibles en una variedad de talleres, libros y grabaciones e internet.

Yo especialmente recomiendo el sitio web de Shinzen Yong (<http://shinzen.org>). Ahí se encuentran disponibles sin costo cintas de audio, sus prácticas principales, que uno puede experimentar al escucharlo; también hay materiales escritos e información sobre la Meditación Vipassana, la Meditación Consciente, la ecuanimidad, etc. Sus muchos otros libros, cintas y materiales similares pueden comprarse en el sitio.

El primer Proceso Cáritas: Cultivo del amor-bondad y ecuanimidad, ha introducido el comienzo del toque sanador, ejercicios, afirmaciones, ejercicios de Centrado y un panorama general de la meditación consiente. Existen opciones para adentrarse en esta preparación personal/profesional a cualquier nivel y cuando uno esté listo. El buscar esta práctica de manera sistemática y formal es un recorrido de por vida. Un compromiso formal para encontrar las propias prácticas de preparación para este trabajo, puede hacer toda la diferencia en la carrera. La meditación es una invitación para el crecimiento personal de por vida para así convertirnos en la teoría viviente del cuidado, quienes acceden al Campo Cáritas/Convirtiéndose en el Campo Cáritas en nuestro trabajo y en nuestro mundo.

Capítulo 5. Del FACTOR CARATIVO 2:

Implementación de la fe y la esperanza

al **PROCESO CÁRITAS 2:**

Estar auténticamente presente: Habilitar, sostener y honrar la fe, esperanza y sistema de creencias profundas y el mundo de la vida intersubjetiva del ser/otros

La esperanza brota eternamente, no por la naturaleza del mundo, sino por la naturaleza de Dios... La luz de la creación no emana del mundo material, por lo que es inútil buscarla ahí.

MARLANNE WILLIAMSON

Si pierdes la esperanza, de algún modo pierdes la vitalidad que mantiene la vida en movimiento; pierdes la valentía de ser, esa cualidad que te ayuda a seguir adelante a pesar de todo.

MARTIN LUTHER KING JR

La esperanza es la cosa con plumas

Que se posa en el Alma.

Hace su canto sin las palabras,

nunca se detiene para nada.

EMILY DICKINSON

El Factor Carativo original de fe y esperanza está muy vinculado al lenguaje expandido que busca hacerlo más explícito respecto al nivel de autenticidad requerida para la presencia humana en medio de las necesidades de fe y esperanza, haciendo más explícita la importancia de honrar el sistema de creencias profundas y el mundo subjetivo interno de sentido que la otra persona

tiene para su vida y propósito y la situación presente en que se encuentre la persona. Otra situación puede ser cualquiera de las nuestras, provocando compasión y entendimiento profundo, extendiendo el brazo hacia el otro, honrando su creencia en el resultado correcto para el ser. Este *Proceso Cáritas* a su vez honra el sistema de creencias del practicante de enfermería, invitándolo a conectarse con aquello que lo sostiene cuando se necesite recurrir a la fe y a la esperanza. Todos nosotros necesitamos fe y esperanza para cuidarnos a través de las vicisitudes y de las ondas y flechas de la existencia humana del plano terrenal.

Este *Proceso Cáritas* expandido está estrechamente relacionado al sistema fundacional de valores humanísticos altruistas y de la conciencia de amor-bondad y ecuanimidad. Estos son los *touchstones*, los cimientos y procesos centrales que nos llevan al trabajo del cuidado-sanación humana y las experiencias de vida como nacer, vivir, ser y morir.

No podemos ignorar la importancia de la fe y esperanza y el papel que tienen en la vida de las personas, especialmente cuando se enfrenta a lo desconocido, los misterios y las crisis de enfermedad, dolor, pérdida, estrés, desesperación, duelo, trauma, muerte, etc. Es por eso que se incluye el concepto de este valor como nuclear al modelo profesional de enfermería y a la ciencia del cuidado: *Conciencia Cáritas*.

Una de las formas de sentir la esperanza es ofreciendo la esperanza a otros. A menudo descubrimos, que en este momento, por estar aquí, somos la esperanza; nosotros podemos convertirnos en la esperanza para alguien que está solo, aislado, abandonado en la prisión de su desesperación y enfermedad, miedo y sufrimiento. Al ser sensibles a nuestra propia presencia y a la *Conciencia Cáritas*, no solo podemos ofrecer y habilitar que otros accedan a su sistema de creencias, fe y esperanza de las personas en proceso de sanación, pero quizá seamos los que hagamos la diferencia entre la esperanza y la desesperación en un momento dado.

Como se notó en el texto original (Watson, 1979), los

efectos terapéuticos (sanadores) de la fe y la esperanza han sido documentados a través de la historia. Hipócrates pensaba que la mente y alma de una persona enferma deben ser inspiradas antes de dar tratamiento a la enfermedad. Aristóteles estaba consciente de que el teatro tenía un efecto terapéutico en una persona que se sintiera involucrado con la representación y el dramatismo. Asclepio, el dios griego de la medicina, era a menudo representado con sus dos hijas: Higea, la diosa de la salud; y Panacea, la diosa de la sanación. Higea protegía la salud a través de la autodisciplina y un buen ambiente; Panacea usaba drogas y manipulación para sanar (Ackerknecht 1968: XVIII). El significado de Panacea continúa siendo asociado con la cura de enfermedades y de dificultades; comúnmente se le llama efecto Panacea a la situación cuando uno no puede explicar la causa directa de las curas y la mejora de la salud de las personas.

En el antiguo Egipto el sacerdote y el médico eran la misma persona. Por siglos la medicina egipcia estaba estrechamente relacionada con la religión y la fe.

La fe y esperanza han sido tradicionalmente importantes en el tratamiento, para aliviar los síntomas de la enfermedad; la medicina como tal era secundaria a la magia, encantación, hechizos y plegarias. En la Biblia encontramos con frecuencia milagros de fe, incluso en tiempos más recientes. El papel de la plegaria ha adquirido significados tanto científicos como espirituales, ofreciendo fe y esperanza a millones alrededor del mundo, todos los días en muchas situaciones diferentes.

En las comunidades médicas y religiosas, nuevas explicaciones e investigaciones sobre las plegarias, sanación a distancia y fenómenos relacionados de fe y esperanza, que antes eran inexplicables en la medicina convencional, están tomando nuevas dimensiones a través de los trabajos de Larry Dossey y otros (Dossey, 1993). Otros estudios relacionados están comenzando a ser replicados, armando un caso sólido sobre el papel de las palabras y creencias de sanación en las plegarias, localmente o a distancia. Este trabajo sobre las plegarias y palabras de sanación

es consistente con prácticas antiguas y modernas de tratamiento a través de la sugestión, el poder del pensamiento, visualización, imágenes y creencias que trascienden la ciencia y el tiempo.

Otros antiguos enfoques al tratamiento y la cura, como el enfoque astrológico babilónico, también se basaban en explicaciones sobrenaturales acerca de las curas y causas de enfermedades y dolencias. Nosotros todavía podemos ver evidencias del uso de la recuperación del alma, cantos y otros dispositivos para expulsar espíritus malignos, y también diversos esfuerzos para obtener o llamar ayuda del mundo espiritual no físico, hacia el plano físico, para restablecer la armonía y el balance en la sanación.

Mesmer, a finales del siglo XVIII, fue el primero en llamar la atención públicamente al importante hecho de que los tratamientos mentales tienen una relación directa con la enfermedad. Él fue considerado el padre de la hipnosis y llegó a tratar la enfermedad, después de intentar varios diferentes enfoques, a través de lo que todavía conocemos como “mesmerismo,” o sugestión, que más tarde fue explorada como el fenómeno que clínicamente conocemos como hipnosis. La hipnosis continua siendo usada e investigada hasta el día de hoy para tratar una variedad de condiciones médicas y fisiológicas; por ejemplo, el alivio de un dolor de cabeza menor, la eliminación de síntomas graves de la enfermedad y el uso como anestésico durante procedimientos quirúrgicos. El efecto de la hipnosis y placebos, ambas formas de sugestión, están ligados a la presencia auténtica y a la habilitación de la fe y esperanza.

De forma más reciente, numerosos estudios han demostrado el papel y el poder de las relaciones (de cuidado) en afectar el resultado de las enfermedades y diagnósticos. Las relaciones de cuidado (Factor Carativo 4) exploran la importancia de las relaciones pero dentro del contexto de la fe-esperanza. La presencia del profesional del cuidado puede ser una fuente para habilitar, sostener y honrar el sistema de valores y fuente de esperanza de otros.

Muchos creen que cuando todo lo demás falla, “todavía

hay que hacer algo”. En muchas instancias ese algo es tener fe en alguna persona, régimen de salud o un sistema de creencias para ayudarlos a mejorar.

Algunos sostienen que la era presente es “el inicio del fin de la medicina física (Era I)” (donde el enfoque es el cuerpo como máquina y en intervenciones médicas externas físicas-materiales) como hemos sabido que ocurre durante el siglo pasado. Debemos reconocer cada vez más en el mundo que la medicina alopática, como se practica en el mundo científico occidentalizado, es solo una de las muchas maneras en que las personas buscan tratamiento y curas. Millones de personas continúan creyendo que el movimiento de estrellas y constelaciones, si se interpretan apropiadamente (predicciones astrológicas), pueden revelar su destino. Mucha gente inteligente ha buscado enfoques no científicos cuando se enfrentan a lo desconocido y a crisis de la vida, especialmente cuando parece que no hay esperanza sobre la condición y que no hay nada más que se pueda hacer “médicamente”. Sin embargo, las personas siempre pueden invocar su fuente de esperanza de su sistema de creencias. Parece que cuando las personas están enfermas, se sienten amenazadas o en crisis, ellos “van a casa” culturalmente e internamente, que recurren subjetivamente a su sistema interno de creencias profundas, sin importar si es “racional” o “irracional”.

Hoy, la medicina occidental convencional está usando múltiples modalidades como adjuntos a otros enfoques científicos o, en el mejor de los casos, en conjunto con las prácticas alopáticas. El campo en crecimiento al que comúnmente se le refiere como Medicina integrada, o medicina mente-cuerpo-espíritu, usa modalidades holísticas tales como meditación, medicina energética, acupuntura, tratamiento de Reiki, biorretroalimentación, homeopatía, dietas, ejercicio, visualización, conciencia intencional, toque-toque sin contacto, terapia de pareja y otras numerosas prácticas y procedimientos. Las creencias continúan siendo el corazón de todas las prácticas. Estos enfoques se basan, pero

también se extienden y trascienden, la medicina alopática convencional y en algún nivel han recurrido y reforzado el sistema de creencias profundas del que recibe cuidado.

Muchas de estas llamadas modalidades holísticas están fundamentadas en una visión del mundo muy diferente al sistema de valores occidentales; incorporan la dimensión espiritual-religiosa y otras incógnitas supernaturales, así contribuyendo más a la complejidad e importancia de honrar las creencias profundas, percepciones y significados subjetivos. Muchas de estas prácticas son antiguas y anteriores a la modernidad, pero se ha redescubierto que contribuyen a la sanación y la totalidad y a amplios resultados de salud. Ya sea que provenga de la antigua medicina griega o china, o de la enfermería moderna fundada por Nightingale, se basan en la sabiduría que el cuerpo tiene el poder, a un nivel intrínseco y profundo, para sanarse a sí mismo. Es a esta creencia a la que la gente con frecuencia vuelve al invocar su fe y esperanza, su creencia en milagros como una fuente de fuerza.

En la *Conciencia Cáritas*, el practicante de enfermería honra y busca descubrir qué es significativo e importante para cada persona en particular. En el tratamiento o proceso de cuidado, las creencias de las personas nunca son descartadas o rechazadas como insignificantes. En efecto, ellas son fomentadas, respetadas y habilitadas como significativas en la promoción de la sanación y la totalidad sin importar el diagnóstico médico, la situación y resultados de la cura.

El practicante de enfermería que practica en el contexto de la *Ciencia del Cuidado* sabe que nunca se puede pasar por alto el poder sanador de la creencia y esperanza, sino que debe incorporarse en la relación de cuidado y las prácticas de cuidado. Al reforzar la fe-esperanza y honrar el sistema de creencias profundas de uno y de los otros, le sumamos y aprovechamos del altruismo humanístico y la *Conciencia Cáritas del Proceso Cáritas 1: Práctica de amor-bondad y ecuanimidad para promover el cuidado ético y profesional*. Estos factores y

procesos se complementan uno al otro y contribuyen más al tercer Factor Carativo/*Proceso Cáritas*, relacionados a la sensibilidad y crecimiento espiritual del practicante de la enfermería.

Capítulo 6. Del FACTOR CARATIVO 3:

Cultivo de la sensibilidad al ser y otros al

PROCESO CÁRITAS 3:

Cultivo de las propias prácticas espirituales y el ser transpersonal, ir más allá del propio ego

Este factor/proceso es un viaje para toda la vida y una gran orden para la práctica profesional. Aquí continúo enseñando lo que continuamente necesito aprender. Este viaje es un proceso de evolucionar y honrar las propias necesidades internas personales, escuchar a la sutil y tranquila voz interior, conectar con nuestra más profunda fuente de despertar hacia nuestro *Ser y Transformación*. En este *Proceso Cáritas* (PC) volvemos al primer PC: cultivo del amor-amabilidad y ecuanimidad y celebración de prácticas que los refinan. Al hacerlo, el PC 3 naturalmente conduce a la práctica espiritual y se vuelve transpersonal; dicho proceso nos conecta con el espíritu y la fuente y aquello que es más grande que el ego.

Sin embargo, sin atender y refinar el propio crecimiento espiritual, conocimiento, conciencia y dimensión espiritual de la vida, es muy difícil ser sensible hacia sí mismo y a otros. Sin este proceso y viaje de toda la vida, podemos volvernos duros y frágiles y cerrarnos a nuestra compasión y cuidado para nosotros mismos y otros.

Por lo tanto, este *Proceso Cáritas* busca hacer explícito que nuestro compromiso profesional a la sanación-cuidado y la totalidad del ser/hacer/saber no puede estar completo o maduro

sin enfocarse en este aspecto de nuestro crecimiento personal y profesional en evolución.

INTEGRACIÓN DE LOS FACTORES Y PROCESOS

Ser humano es sentir. Muy a menudo nos permitimos pensar nuestros pensamientos pero no sentir nuestros sentimientos. La manera primaria de desarrollar sensibilidad y una necesidad de prácticas espirituales es prestar atención a nuestros sentimientos y pensamientos, tanto dolorosos como felices. Necesitamos reconocer las imágenes mentales que tenemos en nuestras mentes y nuestra conciencia y que llevamos con nosotros; necesitamos ser más conscientes de los guiones mentales: ¿Qué nos decimos a nosotros mismos? ¿Cuál es la naturaleza de la charla interna?

A medida que adoptamos alguna práctica espiritual para conectarnos con el yo interno y el mundo de la vida interior, nos abrimos a aquello que va más allá de la dimensión física exterior. Entonces buscamos una fuente más alta/más profunda de sabiduría interior y nuestras propias verdades.

Muchas personas no cumplen su potencial. Tienden a buscar soluciones fuera de sí mismas. Pero la fuente de madurez, sabiduría, reflexión, intuición y entendimiento para desarrollar una conciencia evolucionada está dentro del interior. El comenzar es mirar al interior, no temer a las sombras y a la luz de nuestra humanidad; lo que nos hace más profundamente humanos y compasivos es hacer contacto, honrar y ofrecer amor-amabilidad al ser, incluso aquellos aspectos que tememos o no nos gustan. Si no se atiende este aspecto del cuidado y Conciencia Cáritas no hay crecimiento, y tendremos éxito limitado al trabajar con la humanidad de otros si no podemos aceptar y amar primero al ser.

Este proceso de continuo desarrollo espiritual es el cimiento del cuidado, compasión y conexiones transpersonales humano-a-humano. Esta dimensión y proceso nos ayuda a “ver”

quién es la persona llena de espíritu más allá de los elementos físicos exteriores, más allá del paciente, diagnóstico y demás. Uno debe ser capaz de conectarse, ver y aceptar que todos los pensamientos y sentimientos están continuamente subiendo y bajando. Sin embargo, a través de esta práctica y proceso podemos experimentar la realidad de que tenemos sentimientos y pensamientos, pero no definen quienes somos.

Tenemos pensamientos; tenemos sentimientos; tenemos un cuerpo; pero somos más que nuestros pensamientos, nuestros sentimientos y nuestro cuerpo. Somos espíritu encarnado. O, como nos recordó Teilhard de Chardin, somos seres espirituales viviendo una experiencia terrenal.

Si un profesional de la enfermería no es sensible a sus propios sentimientos, es difícil ser sensible hacia otra persona. Es cuando no somos conscientes y no somos reflexivos sobre nosotros y la vida, que nos endurecemos a los sentimientos de otros y cerramos nuestros corazones, tornándonos insensibles e incluso crueles; justo cuando otros pueden estar más necesitados de nuestro amor-amabilidad, preocupación, compasión y sensibilidad. Cuando esto ocurre la enfermera a menudo forma relaciones profesionales distantes, mimetizando conflictos potenciales e incluso contribuyendo a una situación tóxica o a un ambiente laboral no saludable.

Mientras que el Factor Carativo de la sensibilidad es fundamental, es mejorado y sirve como cimiento del crecimiento espiritual, madurez y prácticas reflexivas y conscientes cuando se expande a la Conciencia Cáritas; por lo tanto, este tercer Proceso Cáritas extiende el significado y enfoque del tercer factor. Este proceso y factor no pueden ser dados por sentado, así que necesitan identificarse como el núcleo de las relaciones profesionales de humano a humano y de las prácticas de cuidado-sanación. Todos estos factores y procesos evolucionados coexisten y son de naturaleza holográfica, en el sentido que cada uno reside dentro de la totalidad del otro y la totalidad del paradigma de la Ciencia de Cuidado reside dentro de cada uno de los procesos/factores.

NOTA/RECORDATORIO EDUCACIONAL

En muchas formas, se pueden combinar el tercer, cuarto y quinto de los Factores Carativos revisados y reenmarcados como Procesos Cáritas. Todos ellos son parte de un todo holográfico; todos ellos son mutuamente interdependientes. Cada uno, de manera única, da testimonio de los aspectos relacionales ontológicos del desarrollo personal de la enfermera para estar en la Conciencia Cáritas, para practicar la Enfermería Cáritas. Todas estas dimensiones son necesarias para representar una filosofía, teoría y ética viviente que busca mantener el cuidado-sanación profesional en relación con uno mismo y otros. Sin embargo, para propósitos organizacionales intelectuales-conceptuales, los he identificado como procesos/factores separados en cuanto a que pienso que, a su modo, cada uno amerita atención y discusión. Sin embargo, todos ellos son interactivos y holográficos simultáneamente. Así, entramos en la discusión del cuarto Factor Carativo, ahora extendido al Proceso Cáritas 4, el cual se cruza directamente con todos los otros anteriores.

Capítulo 7. Del FACTOR CARATIVO 4:
Desarrollo de una relación de ayuda-confianza
al **PROCESO CÁRITAS 4:**
Desarrollar y sostener una relación de cuidado
de ayuda-confianza

Una persona se convierte en una persona en el encuentro con otras personas y no de otra manera.

FUENTE DESCONOCIDA

La tarea central de la educación en profesiones de la salud –en enfermería, medicina, odontología, salud pública, psicología, trabajo social, y y las profesiones aliadas a la salud– debe ser ayudar a los estudiantes, profesores y practicantes a aprender cómo formar relaciones cuidado-sanación con los pacientes, sus comunidades, con otros y con ellos mismos... el conocimiento, las habilidades y los valores necesarios para tener relaciones efectivas... Los practicantes en desarrollo, capaces de madurar como estudiantes y profesionales reflexivos que comprenden al paciente como persona... [también] comprenden la naturaleza esencial de las relaciones de sanación.

PEW FETZER REPORT (1994:39)

El cuidado centrado en las relaciones se considera intrínseco a la sanación y la base para un nivel más profundo de la reforma del cuidado a la salud que va más allá del enfoque económico superficial de cambio. El enfoque de la relación incluye múltiples niveles de relación:

- Profesional consigo mismo

- Profesional con el paciente
- Profesional con la comunidad
- Profesional a profesional

Existe la necesidad de desarrollar y mantener la relación de cuidado como el núcleo de las prácticas profesionales en todas las profesiones de la salud (Pew Fetzer Report, 1994). Al modificar el idioma de este Factor Carativo, los principales cambios son relativos a hacer más explícito el auténtico aspecto del cuidado de la relación de ayuda-confianza.

En los procesos y protocolos psicoterapéuticos convencionales, es posible aprender las técnicas de comunicación, cómo tener éxito en que alguien revele sus sentimientos, y así sucesivamente. Sin embargo, en la Conciencia Cáritas son necesarias la conciencia y la autenticidad de la conexión humana y las respuestas como una ética; la autenticidad del ser revela la integridad del profesional. Este es un ingrediente para un momento de cuidado y abre dimensiones transpersonales de cuidado-sanación.

Los momentos del cuidado transpersonal pueden ser momentos cruciales en la existencia; estos momentos son reverenciales en el honrar la unidad de toda la persona: cuerpo-mente-espíritu. Por lo tanto, esta dimensión puede ser extremadamente crítica, pero también puede ser una amenaza para los profesionales si no practican dentro de la Conciencia Cáritas y si no se cultivan el Proceso Cáritas o Factores Carativos. El desarrollo de una relación de cuidado requiere habilidad y competencias ontológicas en cuidado humano, no se trata de la técnica por sí sola.

Más bien, la construcción de una auténtica relación de cuidado tiene que ver con la profundización de nuestra humanidad, se trata del proceso de ser-tornarse más humano, compasivo, consciente y despierto a los dilemas humanos propios y de otros. Se trata de la presencia humana, escuchar y oír de forma auténtica, estando presente para otro en el momento. Se trata de “leer el campo”. Se trata de ser reflexivo, consciente

y hábil a medio paso, a mitad de la frase, a mitad de la acción cuando se conecta con otra persona. Dichas competencias y habilidades en la conexión con otro generan confianza y seguridad. Es una conexión dadora y receptora de vida, de humano a humano, de espíritu a espíritu, que va más allá del nivel físico-ego. Estas habilidades y esta conciencia de la relación implican competencias ontológicas, como se mencionó antes. Dicha construcción de relaciones, se trata primero de comprender el ser como una variable fundamental en cualquier situación de cuidado. Cómo traducir la propia autoconciencia, la sensibilidad y amor-conciencia a la práctica moral informada en relación con el yo y el otro es una tarea importante de la práctica profesional.

Este proceso, esta conciencia, esta habilidad de ser-en-relación es fundamental y esencial para cualquier relación de cuidado-curación, ya que a menudo es la misma relación la que sana, en vez de las intervenciones externas por sí solas. Mucha evidencia empírica respalda lo que muchos saben ética, intuitiva y experimentalmente desde hace siglos: que la calidad de la relación con otra persona es uno de los elementos más importantes en la determinación la eficiencia de la ayuda. Por lo menos, la investigación indica que la relación es un fuerte predictor de los resultados, más allá de la terapia real, por lo que, por lo menos, las intervenciones interactúan con la relación terapéutica para los resultados de sanación más terapéuticos. (Herman 1993; Horvath and Symonds 1991; Luborsky et al. 1986; Martin, Garske, and Davis 2000; Orlinsky and Howard 1985; Strupp and Hadley 1979).

En este sentido, la relación de cuidado puede ser considerada como intervención en sí misma, o por lo menos un ingrediente básico. Por ejemplo, algunas investigaciones en la literatura médica ha indicado que “mejor salud”, el comportamiento funcional, y las evaluaciones subjetivas están relacionadas con la comunicación médico-paciente (Kaplan, Greenfield, and Ware 1989, citado en Quinn et al. 2003). La literatura de enfermería tiene una gran cantidad de información y publicaciones relacionadas con las relaciones y el cuidado, a pesar de que

pocos son estudios controlados. En general, la literatura de la ciencia del cuidado sobre el campo está estrechamente alineada y es consistente con un renovado interés científico y educativo en las relaciones de cuidado y los resultados de sanación. (Pew Fetzter Report 1994; Samueli Conference on Definitions and Standards in Healing Research 2002).

Los Factores Carativos / Procesos Cáritas discutidos anteriormente, tales como la consciencia, amor-amabilidad, sensibilidad, esperanza y fe, contribuyen todos a la calidad de una relación de cuidado auténtica. Sin embargo, la relación en sí merece un estudio y atención. Ya sea que veamos a la enfermería como la filosofía y la ciencia del cuidado o el cuidado como la filosofía y la ciencia de la enfermería, de cualquier manera estamos obligados a considerar seriamente la evidencia empírica, así como la ética, teórica y experiencial relacionada al desarrollo de una relación auténtica de cuidado-sanación.

De los muchos problemas que pueden surgir en la enfermería, tal vez uno de los más comunes es la incapacidad para establecer una buena relación, ser insensible, incapaz de conectar o crear una alianza con otro. Dicho de otra manera, un problema importante es la falta de una conciencia reflexiva y consciente de cómo la presencia y conciencia hacia uno mismo y los demás pueden y de hecho afectan a la naturaleza y el resultado de la relación de uno con otro, ya que el otro es un colega, un paciente o un familiar. Se sabe de modo general y se encuentra en el conocimiento empírico, que un paciente que de verdad siente que la enfermera se preocupa auténticamente por el paciente y que ve quién es la persona detrás de la condición del paciente tiene más probabilidades de establecer confianza, fe, esperanza y sostener una relación de cuidado con la enfermera. Cuando uno es capaz de participar en presencia y verdaderamente escuchar y comprender la historia de otra persona, ese puede ser el mayor don de sanación que existe. Entonces será más posible que los otros hablen de asuntos sensibles, lo que realmente les molesta detrás de las palabras superficiales o conducta abierta.

A medida que la disciplina de la enfermería ha evolu-

cionado para honrar y desarrollar el arte y la ciencia del cuidado humano, la relación en sí se ha tornado fundamental para las prácticas profesionales. De hecho, la literatura de enfermería filosófica, teórica y científica ahora subsume muchos constructos ligados a la curación: la empatía, la compasión, el compromiso, la comunicación, los valores humanístico-altruistas, la instilación de fe y la esperanza, la sensibilidad al yo y el otro, el respeto, la confianza, el amor, relaciones centradas en el paciente y en la persona, y así sucesivamente (Quinn et al. 2003).

Algunas de las investigaciones más formales sobre el cuidado y los resultados se llevaron a cabo por Swanson (1999), quien describe los resultados de las relaciones de cuidado y no cuidado. El metaanálisis mostró los resultados de los pacientes que han experimentado el cuidado, estos fueron:

- Bienestar emocional y espiritual (dignidad, autocontrol, personalidad).
- Mejora en sanación y mejora en la relación con los demás.

Se reportó que las consecuencias de no cuidar son:

- Sentimientos de humillación, miedo.
- Sentirse fuera de control, desesperado.
- Sensación de impotencia, alienación y vulnerabilidad.

Estos mismos resultados del cuidado y del no-cuidado fueron reflejados por las enfermeras. Por ejemplo, para las enfermeras que practican el cuidado, los resultados fueron los siguientes:

- Una sensación de satisfacción y realización personal y profesional.
- Amor a la enfermería.
- La capacidad de vivir su propia filosofía.

Las consecuencias del no-cuidado para las enfermeras fueron:

- Sentimiento de endurecimiento, olvido, depresión.

- Sensación de miedo, fragilidad.
- Sensación de desgaste. (Swanson 1999).

Estos hallazgos siguen persiguiéndonos y nos recuerdan que los efectos del cuidado y la relación son cruciales para lograr resultados para los pacientes y enfermeras por igual. Sin embargo, mientras que una gran cantidad de datos empíricos, cualitativos, teóricos y filosóficos sugieren la importancia de la relación de cuidado a la salud y bienestar de enfermeras y sus pacientes, hay que reconocer que una investigación cuantitativa limitada es la que respalda estos puntos de vista y estudios cualitativos (Quinn et al. 2003.). Esta situación es aún más un indicador para conducir investigación adicional en el marco de la ciencia del cuidado.

Tal reconocimiento pone de relieve la posición de que a nivel de disciplina básica, la relación de cuidado es el núcleo de la metanarrativa que define la ética, los valores y normas teóricas y filosóficas de la profesión. El hecho de que casi todas las teorías existentes de enfermería, el currículo profesional de enfermería y el modelo de la práctica profesional hacen hincapié en la relación de cuidado de alguna forma, y el hecho de que los estudios cualitativos siguen encontrando la importancia de esa relación, indican que un valor fundamental, la ética y conducta esencial guían el pacto y compromiso de la enfermería con el público. Mientras que sigue siendo necesaria la investigación de carácter cuantitativo, la falta de estudios cuantitativos no debe socavar el compromiso de valor ético y filosófico de mantener una relación auténtica de confianza y cuidado con el otro, la relación de cuidado es fundamental para cualquier práctica profesional. Si no se atiende este Proceso CárITAS esencial, la enfermería dejaría de ser una profesión.

Capítulo 8. Marco teórico para relación Cáritas/de cuidado

RELACIÓN CÁRITAS/DE CUIDADO

Varios marcos de referencia conceptuales y teóricos de enfermería/ciencia de la salud sobre el cuidado enlazan el cuidado y las relaciones con la sanación y los amplios resultados de salud. El contexto de mi trabajo en la Ciencia del Cuidado ha proporcionado una fundación para la investigación, práctica, educación y administración en enfermería desde el libro original en 1979. Este trabajo ha continuado evolucionando.

Dentro del contexto de una relación de cuidado-sanación, el modelo de la Ciencia del Cuidado postula una naturaleza energética para la Conciencia Cáritas: esa conciencia de cuidado emana una energía que irradia desde una de las partes a la otra. Altera el campo en el momento, ayudando a los pacientes a acceder a su potencial interno de sanación. Este potencial de sanación es un proceso natural que tiene que ver con “Estar-en-la-relación-correcta” (Quinn 1989). La relación de cuidado en este contexto preserva la dignidad humana, la totalidad e integridad; se caracteriza por la presencia y elección consciente e intencional de las enfermeras, en el sentido que ellas pueden elegir cómo ser en el momento de cuidado. Esa decisión puede afectar la relación, para bien o para mal. La naturaleza transpersonal de la relación de cuidado ocurre cuando la enfermera es capaz de conectarse con el espíritu

del otro, el cual está detrás del paciente, así abriéndose a una conexión espíritu-a-espíritu que va más allá del momento y se convierte en parte del complejo patrón universal de ambas vidas. La enfermera y el paciente llevan estos momentos hacia su futuro, el cual forma sus nuevas experiencias, percepciones y así sucesivamente. Así, tanto la enfermera como el paciente cambian como resultado de la relación y la naturaleza de la experiencia (Watson 1985).

La naturaleza transpersonal de la experiencia está conectada con la habilidad de las enfermeras para estar auténticamente presentes en el camino que extiende su mano al otro, trascendiendo el ego. Esta es la fuente de compasión, cuando uno es capaz de conectarse transpersonalmente. Los conceptos de transpersonal y compasión han sido capturados por Jack Kornfield: “La compasión ha surgido naturalmente como el ‘temblor del corazón’ al enfrentar el dolor, el nuestro y el de otros. La verdadera compasión no es limitada por la separación de la piedad, ni por el miedo de ser abrumado. Cuando descansamos en el magnífico corazón de la compasión, descubrimos una capacidad de ser testigos, sufrir y apreciar con nuestro propio corazón vulnerable el dolor y las bellezas del mundo” (2002:103).

RELACIÓN DE CUIDADO TRANSPERSONAL*

Esta sección desarrolla los puntos de vista teóricos en la Relación de Cuidado Transpersonal, consistente con el énfasis en la Conciencia CárITAS como parte del cuarto Proceso CárITAS (PC), mientras se hacen conexiones con otras teorías de enfermería existentes.

Otras teorías contemporáneas de enfermería proporcionan una visión consistente con las nociones transpersonales de

* Partes de esta sección se tomaron de Watson 2004a.

la Conciencia Cáritas/de Cuidado que se discuten aquí. Newman y sus colegas (1991) postularon un paradigma unitario transformativo para contener la práctica e investigación de enfermería. En dicho paradigma un fenómeno es visto como un campo unitario de organización incrustado en un campo de organización más grande. El conocimiento es personal e involucra el reconocimiento de patrones. Incluye percepciones y lo que yo llamaría “campo fenomenológico”: los significados subjetivos e intersubjetivos de ambos participantes. Así, cualquier fenómeno tiene que ser visto como un todo, no como una suma aditiva de las partes que componen el todo. Estas nociones de interconexión, así como la visión holográfica unitaria del universo, son consistentes con las dimensiones teóricas de la relación de cuidado transpersonal. La visión de Newman que “la salud es una consciencia en expansión” y la Ciencia Unitaria de Martha Rogers (Rogers 1970, 1994) son consistentes con la Conciencia Cáritas en el sentido que el cuidado y el amor invocan niveles de consciencia más altos para la enfermería profesional y hacen conexiones entre los resultados de cuidado y sanación/salud/totalidad, trascendiendo los resultados convencionales de solo curar.

Una relación de cuidado transpersonal es guiada por una Conciencia Cáritas en evolución. Transmite una preocupación por el interno mundo de la vida y el significado subjetivo de otro; ese otro es plenamente encarnado, esto es, espíritu encarnado. La noción de transpersonal invita a una completa presencia-en-el-momento de amor-bondad y ecuanimidad, con el entendimiento que un momento de cuidado significativo puede ser un punto de inflexión en la vida de una persona. Este afecta tanto a la enfermera como al paciente e irradia más allá del momento, conectando con el campo universal del infinito al que todos pertenecemos y en el cual vivimos. Así, el momento sigue vivo.

Tal conexión auténtica espíritu-a-espíritu en un momento dado trasciende el nivel de ego personal del control

profesional y abre la inteligencia del corazón y la cabeza de las enfermeras lo que está realmente surgiendo y presentándose en el momento del ahora. La enfermera de la Conciencia Cáritas transpersonal está más abierta y sensible a lo que está ocurriendo, más capaz de “leer el campo”, para percibir las sutilezas en el campo, usar todos los recursos y recurrir a todas las formas de conocimiento: empírico-técnico, ético, intuitivo, personal, estético, incluso el conocimiento espiritual.

Ella o él son más capaces de entrar y permanecer en el marco de referencia de las otras personas; cambiar el procedimiento, agenda o tarea funcional establecida, a menudo rutinaria, y “ver” y “oír” las pistas verbales y no verbales; asistir lo que es más importante para la persona detrás del paciente y el procedimiento. La enfermera está alerta y sensible a lo que está presente y que surge para el otro en este determinado-momento-del-ahora.

Este cambio de la consciencia y la habilidad de estar presente-en-el-ahora, en este momento, no excluye que la enfermera realice las tareas y procedimientos necesarios. Mejor dicho, la Conciencia Cáritas transpersonal en realidad expande el cuidado; en efecto, en algunas, si no es que en todas las instancias, la Conciencia Cáritas transpersonal, la habilidad adquirida de Estar presente-en-el-ahora, reduce las demandas en el cuidado. El cuidado que se ofrece es más preciso, más enfocado, más apropiado y generalmente más satisfactorio para tanto la enfermera como el paciente. Puede ser sanador, dador y receptor de vida.

La relación y la Conciencia Cáritas transpersonal invocan una autenticidad del ser y convertirse, más plenamente humanos, más abiertos de corazón, compasivos, sensitivos, presentes, capaces; más competentes como humanos; más capaces de permanecer en el silencio, de participar en las acciones morales informadas con el dolor, molestia, luchas emocionales y sufrimiento sin rendirse. Estas competencias, estas consciencias, están relacionadas a los otros Factores Carativos y Procesos

Cáritas y existen en el nivel ético, ontológico y moral y demandan una práctica profesional del cuidado en enfermería. Esta conciencia ofrece una búsqueda común del significado de la sanación, relaciones de todo tipo, enfermedad, dolor, sufrimiento, pérdida, muerte, vulnerabilidad y así sucesivamente.

Las experiencias humanas comunes inefables que todos compartimos son aquellas tareas humanas relacionadas a cómo vivir y cómo encarar la muerte y el morir, ya sea que la lucha por vivir y morir sea propia o de extraños, un paciente, o una persona amada. Estas son la búsqueda Cáritas por la profunda realidad que encaramos en la profesión de enfermería. A menudo, estas son las tareas humanas sin especificar, subdesarrolladas, anónimas y éticas que nosotros en última instancia tenemos que enfrentar y explorar desde dentro y luego invocar en el trabajo profesional del cuidado-sanación. Estas son las profundas tareas y realidades humanas que enfrentan todos los profesionales de la salud; este trabajo en última instancia involucra las competencias humanas ontológicas del cuidado. En última instancia este trabajo requiere volver hacia lo que Stephen Mitchell señaló como “la fuente y esencia de todas las cosas, la inteligencia luminosa que brilla desde la profundidad del corazón humano; la vital, inmanente, sutil, radiante X... llamado por los antiguos como una ‘realidad innombrable’; ‘lo que causa que todo exista’” (1994: xiv). La única manera de sostener a la humanidad a través del tiempo es realizar un giro hacia “enfrentar nuestra humanidad” y la de otro, en el profundo sentido ético pretendido por Lévinas (1969); en esta instancia es la fuente para sostener el cuidado y el amor y quizá inclusive la supervivencia de la profesión que hoy conocemos como enfermería.

Al llamar la atención a la Conciencia Cáritas, Procesos Cáritas y los Factores Carativos refinados, llegamos de vuelta al punto de partida de la naturaleza profundamente humana y llena de espíritu de la enfermería profesional y a un reconocimiento de las dimensiones espirituales, misteriosas y sagradas,

que a menudo residen silenciosamente en los márgenes de nuestro trabajo y nuestra vida. Estas dimensiones no pueden ser ignoradas en la filosofía y Ciencia del Cuidado con una Conciencia Cáritas evolucionada hacia uno mismo y toda la humanidad. El crecimiento y madurez espiritual continuas son parte del viaje de la conciencia transpersonal y de la enfermería de la Conciencia Cáritas. Este es un viaje para toda la vida.

Nosotros aprendemos unos de otros cómo ser humanos al identificarnos a nosotros mismos con otros, encontrando sus dilemas en nosotros mismos. Todo lo que aprendemos de esto es autoconocimiento. El ser del que aprendemos... es todos los seres. Es el ser humano universal. Aprendemos a reconocernos a nosotros mismos en otros. Mantiene viva nuestra humanidad en común y evita la reducción del ser o el otro al estatus moral de objeto. (Watson 1985:59-60).

SUPUESTOS DE LA ENFERMERA CÁRITAS: RELACIÓN TRANSPERSONAL DE LA CONCIENCIA CÁRITAS

- La Enfermera Cáritas tiene un compromiso moral con la sociedad y humanidad. Ella o él son capaces de manifestar una intencionalidad y ConscienciaConciencia Cáritas en relación con sí mismo y otros para proteger, potenciar, promover y preservar la dignidad y totalidad humana.
- La Enfermera Cáritas afirma el significado espiritual-subjetivo de sí misma y otros mientras está buscando sostener el cuidado en medio de la desesperación y la amenaza, ya sea biológica, institucional o de otro tipo.
- La Enfermera Cáritas honra una relación Yo-Tú, no una relación Yo-Eso.
- La Enfermera Cáritas busca reconocer, honrar y detectar exactamente el espíritu del otro a través de una presencia genuina, estar centrado, disponible en el momento presente.
- A través de acciones, palabras, voz, presencia no verbal,

pensamientos, sentimientos y el uso total del ser, la Enfermera Cáritas se conecta con el otro.

- La conexión Cáritas puede ocurrir a través de los actos auténticos e intencionales, movimientos, gestos, expresiones faciales, procedimientos, provisión de información, el tacto, la voz, el tono de la voz, tipo de tacto, sonidos calmantes, expresiones verbales y/o habilidades técnicas científicas que transmiten el cuidado al otro. Todas estas formas de comunicación y acción humana profesional y personal contribuyen a la conexión del cuidado transpersonal.
- No se espera que la Enfermera Cáritas tenga una conexión transpersonal de cuidado o momento de cuidado con todos los pacientes. Pero la Conciencia Cáritas se lleva a cabo como un ideal profesional que guía la moral, el compromiso ético y la intencionalidad de uno con cada paciente y sostener la misión de cuidado de enfermería y el pacto con la sociedad.

UN MOMENTO DE CUIDADO

Con la luz de cada momento, que algo hermoso me sea revelado y se convierta en parte de quien soy.

MARIANNE WILLIAMSON

Un componente central de la teoría del cuidado transpersonal y de la Conciencia Cáritas, que ya se ha enfatizado, es el que se manifiesta en un presente dado y se convierte en parte de ambos individuos que lo experimentan, este se conoce en mi obra como “Momento de cuidado”.

Un momento de cuidado en-el-presente ocurre cuando la enfermera se conecta en un nivel espíritu-a-espíritu con el otro, más allá de la personalidad, apariencia física, enfermedad, diagnóstico, incluso la conducta presente; la enfermera busca “ver” quién es esta persona llena de espíritu a medida que “lee el campo” en esa instancia. La Enfermera Cáritas en un mo-

mento de cuidado usa toda su habilidad, conocimiento, recursos y formas de conocimiento. Al conectarse de esta manera, el momento se convierte en trascendental. Este tipo de momento es una experiencia focal en tiempo y espacio, pero el momento de cuidado de conexión en-el-presente trasciende el sentido de tiempo y espacio; tiene un campo mayor que el de los individuos que lo experimentan. La conexión va más allá de sí misma pero surge de sí misma en el momento y se convierte en parte de la historia de vida de cada persona y del complejo patrón mayor de la vida y del universo (Watson 1985).

PREMISAS HOLOGRÁFICAS DE LA RELACIÓN/ CONCIENCIA CÁRITAS (WATSON 2005)

- La totalidad de la Conciencia Cáritas está contenida y es comunicada en un solo momento de cuidado.
- El que cuida y el que es cuidado están conectados entre sí y al campo unificado del universo al que todos pertenecemos.
- La Conciencia Cáritas de la enfermera es comunicada a los otros.
- La Conciencia Cáritas y el momento de cuidado son transpersonales, en el sentido que ellos existen a través del tiempo y espacio y dominan el cuidado físico por sí solo.
- La Conciencia Cáritas trasciende el momento; así, tiene posibilidades que afectan a ambas personas más allá del momento.

OTROS EJEMPLOS DE ENFERMERÍA CONGRUENTES CON LA CONCIENCIA CÁRITAS TRANSPERSONAL

Las intenciones nos recuerdan lo que es importante... La intención forma nuestras elecciones y nuestras acciones... Nuestras intenciones sirven como plano, permitiéndonos dar forma y dirección a nuestros esfuerzos... y nuestras vidas.

KABAT-ZINN AND KABAT-ZINN (1997:381)

El pensar relacionado a la intencionalidad conecta con el concepto de consciencia, energía... Si nuestra intencionalidad consciente es tener pensamientos [Cáritas] que son cuidadosos, amables, abiertos, amorosos y receptivos, en contraste con la intencionalidad de controlar, manipular y dominar, las consecuencias pueden ser significativas... basadas en los diferentes niveles de consciencia... y la energía asociada con diferentes pensamientos.

WATSON (1999:121; [CÁRITAS] AGREGADO EN 2006)

Smith (1992) condujo un análisis elaborado de la literatura existente sobre el cuidado usando una lente de ciencia unitaria. Esta perspectiva es consistente con las dimensiones transpersonales discutidas antes, en el sentido que el campo unitario del infinito es el contexto, trascendiendo cualquier evento separado y conectando todas las partes a la totalidad. Su exploración del cuidado dentro de este campo unitario más extenso resultó en la identificación y descripción de cinco componentes del cuidado:

1. Manifestar intención.
2. Apreciar un patrón.
3. Sintonizar con el flujo dinámico.
4. Experimentar el infinito.
5. Invitar a que surja la creatividad.

Básicamente, el análisis de Smith reveló temas compartidos entre las diferentes obras teórico-filosóficas sobre el cuidado en enfermería. Cuando la literatura del cuidado fue explorada dentro del campo unitario de la ciencia, estas fueron características prominentes. Trascendieron los diferentes autores y teorías cuando se elevaron a un orden mayor/más profundo de examinación.

Estas dimensiones y formas de ver algunos de los elementos universales de lo que se manifiesta en un momento de cuidado

dado se pueden considerar transpersonales; es decir, los conceptos de manifestación de intenciones, apreciación de patrones, sintonizar con el flujo dinámico (en el momento), invitación a que surja la creatividad y experimentar el infinito, operando todos como parte de las nociones holográficas experimentadas en la Conciencia Cáritas y un momento de cuidado transpersonal.

Las nociones de intencionalidad y su manifestación se refieren a un enfoque más profundo sobre un objetivo mental específico de atención y conciencia. Smith define el manifestar intenciones (de cuidado) como crear, sostener y expresar pensamientos, imágenes, sentimientos, creencias, deseos, voluntad (propósito) y acciones que afirman posibilidades de mejoramiento y bienestar humano (1992:14-28). En el contexto Cáritas, las expresiones de intenciones de cuidado podrían además incluir centrarse en la persona en-el-momento-presente; tener una conciencia amorosa para preservar la totalidad, dignidad e integridad de la persona; tener reverencia por lo que está surgiendo de los procesos subjetivos internos; y acercarse a otros con presencia auténtica, abierto a una participación creativa con el infinito (Watson 2005).

Si bien no es posible ni probable que todas estas características estén presentes todo el tiempo, lo que pasa en el momento de cuidado sí afecta a ambas partes, para bien o para mal. La siguiente sección aborda la investigación clásica de Halldórsdóttir (1991), la cual nos ayuda a entender los resultados para-bien-o-para-mal del cuidado-no cuidado para pacientes y enfermeras.

MODELO DE HALLDÓRSDÓTTIR: DEL CUIDADO BIOCÍDICO AL CUIDADO BIOGÉNICO (CÁRITAS)

La investigación clínica de Halldórsdóttir (1991) conduce a una clasificación de la relación enfermera-paciente, basada en las experiencias de los pacientes, lo que nos permite comprender el continuum desde el no cuidado al cuidado, el cual quizá

podemos extender a la Conciencia Cáritas y agregar el continuum desde la no sanación a la sanación (Quinn et al. 2003).

- Tipo 1. Biocídico: destructor de vida (tóxico, que conduce a la ira, desesperación y disminución del bienestar).
- Tipo 2. Bioestático: restrictivo a la vida (frío, o un paciente tratado como una molestia).
- Tipo 3. Biopasivo: neutral a la vida (apático o desinteresado).
- Tipo 4. Bioactivo: sostén de la vida (la relación clásica entre enfermera y paciente que es amable, interesada y benevolente).
- Tipo 5. Biogénico: dador de la vida (recibidor de vida).

El modo biogénico está estrechamente alineado con las nociones de consciencia transpersonal y Cáritas en una relación de cuidado-sanación. Como Halldórsdóttir lo menciona:

Este [modelo biogénico; transpuesto aquí como modelo Cáritas] involucra amor, benevolencia, responsabilidad, generosidad, misericordia y compasión. Una verdadera presencia dadora de vida brinda interconexión al otro y fomenta la libertad espiritual. Involucra el estar abiertos a las personas y dar al corazón mismo del hombre [sic] como persona, creando una relación de apertura y receptividad, pero siempre manteniendo una distancia creativa de respeto y compasión. La presencia verdaderamente dadora de vida o biogénica restablece el bienestar y dignidad humana; es una presencia transformadora y personal que cambia profundamente a uno (Halldórsdóttir 1991:44).

Ella continúa, “Para el que recibe se experimenta una corriente de compasión... como un río y hay una transferencia de energía positiva, fortalecedora, inspiradora. [...] Esta presencia dadora de vida es enormemente edificante para el alma del otro” (Halldórsdóttir 1991:46).

Esta relación biogénica es paralela al “momento de cui-

dato transpersonal” de Watson (citado en Quinn et al. 2003) y su evolución aquí a través de los Procesos y Conciencia Cáritas como las bases para una relación auténtica de cuidado-sanación (Watson 2004a). Por ejemplo, la investigación de Halldórsdóttir describe a un paciente diciendo “El sentido, de alguna manera es que tu espíritu y mente se han encontrado en la experiencia. Y toda la idea [es] que hay alguien en el hospital que está conmigo, en lugar de alguien que trabaja sobre mí” (Halldórsdóttir 1991:44).

FLORENCE NIGHTINGALE COMO FUNDAMENTO TEÓRICO ORIGINAL PARA EL CUIDADO/ RELACIÓN DE CONCIENCIA CÁRITAS

Sería negligente si no reconociera la fuente y origen de la relación de cuidado-sanación en el sentido último que es realmente la naturaleza la que cura. El bien conocido mandato de Nightingale es el conocimiento común que el papel de la enfermera es poner al paciente en la mejor condición para que la naturaleza actúe sobre él (Nightingale 1969). Se asume que ahora podemos hacer nuevas conexiones (desde Nightingale pasando por la literatura contemporánea en enfermería hasta los nuevos modelos de ciencia): estas relaciones de cuidado, sanación, amor son naturales; y en el modelo de Nightingale, dicha relación pone a la persona en la mejor condición para que la naturaleza actúe sobre ella o él. En efecto en este modelo de Enfermería Cáritas de la Ciencia del Cuidado, es la Conciencia Cáritas dentro de la relación la que guía las acciones profesionales, de las que todas contribuyen a la sanación y totalidad.

Un documento reciente guiado por la investigación postuló que “La relación humano a humano tiene la capacidad de mediar un montón de procesos psicofisiológicos para mejorar o empeorar. [...] La relación biogénica o de sanación ayuda en la creación de las condiciones por las que se facilita y promueve la tendencia innata hacia el surgimiento de la sanación en términos de renovación, orden, mayor coherencia y transformación – el efecto Haelan en el marco de Quinn” (Quinn et al. 2003: A75).

Igualmente, uno puede proponer lo contrario; es decir que la relación paciente-enfermera en la cual existe la presencia mayor de miedo, ansiedad, ira, desesperación, depresión, etcétera, se puede considerar un pensamiento de “no sanación” o, según la investigación de Halldórsdóttir, biocida o bioácida, lo opuesto a las relaciones biogénicas dadoras y receptoras de vida.

Además de los marcos teóricos de enfermería que respaldan la Conciencia Cáritas en las relaciones de cuidado-sanación transpersonales, existe literatura bien establecida sobre “psiconeuroinmunología, apoyo social, amor y caos, y las teorías del sistema que afirman estas perspectivas. Se ha demostrado que tanto el apoyo social como el amor afectan el estatus de la salud” (Quinn et al. 2003: A75). Una afirmación teórica que parece conectar las nociones planteadas aquí acerca de las relaciones transpersonales de cuidado, Conciencia Cáritas, conciencia en evolución, sanación, totalidad, proceso natural, amor y más, se resume en una cita de Quinn y colegas: “La relación de sanación puede ser vista como un tipo de apoyo crítico social y como un tipo particular de amor, ofrecido en momentos de desequilibrio intenso y vulnerabilidad. Es quizá la energía agregada en el sistema que permite al paciente salir del caos hacia un orden mayor. En otras palabras, sanar” (Quinn et al. 2003:A75).

RECORDATORIOS

Ideas para concluir a modo de resumen: Conciencia Cáritas y la relación de cuidado transpersonal.

Factor Carativo/Proceso Cáritas 4: Desarrollar y sostener una relación de cuidado auténtica (Watson 2005:185-186; reimpresso con permiso).

- Cada pensamiento y cada decisión que hacemos trae energía del espíritu hacia nuestras vidas y la de los demás.
- Nuestra conscienciaconciencia [Cáritas], nuestra intencionalidad, nuestra presencia, hacen la diferencia, para bien o para mal.

- La tranquilidad y la presencia consciente en el momento de cuidado generan tranquilidad y presencia consciente.
- El cuidado y el amor generan cuidado y amor.
- El cuidado y los actos compasivos de amor generan sanación para uno y para el otro.
- La Enfermería Cáritas transpersonal, se hace transformativa, liberándonos para vivir y practicar amor y cuidado en nuestras vidas ordinarias en formas no ordinarias.

Lineamientos perpetuos para sostener una relación *Cáritas*

- Suspender el rol y estatus: honrar a cada persona y sus talentos, dones y contribuciones como esenciales a la totalidad.
- Hablar y escuchar sin juzgar, trabajando desde nuestro espacio centrado en el corazón, trabajar hacia el significado compartido y valores en común.
- Escuchar con compasión y con un corazón abierto, sin interrumpir; escuchar las historias de otros como un don de sanación del ser.
- Aprender a estar tranquilos, a centrar el ser, mientras recibimos el silencio para permanecer ahí en reflexión, contemplación y claridad.
- Reconocer la presencia y práctica Cáritas transpersonal trascendiendo el ser del ego y conectarnos de humano a humano, de espíritu a espíritu hacia donde nuestra vida y trabajo ya no están divididas.
- Honrar la realidad que somos parte del viaje de los otros, y viceversa; todos estamos en nuestro propio viaje hacia la sanación como parte de la infinitud de la condición humana. Cuando trabajamos para sanarnos, contribuimos a la sanación del todo.

MODELO DE CUIDADO CENTRADO EN LAS RELACIONES

El grupo de trabajo Pew Fetzter sobre Cuidado Centrado en las Relaciones (1994) desarrolló una plantilla educativa para enseñar cuidado centrado en las relaciones a todas las profe-

siones de la salud. El Reporte Pew Fetzter (Pew Fetzter Report, PFR) sobre el Cuidado Centrado en las Relaciones (1994), un proyecto nacional en el cual participé, identificó un conjunto de conocimientos, habilidades y valores asociados con el profesional de la salud-relación de cuidado en varios niveles:

- Relación del profesional con sí mismo.
- Relación del profesional con el paciente.
- Relación del profesional con la comunidad.
- Relación de profesional a profesional.

Esta información se puede incorporar al currículo educacional y las experiencias clínicas de aprendizaje para todos los profesionales del cuidado a la salud.

Las tablas 8.1 - 8.4 pueden servir como una guía para la práctica educacional para desarrollar el conocimiento, habilidades y valores para el Cuidado Centrado en las Relaciones.

La tabla 8.2 describe un marco para un Cuidado Centrado en las Relaciones. Engloba la relación del profesional con sí mismo como punto de partida fundacional y se extiende a la relación del profesional con el paciente.

Las secciones siguientes incorporan las relaciones del profesional con la comunidad y de profesional a profesional. La meta es trazar un modelo fundamental para la educación y la práctica que prepare y genere profesionales individuales y comunidades de profesionales del cuidado-sanación futuros, profesionales que trabajan juntos para servir a la compleja matriz de las necesidades de las personas en salud, enfermedad y procesos de cuidado-sanación y resultados al mismo tiempo que continuamente se cultiva y profundiza en las relaciones biogénicas con sí mismo y otros.

Tabla 8.1 Relación profesional con el ser (modificado del PFR 1994:30).

Área: Relación con el Ser	Conocimiento	Habilidades	Valores
Autoconciencia, autoconocimiento, autodesarrollo; desarrollar una relación de confianza-cuidado con el ser	Conocimiento del ser; entendimiento del ser como recurso/agente de sanación para el ser /otros. Conocimiento de los "Factores Carativos" selectos. Conocimiento del Momento de Cuidado y de los procesos Transpersonales de Cuidado-Sanación.	Reflexionar sobre el ser/trabajo; capacidad de estar auténticamente presente; cultivar la sensibilidad del ser y de otros; habilitar la fe y la esperanza, "Competencias Ontológicas".	Importancia de la autoconciencia/autocuidado/ autodesarrollo. Honrar las dimensiones espirituales en el proceso de cuidado. Honrar la unidad del Ser: Honrar la mente-cuerpo-espíritu como Uno.
El paciente experimenta, y el significado de salud-enfermedad, sanación, necesidades de cuidado	Papel de la familia, cultura, comunidad. Múltiples componentes de salud. Múltiples amenazas y contribuidores a la salud como dimensiones de la realidad de uno.	Reconocer la historia de vida del paciente y los significados internos y externos para la persona. Ver la salud y enfermedad como parte del autodesarrollo y desarrollo humano, un potencial par-teaguas existencial.	Apreciación del paciente como una persona completa. Apreciación de la historia, creencias y prácticas del paciente. Respetar la dignidad, individualidad e integridad (unidad mente-cuerpo-espíritu) del paciente.
Desarrollar y mantener una relación de cuidado con el ser y otros	Entender las amenazas a la integridad de la relación (ej. desequilibrios de poder o control). Comprensión del no cuidado destructivo, potencial para abuso y conflicto.	Poner plena atención al paciente, escuchando activamente, presencia completa. Aceptar y responder a la angustia en el paciente y en el ser. Responder a los retos morales y éticos. Facilitar la confianza, fe y esperanza. Cultivar las prácticas personales/profesionales para el autodesarrollo, intuición, reflexión.	Respetar el autocontrol, autoconocimiento, autopotencial de sanación, autodeterminación. Respetar el propio poder interno de las personas y los procesos espirituales-físicos para entrar en contacto con el sanador interno.
Comunicación de cuidado efectiva y constructiva	Elementos de comunicación efectiva y estar presente en una relación.	Escucha, oye. Enseñanza-aprendizaje. Aceptar las emociones y conocimiento del paciente.	Valorar la intención y conocimiento interno de uno; abierto, sin prejuicios, compasivo.

Tabla 8.2 Relación del profesional con el paciente (modificado de PFR 1994:30).

Área	Conocimiento	Habilidades	Valores
Autoconciencia	Conocimiento del ser: entender el ser como fuente para otros.	Reflexionar sobre el ser y el trabajo.	Importancia de la autoconciencia, autocuidado, autocrecimiento.
Experiencia de salud y enfermedad del paciente	Papel de la familia, cultura, desarrollo comunitario; múltiples componentes de salud, múltiples amenazas y contribuidores.	Reconocer la historia de vida del paciente y su significado. Ver la salud y enfermedad como parte del desarrollo humano.	Apreciación del paciente como una persona completa. Apreciación de la historia de vida del paciente y el significado de la condición de salud-enfermedad.
Desarrollo y mantenimiento de la relación de cuidado	Entender amenazas a la integridad de la relación; ej. desequilibrios de poder, potencial de conflicto y abuso.	Atender plenamente al paciente. Aceptar y responder a la angustia en los pacientes y en el ser. Responder a los desafíos éticos y morales. Facilitar fe, confianza y esperanza.	Respeto a la dignidad del paciente, individualidad e integridad (unidad mente-cuerpo-espiritu). Respeto a la autodeterminación. Respetar el propio poder y el proceso de autosanación de las personas.
Comunicación efectiva	Elementos de la comunicación efectiva.	Escuchar, difundir información, aprender. Facilitar el aprendizaje de otros. Promover y aceptar las emociones del paciente.	Importancia de estar abierto y sin prejuicios.

Tabla 8.3 Relaciones del profesional-con-la-comunidad (modificado de PFR 1994:34).

Área	Conocimiento	Habilidades	Valores
Significado de comunidad (extendiendo la noción de Cáritas-Communitas)	Varios modelos de comunidad. Mitos y percepciones acerca de la comunidad. Perspectivas de diversas disciplinas. Cambio dinámico, demográfico, político y así sucesivamente.	Aprendizaje continuo. Participación activa en el desarrollo de la comunidad. Participar en diálogo con otros.	Respetar la integridad. Ética comunitaria. Honrar la pertenencia con otros; conciencia de la unidad. Respeto por la diversidad cultural-humana/dignidad de la humanidad compartida. Afirmar la relevancia de la universalidad de la visión comunitaria de los determinantes de salud. Afirmar el valor de las políticas de salud.
Múltiples contribuidores a la salud dentro de la comunidad	Historia de la comunidad, uso de la tierra, migración, ocupaciones; sus efectos en la salud. Entornos físico, social ocupacional; sus efectos en la salud; influencias de las fuerzas internas-externas.	Evaluación crítica de la relación de los proveedores de cuidado a la salud con la salud comunitaria. Evaluar la salud ambiental comunitaria. Implicaciones en políticas/visión del mundo.	Tener mente abierta. Ser honesto respecto a los límites de la salud/ciencia médica. Responsabilidad de contribuir a la experiencia relacional de la salud-cuidado.
Desarrollo y mantenimiento de relaciones comunitarias	Historia de las relaciones del profesional con la comunidad. Aislamiento de equipo de cuidado a la salud de la comunidad principal.	Comunicar ideas. Escuchar abiertamente. Empoderamiento del ser y de otros; aprender. Facilitar el aprendizaje de otros. Participar en el desarrollo de la comunidad. Comprometerse en el cuidado y la acción social.	Respeto por el liderazgo comunitario. Comprometerse con el trabajo de cambio. Ayudar a crear comunidades de cuidado-sanación, servicio humano compasivo.
Cuidado efectivo basado en la comunidad	Varios tipos de cuidado, formal e informal. Efectos de la institución en el cuidado. Efectos positivos de la comunidad del cuidado/atención/relación/conexión.	Colaboración en la relación de cuidado con otros individuos y organizaciones. Trabajar como miembro del equipo, comunidad de sanación. Instrumento de cambio.	

Tabla 8.4 Áreas de conocimiento, habilidades y valores para las relaciones de profesional-a-profesional (modificado de PFR 1994:36).

Área	Conocimiento	Habilidades	Valores
Autoconsciencia	Conocimiento del ser en relación a otro; visión del mundo con conectividad y unidad.	Reflexionar sobre el ser-en-relación. Aprender continuamente. Ver a otros y nosotros y viceversa; humanidad compartida.	Autoconsciencia. Cáritas/Comunidades como modelo moral para las relaciones de cuidado-sanación.
Tradiciones de conocimiento, diversas profesiones	Enfoques de sanación de varias profesiones, de personas comunes e indígenas. Enfoques de sanación a través de las culturas. Inequidades/poder históricos.	Derivar significado del trabajo de otros. Aprender de las experiencias dentro de la comunidad de cuidado.	Afirmar y valorar la diversidad y compartir las conexiones humanas más allá del papel, trasfondo profesional.
Construir equipos y comunidades morales del cuidado	Diferentes perspectivas sobre los equipos, resolución de conflictos, comunicación. Escuchar abiertamente. Aprender cooperativamente. Ver al ser en el otro.	Comunicación efectiva.	Afirmar y honrar la misión, diversidad, consciencia, conexiones compartidas, comunidad de cuidado como ética.
Trabajo dinámico como equipo, grupo, organización	Perspectivas de las dinámicas del equipo desde varias ciencias, incluyendo las ciencias del cuidado/ciencias sociales.	Compartir responsabilidades. Colaborar con otros. Trabajo cooperativo. Resolver conflictos.	Apertura a las ideas de otros. Humildad. Confianza mutua, empatía, apoyo. Capacidad para la gracia.

Relación profesional-con-la-comunidad

La relación profesional-con-la-comunidad reconoce que el cuidado y la relación no se pueden basar solamente en un modelo de cuidado individualista sino que hace explícito que el cuidado comienza con el ser e irradia desde el ser al otro, a la familia, la comunidad, el planeta Tierra, inclusive el cosmos, afectando la totalidad del campo infinito de la humanidad (Lévinas 1969; Watson 2005). Esta noción de cuidado que se extiende más allá de lo individual, se basa en la palabra latina *Cáritas*, que significa el cuidado a un nivel más profundo que el pensamiento convencional. *Cáritas* transmite conexiones entre cuidado y amor, permitiendo una nueva forma de profundo cuidado transpersonal para el ser y otros. Esta relación entre cuidado y amor connota procesos internos y se extiende a la naturaleza y al amplio universo (Watson 2004a:13).

Cáritas-a-Communitas. Al extender el cuidado a un modelo de *Cáritas* o "*Cáritas Clínica*" (Watson 2004a), los valores subyacentes son más explícitos. Esta noción de *Cáritas*/profundo cuidado es consistente con el sentido de Nightingale de "vocación" a la enfermería como un compromiso con una ética del pacto profesional y personal del servicio humano compasivo guiado por un "sistema de valores humanístico-altruistas" (Watson 1985). En este marco extendido se reconoce que el cuidado es un fenómeno que tiene que ser atesorado; es muy frágil, delicado y precioso, requiere de atención y cultivación para sostenerlo. "Cuando el cuidado y amor se unen para servir a la humanidad, descubrimos y afirmamos que el trabajo de enfermería y el cuidado-sanación es más que solo un trabajo, es una carrera dadora y receptora de vida [biogénica] para una vida completa de crecimiento y aprendizaje" (Watson 2004a:13).

A medida que este modelo se hace más explícito, somos cada vez más capaces de integrar el pasado con el presente y el futuro. Tal madurez y evolución requiere (consistente con el PFR) "transformar el ser y aquellos que servimos, incluyendo nuestra institución y la profesión misma" (Watson 2004a:13).

A medida que defendemos de forma pública y profesional el modelo de la relación de cuidado, fundamentado en las nociones de *Cáritas* y biogénica/dimensiones transpersonales del cuidado para el ser y otros, nosotros y la profesión nos ubicamos dentro de una nueva cosmología emergente del cuidado y amor como parte de las relaciones de sanación. A través de este cambio, convocamos a un sentido de reverencia y sacralidad con respecto al ser, los otros y todas las cosas vivientes, así invocando y trasponiendo *Cáritas* para que se extienda a *Communitas* en pensamientos y acciones como una nueva y profunda forma de relaciones del profesional-con-la-comunidad y una visión del mundo relacional y ecológica en evolución.

Communitas. Esta interconexión entre *Cáritas* y *Communitas* hace más explícito el que pertenecemos a la humanidad compartida y que estamos conectados. De este modo, compartimos nuestra humanidad colectiva a través del tiempo y espacio y estamos vinculados al campo infinito universal que sostiene la totalidad de la vida misma.

El Pew Fetzner Report (PFR 1994:27) nos recordó más concretamente que los individuos pertenecen simultáneamente a múltiples comunidades formadas por vecindarios, culturas, grupos de trabajo y circunstancias. Además, una persona hospitalizada por un periodo extenso se convierte en parte de la comunidad del hospital:

A través de sus relaciones –y membresías– a varias comunidades, los profesionales tuvieron voz y responsabilidad sustancial en el trabajo que se enfoca en los determinantes culturales y ambientales de la salud. Ellos necesitan comprender más ampliamente los determinantes sociales, políticos y culturales, económicos y legislativos de la salud; reconocer y actuar de acuerdo con los valores, normas sociales y las inquietudes sobre la salud de la comunidad; desarrollar un sentido de responsabilidad comunitaria; ser capaces de reconocer los elementos dañinos dentro de la comunidad; y trabajar para cambiar los aspectos dañinos de la comunidad para mejorar la salud. (PFR 1994:27).

La atención al cultivo de las relaciones del profesional-con-la-comunidad se basa adicionalmente en una ética y *ethos* de la humanidad compartida, la cual nos recuerda que aprendemos a ser más humanos al vernos a nosotros mismos en el otro y viceversa, dándonos cuenta de que un nivel de humanidad se refleja de vuelta en el otro. Esta ética y *ethos* se encuentra dentro de una cosmología emergente que se refiere a una conciencia unitaria (Watson 1999), señalando que todo en el universo está conectado, no separado y desconectado. Por lo tanto, aprendemos a ser más abiertos, más disponibles, más presentes a las maravillas de la vida misma, uniéndonos a través del mismo aliento de la vida, honrando el hecho que compartimos el aire que respiramos. *Cáritas* y *Communitas* definen una ética global emergente del cuidado-sanación a través de las relaciones, pertenencia y conexión, que nos ayudan a restaurar lo sagrado en medio de la existencia cotidiana y nuestras relaciones con todas las cosas vivientes.

El conocimiento, habilidades y valores en que los profesionales necesitan efectivamente participar como parte de su trabajo con las comunidades desemboca en cuatro áreas del marco de Pew Fetzer (PFR 1994:31):

- El significado de comunidad (extendido aquí para incluir el concepto de *Cáritas-Communitas*).
- Los múltiples contribuidores a la salud y enfermedad dentro de la comunidad.
- Desarrollar y mantener relaciones con la comunidad (en múltiples niveles de la conciencia de comunidad).
- Cuidado efectivo basado en la comunidad.

Estas categorías pueden servir como una guía y marco curricular para comprender la comunidad en el sentido amplio. Sin embargo, la naturaleza, definiciones y significados de la comunidad están constantemente cambiando en la sociedad y el mundo. En efecto, incluso nuestra visión del mundo está cambiando cuando consideramos a la comunidad en su sentido más amplio universal.

La tabla 8.3 resume las categorías de la relación del profesional-con-la-comunidad identificadas/modificadas del *Pew Fetzner Report*.

Desarrollar y sostener un entendimiento más profundo de comunidad –en un sentido concreto, local e inmediato y un sentido *Communitas* universal– forma los fundamentos para un cuidado efectivo. Es al reconocer, honrar y explicar la incorporación de una ética y *ethos* del cuidado comunitario en nuestros modelos prácticos que ayudamos a sostener al individuo y a la comunidad. Además, es al dar una atención expandida a las relaciones comunitarias que sacamos a la luz nuestra pertenencia, nuestra conexión y nuestras condiciones humanas compartidas. Es a través de esta consciencia y despertar que cultivamos más compasión, sabiduría y habilidades para el cuidado y las relaciones, de forma individual y colectiva. Es a través de este despertar que nos convertimos en agentes e instrumentos de una comunidad moral de cuidado. Por lo tanto, en este modelo nos estamos siempre inclinando y aprendiendo a evolucionar hacia una ética global de *Cáritas-Communitas* como visión del mundo, así como un modelo de práctica del cuidado centrado en las relaciones profesionales; un modelo que invita, inspira y nos ayuda a sostener nuestra humanidad y nuestro mundo.

Relaciones de profesional-a-profesional

A medida que el cuidado centrado en las relaciones se convierte en algo más central para el cuidado a la salud y a medida que los profesionales despiertan al cambio en el cuidado a la salud de la curación a la sanación, se hace más evidente que las relaciones de cuidado-sanación entre los profesionales son cruciales. Sin un equipo de cuidado que trabajen juntos para promover la armonía y sanación entre ellos mismos y aquellos a quienes sirven, todo el sistema es afectado. Así, la calidad de las relaciones entre todos los miembros de una comunidad de salud afecta la capacidad de todos dentro de él. La habilidad de crear y sostener relaciones de profesional-a-profesional afecta las capacidades de cada profesional y las condiciones para cuidar de su ser, el paciente, los sistemas, comunidades y en última

instancia la sociedad. El formar comunidades profesionales de cuidado-sanación permite incorporar y honrar los conocimientos, habilidades y valores que cada profesión y profesional traen a la comunidad, diversos, aunque compartidos. El énfasis de profesional-a-profesional valora los talentos y dones individuales y colectivos.

La construcción de las relaciones profesional-a-profesional comienza con la afirmación de los valores, misiones, tareas, metas y talentos compartidos del equipo (PFR 1994:35). El mismo conjunto de habilidades y la consciencia de la relación de cuidado son requeridos a todos los miembros del equipo como los necesarios entre el paciente y el profesional; esto es, estar presente, honrar el mundo subjetivo único del otro, escuchar abiertamente con el intento de escuchar el punto de vista del otro y comunicar congruencias y diferencias efectivamente. Existe la necesidad de confrontar desacuerdos y malentendidos directamente de tal manera que el conflicto sea resuelto de una manera constructiva en lugar de ignorarlo y dejar que crezca.

Es sabido que diferentes profesiones y antecedentes de los profesionales manifestarán diferentes tradiciones de conocimiento y prácticas. Cada uno, además, traerá diferentes habilidades y talentos que pueden ser abarcados y abrazados a todo el equipo, reconociendo que todos tienen algo único que ofrecer y hacer el resultado más saludable, completo y total. Es necesario afirmar y valorar la diversidad entre el equipo. Los profesionales pueden aprender uno de otro acerca de los enfoques de sanación de otras profesiones y culturas. Juntos, ellos pueden aprender a honrar, respetar y apreciar la mezcla de talentos, saber el valor del trabajo de otros y aprender de otros continuamente, incluyendo tradiciones y prácticas profesionales, de gente común e indígenas para la sanación. Despertar a la importancia de crear y sostener una comunidad de profesionales de cuidado-sanación puede ser el fundamento para transformar el cuidado a los enfermos en salud y sanación para todos. Una vez que se despierten a esta nueva realidad que la cooperación y comunidad/*Communitas* son la base del verdadero cuidado a la salud, el trabajar desde este centro de cuidado se convierte en

una responsabilidad ético-moral de los profesionales en todos los niveles. Después ellos aprenderán la verdadera humildad, desprenderse del ego, crecer más allá de las limitadas agendas personales/profesionales, – y en ocasiones arrogantes. Nosotros aprendemos cómo valorar, dar y recibir confianza mutua, apoyo, amabilidad, paciencia y consideración emocional para el ser y otros. Además aprendemos a “exhibir capacidad para la gracia, la cual representa una actitud de decencia, consideración y generosidad del espíritu hacia [el ser] y otros” (PFR 1994:36).

Además, todos aprendemos humildad al reconocer que ninguna disciplina, persona o profesión trabaja por sí sola ni tiene todo el conocimiento, habilidades, valores y experiencia necesaria para un trabajo profundamente humano de cuidado-sanación. Así, este trabajo toma dimensiones humanas que pueden ser celebradas, cultivadas y abrazadas en lugar de ser controladas por los intentos de arreglar y culpar a otros al percibir a cada profesional individual esencialmente solo, realizando actos aislados. Nada está aislado en este modelo; más bien, todos estamos conectados y somos interdependientes. Las conexiones humano-a-humano de amor y cuidado en *Cáritas-Communitas* se tornan supremas.

La tabla 8.4 incluye las áreas de conocimiento, habilidades y valores asociados con la relación de cuidado-sanación del profesional-a-profesional identificada en el *Pew Fetzter Report* (PFR 1994:36).

La base para crear modelos más integrados de cuidado-sanación es una comprensión de todas estas dimensiones y vicisitudes de la relación y cuidado, de *Cáritas* a *Communitas*. Las relaciones que los profesionales forman con el ser, el paciente, la comunidad y otros profesionales son cruciales y requieren atención balanceada para transformar la educación y práctica, así como los profesionales mismos, ya sean estudiantes o médicos cualificados (PFR 1994:37). Los capítulos siguientes continúan desarrollando el conocimiento, habilidades y valores que dependerán y fortalecerán el cuidado centrado en las relaciones como fundamento ético, filosófico y práctico para la enfermería y las prácticas de cuidado a la salud.

Capítulo 9. Del FACTOR CARATIVO 5:

Promoción y aceptación de la expresión
de sentimientos positivos y negativos
al **PROCESO CÁRITAS 5:**

Estar presente y apoyar la expresión de
sentimientos positivos y negativos*

Esta extensión del Factor Carativo/*Proceso Cáritas* está integrada en discusiones en los capítulos previos, de lo transpersonal y la naturaleza y las diferencias entre, por ejemplo, una relación de no cuidado (biocídica) y una relación de sanación (biogénica-transpersonal) (Halldórsdóttir 1991). Este factor no necesita discutirse por separado, ya que es inherente e intrínsecamente relacionando al desarrollo de una relación auténtica de cuidado-confianza. Sin embargo, ya que esta relación y dinámica de la construcción de la relación es tan básica, puede y a menudo es dada por sentado, ni siquiera es reconocida ni atendida en la práctica profesional. Así continúo explorándola aquí. Es por medio del estar presente y permitir la expresión constructiva de todos los sentimientos que nosotros creamos la base para la confianza y el cuidado. Cuando uno es capaz de sostener las lágrimas o los miedos de la otra persona sin sentirse amenazado o rechazado, ese es un acto de sanación y cuidado.

Cuando uno es capaz, a través de la Conciencia Cáritas de entrar al espacio vital del otro, conectarse con el mundo interior

* Como una conexión con el espíritu más profundo del ser y aquel de quien se cuida: escuchar y retener la historia de otra persona.

subjetivo de la vida, emociones y pensamientos, uno se conecta con el espíritu más profundo del ser y el otro. Esta es la base para el momento de cuidado transpersonal y una relación de sanación.

Es un hecho sabido que los pensamientos y las emociones tienen un papel central en el comportamiento y la experiencia de las personas. Los conocimientos en psicología, psicodinámica y psiquiatría así como también las experiencias comunes de la vida nos ayudan a entender y comprender el poder y la importancia de las emociones.

Investigaciones tempranas en psicología social han demostrado que el comportamiento y la toma de decisiones, especialmente en situaciones plagadas de conflicto son tanto racionales como cuasirracionales (emocionales, afectivas). Esta conexión de los componentes emocionales ha sido validada teórica y empíricamente, en las ciencias sociales y en la literatura de la ciencia conductual. Se ha reconocido desde hace tiempo que las emociones constituyen una de las motivaciones primarias para los humanos. Así se puede entender que la comprensión intelectual de la información y la comprensión emocional de esa misma información pueden y usualmente son muy diferentes. A esta disyunción comúnmente se le llama en la literatura de la psicología social como disonancia afectivo-cognitiva. Un individuo usualmente busca consistencia entre los pensamientos y emociones dispares cuando ocurre dicha disonancia; se busca la consistencia con la intención de encontrar significado, armonía y balance en la vida y el mundo de uno.

Cuando la inconsistencia o la disonancia continúa o se agranda, uno se convierte más ansioso, temeroso, confundido, estresado. La inconsistencia y la disonancia emocional-cognitiva pueden afectar las actitudes, la comprensión y la conducta. En una relación interpersonal, y en situaciones relacionadas a la salud y la enfermedad, a menudo es el aspecto emocional al nivel de los sentimientos el que explica si las personas son capaces de comunicarse suavemente, oírse entre sí, escuchar, establecer una conexión y así sucesivamente. Esta dinámica de comprensión del comportamiento humano es fundamental para construir y

mantener relaciones de ayuda-confianza-cuidado.

Profesionales de todos los campos tienen que asimilar y apreciar este hecho tan básico de nuestra humanidad compartida si hemos de relacionarnos de manera efectiva y comunicarnos entre nosotros en formas “salugénicas” o “biogénicas”. Lo que a menudo es más problemático en la construcción de relaciones, es que alguien reaccione negativamente cuando los sentimientos de la otra persona parecen ser no racionales, disruptivos, amenazantes, iracundos o inapropiados a la situación. Es precisamente en estos momentos cuando la presencia, apertura y aceptación entran en juego de una forma muy esencial y sensible.

El primer *Proceso Cáritas*: amor-bondad y ecuanimidad, permite a la persona tener sus sentimientos, tanto positivos como negativos. Al permitir y facilitar su expresión, el profesional de la enfermería contribuye al proceso de honrar y aceptar los sentimientos de uno, al mismo tiempo que se crea una conciencia por la cual los sentimientos son capaces de moverse a través del individuo para su liberación de una manera constructiva. Así se ayuda a la persona a vaciar y liberar sentimientos pasajeros que contribuían a la confusión, miedo, enojo y demás. Es sabido en las experiencias cotidianas y de psicoanálisis que una conciencia de los sentimientos propios puede eliminar parte de la irracionalidad de un arrebato emocional y darnos más autocontrol sobre nuestros pensamientos y conducta. Por ejemplo, si alguien se ha hecho consciente de sus sentimientos es más fácil aceptarlos, entenderlos y observar cómo están influenciando la conducta. No existe lo correcto o incorrecto en los sentimientos; estos solo son.

Es el cómo aceptamos, honramos y respondemos a nuestros sentimientos lo que hace la diferencia en nuestro mundo de la vida emocional y cognitiva. Una vez que somos capaces de honrar nuestros sentimientos, de concedernos permiso para sentir, nos hacemos más conscientes de los sentimientos. Entonces podemos mejor entender las emociones más profundas y la situación que podría haber desencadenado los sentimientos específicos.

Con el tiempo entendemos que los sentimientos son universales, que no existe un sentimiento bueno ni malo. Todos tienen

sentimientos. Esa sola realización puede liberar a la persona, dando lugar a la ecuanimidad, el perdón y la amabilidad. Los sentimientos vienen y van pero nos damos cuenta que nosotros no somos nuestros sentimientos. Entonces uno es libre de responder a las situaciones con mayor claridad y de forma más apropiada, incluso con un sentido de amor-bondad y compasión. Así, la expresión de sentimientos es un acto de sanación en sí mismo.

El proceso de estar con el otro sin juzgar mientras el individuo expresa sus sentimientos genera confianza y entendimiento mutuos. Este proceso sirve como fundamento central que sostiene la autenticidad de la relación de cuidado y afirma la humanidad compartida de ambos individuos en ese momento.

La literatura ha establecido que un cambio en cualquier emoción, conducta o cognición puede causar un cambio en los otros dos. Se dice que el componente afectivo de una actitud es ese aspecto que es emocionalmente satisfactorio; esta visión sugiere que una persona busca consistencia entre las emociones y los pensamientos, que las emociones sirven una necesidad mientras los humanos buscan mantener un balance entre los pensamientos, sentimientos y conducta.

El trabajo anterior de Yalom (1975) apoya la importancia de este factor/proceso. En sus estudios clínicos clásicos con pacientes en terapia de grupo, encontró que cuando se les pide recordar un solo incidente crítico que sirvió de parteaguas, el incidente mencionado más a menudo fue una expresión repentina de fuertes sentimientos negativos (ej. odio o enojo). Las características comunes del incidente crucial fueron:

- La persona expresó una fuerte emoción negativa, que fue nueva para él o ella.
- La catástrofe temida o imaginada asociada con la expresión de sentimientos negativos no ocurrió.
- Se dio una prueba de realidad cuando la persona se dio cuenta que los sentimientos expresados fueron inapropiados en intensidad o dirección o que evitar la expresión del sentimiento fue irracional (la persona pudo o no obtener una intuición

interna o conocimiento psicodinámico de la fuente de los sentimientos).

- La persona fue habilitada a interactuar y explorar más a profundidad.

En este mismo trabajo, la expresión de fuertes sentimientos positivos tuvo casi los mismos resultados terapéuticos que la expresión de sentimientos negativos. Por ejemplo, los incidentes cruciales comunes relacionados a la expresión de emociones positivas fueron:

- La persona fue capaz de expresar fuertes emociones positivas, que fueron inusuales para él o ella.
- No ocurrió el rechazo temido ni la catástrofe imaginada; no hubo rechazo, ridiculización o daño hacia otros por la persona que mostró sus sentimientos positivos.
- La persona descubrió una parte de sí misma que antes desconocía, lo que resultó en una nueva dimensión en relaciones con el ser y otros.

Estos descubrimientos ayudan a validar lo que ya es conocimiento común: que ayudar al otro a expresar los sentimientos positivos y negativos sin juicios, sin sentirse a la defensiva o amenazado por el rechazo o la crítica, es terapéutico. *El Profesional de la Enfermería de la Conciencia Cáritas* está suficientemente alerta y confidente para permitir al otro arriesgar la expresión de sentimientos que de otra manera serían amenazantes. En cambio, las relaciones de cuidado se mueven hacia un nivel más profundo, más honesto y auténtico que es necesario para la práctica de la filosofía y la ciencia del cuidado.

El oír y aceptar auténticamente la historia de otra persona, no solo ayuda a la persona a expresar sus sentimientos, se convierte en un acto de sanación en sí mismo, un don de sanación a otros.

El profesional de enfermería en un momento dado puede ser la única persona que es capaz de escuchar y recibir

las emociones e historia de otra persona, ayudando así que la persona encuentre un significado más profundo de su situación. *El Profesional de la Enfermería de la Conciencia Cáritas* puede ser la única persona que busque “ver” y “oír” a la persona llena de espíritu detrás de las emociones. Este proceso puede conducir a más posibilidades de auto-conocimiento, auto-control, amor propio y auto-cuidado.

Finalmente, si los sentimientos, tanto positivos como negativos, pueden y cambian los pensamientos e influyen las relaciones propias con el ser y otros, la práctica de cuidado debe ser sistemáticamente atenta a los sentimientos de las personas. La Conciencia Cáritas, con su conocimiento intelectual, filosófico y experiencial de esta dinámica humana común y la manera que afecta todos los aspectos de la relación de cuidado, lleva este Factor Carativo/*Proceso Cáritas* desde el fondo de nuestra práctica profesional al frente.

Capítulo 10. Del FACTOR CARATIVO 6:

Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas para la toma de decisiones
al **PROCESO CÁRITAS 6:**

Uso creativo del ser y todas las formas del conocimiento como parte del proceso del cuidado; involucrarse en el arte de la
Enfermería Cáritas.

La enfermería profesional involucra lógica sistemática, así como imaginación y creatividad. El proceso de enfermería es reconocido como un proceso sistemático que guía la toma de decisiones de las enfermeras. Sin embargo, es importante reconocer que un proceso Cáritas/de Cuidado más amplio no es un proceso lineal o sistemático, como a menudo se presenta y como se menciona en mi libro original de 1979. En realidad, de todos los Factores Carativos en el libro original, este es el que más ha cambiado durante mi crecimiento, maduración y evolución con los años. En 1979 apenas había finalizado mi Ph. D. era idealista, ingenua y estaba enamorada de la investigación y los métodos científicos como la base para el avance de la ciencia y la práctica de enfermería. La Enfermera Cáritas evolucionada celebra el proceso de cuidado como un proceso creativo, intuitivo, estético, ético, personal, incluso un espiritual, así como también un proceso profesional empírico-técnico.

Sin embargo, mientras que ha madurado el conocimiento académico sobre enfermería en un modelo Cáritas, la crítica anterior a la enfermería de Janice Muff (1988) desde una perspectiva exterior desafortunadamente sigue perdurando en la mentalidad

educativa y de la práctica; es decir, el autoritarismo tiene una fuerte tradición a través de las culturas de la enseñanza y práctica de enfermería. Su investigación encontró que los instructores de enfermería a menudo creían y enseñaban “existe un solo modo para hacer las cosas: su modo”. Como ella lo observó, la enfermería crea e impone sus propias restricciones. Por ejemplo, a pesar de la retórica de los profesores universitarios de enfermería sobre desarrollar profesionales autónomos, agentes de cambio, líderes y demás, los estudiantes de enfermería son normalmente más reconocidos por obediencia y conformismo que por su asertividad, por cuestionar o tener opinión diferente (Watson 1999).

El “proceso de enfermería” que a menudo es arbitrario y lineal, en el cual las enfermeras históricamente se han suscrito como un procedimiento formal es regularmente presentado como una obviedad y la única forma para resolver problemas, cuando en realidad no funciona de esa forma. De hecho, el proceso de enfermería es meramente un proceso común de resolución de problemas que ha sido re-nombrado y re-etiquetado como “Proceso de Enfermería”. Esta identidad y estructura de límites crean falsas fronteras y una falsa impresión que la enfermería tiene un enfoque especial para la resolución de problemas (Muff 1988).

Las enfermeras tienen historia de trabajar desde roles y funciones establecidos, de formas fijas de ser y hacer, sin que esos métodos sea necesariamente científicos o académicos. A pesar de la educación avanzada, prácticas académicas, cambio de roles, ahora, en su propia forma, ha surgido una tendencia robótica en el rápido ritmo del sistema institucional, reforzando la vieja tendencia de adherirse a mentalidades técnicas rígidas y a las demandas institucionales de curación tecno-médica. Esta mentalidad habitual institucional ocurre sin conciencia, sin pausarse para criticar, sin brindar la propia plena consciencia e intencionalidad para influir en el uso del conocimiento expandido disponible, valores y las dinámicas humanas necesarias para un modelo de práctica reflexiva que abarca lo mejor de la ciencia y el arte.

Podemos dar un vistazo a la enfermería convencional y al desprendimiento del profesional de la enfermería en un

esfuerzo por ser “profesional” y en algunas instancias “científico”, lo cual es distinto a una relación de cuidado-sanación, en la lectura del poema clásico “Tulipanes” de Sylvia Plath, el cual escribió después de ser hospitalizada.

“Tulipanes” I, de Ariel, de Sylvia Plath*

Los tulipanes son demasiado excitables, aquí es invierno.
Mira qué blanco está todo, qué callado, qué nevado.
Estoy aprendiendo la paz, tendida aquí sola en silencio
como la luz se tiende en estas paredes blancas, esta cama, estas manos.
No soy nadie; no tengo nada que ver con explosiones.
Le he dado mi nombre y mis ropas de día a las enfermeras
y mi historial al anestesiólogo y mi cuerpo a los cirujanos.
Ellos han apoyado mi cabeza entre la almohada y el dobladillo de
la sábana
como un ojo entre dos blancos párpados que no se cierran.
Pupila estúpida, debe dejar entrar todo.
Las enfermeras pasan y pasan, ellas no son problema,
pasan igual que las gaviotas tierra adentro con sus gorros blancos,
haciendo cosas con las manos, cada una igual que la otra,
así que es imposible saber cuántas hay.

Para ellos mi cuerpo es un guijarro, lo cuidan como el agua
cuida los guijarros que debe atropellar, suavizándolos con gentileza.
Me traen insensibilidad en sus brillantes agujas, me traen sueño.
Ahora que me he perdido estoy harta del equipaje –
Mi maletín de noche charolado como un pastillero negro,
mi esposo e hijo sonrientes en la foto familiar;
sus sonrisas se prenden a mi piel, pequeños ganchos sonrientes.
He dejado olvidar las cosas, un barco carguero de treinta años
tercamente agarrado a mi nombre y dirección.
Ellos me han limpiado de mis amadas asociaciones con algodón.
Asustada y desnuda en el carrito verde de almohadas plásticas
observé mi juego de té, mis burós de lino, mis libros
hundirse fuera de mi vista, y el agua rebasó mi cabeza.
Ahora soy una monja, jamás había sido tan pura.

*©1962 por Ted Hughes, con permiso de Harper & Row Publishers, Inc. (versión al español).

RECONSIDERANDO LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Anteriormente en la historia de la enfermería, había adherencia estricta hacia una visión linear del proceso de enfermería; hoy, hay un enfoque mayor en la “práctica basada en la evidencia”. La evidencia sigue siendo un término y fenómeno ambiguo, en el sentido que “la evidencia médica difiere de la reflexión desde el concepto fenomenológico de la evidencia recolectada de la historia personal (Martinsen 2006:11). Kari Martinsen (2006), en su último trabajo teórico publicado en Noruega, se basa en la perspectiva de Løgstrup de evidencia como “lo evidente”: las intuiciones y preguntas existenciales emergen desde dentro de las expresiones narrativas de la propia filosofía de vida, en las cuales se puede confiar.

La medicina basada en la evidencia (EBM en inglés), la cual ha influido en la enfermería basada en la evidencia (EBN en inglés) se deriva de los estudios clínicos controlados y de conceptos estadísticos como las bases empírico-técnicas para un sistema de conocimiento. El origen está en la investigación general epidemiológica estadística basada en población. Como Martinsen (2006:123) declaró: “¿Cómo se relaciona este tipo de evidencia al juicio (sabiduría), el cual es tan importante en todo el trabajo práctico y de investigación?”

En otras palabras, estamos invitados a reflexionar y analizar, así como también a criticar los problemas. Es importante cuestionarnos cosas tales como ¿dónde y cómo la filosofía de cuidado-sanación y una orientación filosófica hacia lo que Martinsen (2006:123) llama “posibilidades de vida en una profesión de salud” concuerda con una cultura actualmente dominada por el pensamiento médico basado en la evidencia?

Recordándonos diferentes formas de evidencia, Martinsen refiere a la educación en enfermería de la finlandesa Katie Eriksson (1999). Juntos, ellos apuntan que “Lingüísticamente, el significado de la evidencia es observar y ganar percepción; la palabra “evidencia” está relacionada

a “conocimiento”, el cual otra vez puede significar atender, familiarizarse, experimentar, y en base a esto, alcanzar una certeza indisputable respecto algún problema” (Martinsen 2006:123). Así, la evidencia tiene ataduras fuertes hacia lo obvio, lo palpable, lo indudable, lo definido y claro, así como también a la prueba de los eventos naturales.

Por lo tanto, esas nociones ampliadas y profundas de evidencia y observando la relación de la teoría en el sentido de la palabra griego/latín, en el sentido que la palabra *theoria* puede ser traducida como “ver”. Cuando estas nociones se unen, nos enfocamos en obtener intuición, atención, conocimiento, experiencia y juicio: usando todos los caminos del saber. Así, estas nociones proporcionan un significado más amplio y profundo a “la adecuación de la evidencia”, más allá de simplemente probar, medir o validar un hecho empírico.

En esta visión más amplia y expandida de evidencia, podemos buscar distinguir entre la evidencia completa (adecuada) y la evidencia incompleta (inadecuada) (Martinsen 2006:124). Además en el esclarecimiento de esta línea de pensamiento, podemos empezar a desentramar ciertas formas de evidencia como la materia, algunas experiencias, situaciones, fenómenos e incluso nociones pre-científicas, pre-conscientes, así como objetivos dados externos, hechos y demás. Cada forma de evidencia puede conducir hacia diferentes formas de conocimiento pertenecientes a ciertas situaciones y objetos de análisis: fenómenos internos o externos. Una forma de evidencia puede no conformar con otra forma de evidencia necesaria para una adecuada toma de decisiones; es necesaria la congruencia entre las diferentes formas de evidencia para entender las experiencias humanas en este campo vivo humano-ambiental de complejidades, ambigüedades e incertidumbres.

Mientras que es crucial tener evidencia y conocimiento científico-técnico, empírico para la práctica profesional, el fenómeno de evidencia de enfermería tiene que ser expandido y profundizado en el más amplio sentido de la palabra, para

que ocurra el cuidado profesional; así, la noción y el proceso de evidencia necesita ser criticado, discutido y descifrado para la mejor práctica.

En la realidad, ni la enfermera ni el médico pueden tomar una sola pieza de “evidencia”, un solo hallazgo de investigación, un solo hecho teórico o empírico, y traducir uno o todos a solo proceso simple, sistemático, científico, probatorio, linear de solución de problemas en la situación de cuidado de un paciente dado. No es posible hacerlo. Los seres humanos son muy complejos para dar una respuesta linear para que dicha evidencia sea efectiva.

Adicionalmente, es importante recordarnos una vez más que la “evidencia” toma diversas formas y hay una diferencia entre los datos y la información, conocimiento, entendimiento y sabiduría. Eso es, un dato suelto no es información coherente; la información no es lo mismo que conocimiento; y conocimiento por si solo sin reflexión, procesamiento e integración a situaciones específicas y complejas no es sabiduría. Entonces, tener la información relacionada a la evidencia en sí, sin traducir esa información en conocimiento asociado a la complejidad de la vida humana y la situación actual del mundo, no es necesariamente útil. Un practicante sabio de “Cáritas” busca integrar la “evidencia” necesaria en múltiples niveles al juicio clínico sabio necesario para abordar a personas individuales con historias de vida y circunstancias individuales: integrando al practicante y a la persona-paciente-familia.

NUEVOS CUESTIONAMIENTOS SOBRE “EVIDENCIA”

La enfermería se encuentra en un momento crucial en el siglo XXI. Si la enfermería ha de evolucionar y madurar como disciplina y una profesión de cuidado distinta, es apropiada la crítica y el planteamiento de nuevas preguntas y explorar una variedad de discursos acerca de lo que cuenta como evidencia. Así, hay diferentes caminos de validar o comprobar situaciones

respecto a lo que cuenta como evidencia.

Entonces, ¿el propio juicio clínico cuenta como evidencia? La disonancia de la enfermera entre las impresiones afectivas y cognitivas, entre las impresiones racionales, cuasirracionales y afectivas ¿cuenta como evidencia? (Ver Capítulo 9).

La teoría de enfermería ¿cuenta como evidencia? ¿Cuentan las percepciones personales, el conocimiento, los valores, la ética, la intuición y percepciones? Estas preguntas necesitan ser formuladas en el campo de la Ciencia del Cuidado si la enfermería ha de evitar saltar a procesos lineares restrictivos al considerar un enfoque de “reflejo de rodilla” para la evidencia, – un acercamiento lineal, limitante, técnico y empírico. Tal evidencia basada en datos puede ser ingresada a una computadora, pero eso puede resultar en la eliminación del factor humano, el factor ético-valor, y el complejo proceso de cuidado profesional como parte de una experiencia clínica completa y sabia.

Como Martinsen lo estableció (2006:125): “Examinar la experiencia del mundo con la cual yo me comunico indudablemente es diferente a explicar una relación estadística o presentar una prueba. Se deben hacer... diferentes demandas a lo que se entiende como evidente, dependiendo de lo que uno quiera saber o hacer aparente”.

En un modelo maduro para incorporar evidencia, el conocimiento empírico-técnico-científico y una práctica moral informada se conjuntan en un momento dado, aprovechando el propio conocimiento, experiencias, juicio, sabiduría y habilidades en ese momento. La complejidad del todo se convierte en primer plano; la evidencia y el proceso de solución de problemas/enfermería son los antecedentes que orientan el primer plano de la *Enfermería Cáritas*.

Martinsen (2006:126) nos advierte contra cometer un “error instrumental”; es decir, dando a la razón instrumental y racional una posición privilegiada como normativa para la comunicación humana o hacer el “conocimiento científico-técnico un modelo para acciones humanas de un... carácter ético”. Una

razón estrictamente utilitaria no puede ser la única base para la toma de decisiones y uso de la evidencia. Ella considera el hacerlo como una trasgresión a la ética del cuidado y responsabilidad profesional.

Así, todas las formas de evidencia necesitan tener una voz de manera que ninguna forma de evidencia sea excluida a expensas de otra. Martinsen (2006) arma una defensa para el uso de lo que yo considero como diálogo auténtico, o lo que ella señala como igualdad de condiciones, igualdad de voz, en la que todas las partes tienen una conversación para alcanzar intuiciones evidentes. Dichas situaciones conllevan enfrentar un problema o un problema en la luz más elevada, creando libertad entre todas las partes, todas las voces de evidencia, aunque puedan variar el enfoque y las tareas.

PROCESOS CÁRITAS

Un *Proceso Cáritas* critica una interpretación superficial del Proceso de Enfermería y la Práctica Basada en Evidencia. Un *Proceso Cáritas* honra el proceso de cuidado creativo e individualizado que toma ventaja de todas las formas de conocer/ser/hacer. *El Proceso Cáritas* integra y es influido por las mejores fuentes de evidencia, dentro de un horizonte de conocimiento que abarca la teoría, la ética, valores y el mejor juicio personal-profesional, empírico-técnico-clínico y toma decisiones disponibles en el momento.

La complejidad de la toma de decisiones y la actuación dentro de los Procesos Cáritas requiere pensamiento crítico, un fundamento claro, y uso de evidencia científica; pero también demanda enfoque y orientación que haga explícito el pensamiento crítico, multifacético, creativo e integrador necesario para participar en un enfoque sistemático y sintetizado de solución de problemas, para una situación de cuidado al paciente individualizada y viva. Tales Procesos Cáritas invita al uso completo del ser. Todo conocimiento es honrado como valioso; se accede a él y se procesa al tomar la mejor decisión de cuidado en una sit-

uación dada. Así este proceso no puede ser enmarcado como un marco absoluto, es relativo a la enfermera individual, paciente, familia, equipo y proceso creativo, integrador y reflexivo; a los diálogos y conversaciones necesarias en esta situación específica.

Dentro del modelo Cáritas, todo el conocimiento cuenta como evidencia; todo el conocimiento y percepciones se procesan y reflexionan como valiosas. Este proceso complejo no es estrictamente científico o basado completamente en lo empírico, sino que convoca a la imaginación moral creativa, así como también un enfoque sistemático de solución de problemas. La Enfermera Cáritas honra las mejores fuentes de todo el conocimiento conocido, invitando a enfoques inquisitivos de toma de riesgos, críticos y exploratorios no sofocados por un enfoque limitado unidimensional.

La *Enfermera Cáritas* aspira a estar presente en los momentos-del-Ahora, para leer el Gestalt del campo emergente, y responder por medio de recurrir a todas las formas de conocer/ser/hacer. La dirección que se espera es hacia la sabiduría moral y a lo que Martinsen (2006:132) se refiere como “ver con el ojo del corazón”, invitándonos a un espacio nuevo y expansivo, en cuanto a la clase de ser que uno debe realizar y “Cómo debo vivir mi vida” como una persona y *Enfermera Cáritas*.

PERSPECTIVA FILOSÓFICA PARA LA CIENCIA DEL CUIDADO: PROCESOS CÁRITAS

Una mentalidad estricta absolutista hacia los procesos de la ciencia, conocimiento, evidencia y enfermería a menudo chocan con otras formas de conocimiento, visiones expandidas sobre la ciencia, y la disonancia entre los valores humanísticos, valores e intuiciones sinceras y algunas demandas de la práctica técnica-científica. La ciencia convencional es considerada como de valor neutral; la Ciencia de Cuidado está cargada de valores, sustentada filosóficamente en valores de relaciones, contexto, significado, y visiones subjetivas en la realidad, reconociendo pero sin limitarse al fenómeno físico empírico-objetivo por sí

solo. En efecto, como Parker Palmer (1987: 20) explicó, “es en nuestros modos de saber en los cuales damos forma a nuestras almas por la forma de nuestro conocimiento”. Palmer, un educador renombrado y transformador para mentes educativas, también apuntó que “la epistemología es ética”. El conocimiento conlleva formas éticas y morales que influyen y orientan nuestras acciones; nuestras formas de conocimiento influyen o deforman el alma humana, de acuerdo a Palmer.

Sin embargo, la crítica y el uso de un método convencional y objetivista para el conocimiento y para la solución de problemas no necesariamente excluyen otros dominios de conocimiento; estos están integrados en un nuevo todo, resultando en lo que recurre al conocimiento noético. Este enfoque evolucionado podría considerarse la Praxis Cáritas, práctica informada por todas las formas de conocer, ser y hacer; informada por medio de los propios valores, éticas, teorías, juicio clínico, ideales morales, y demás, como parte de las dinámicas complejas de las relaciones humanas y toma de decisiones en las circunstancias y eventos críticos de la vida.

El *Proceso Cáritas* dentro de un expandido modelo de la ciencia, como se ha discutido, critica las visiones limitadas de conocimiento y plantea nuevos cuestionamientos ontológicos, morales y epistemológicos en cuanto a lo que cuenta como conocimiento. La *Conciencia* y las *Prácticas Cáritas* permiten un contexto noético* para la ciencia, uno no limitado al fenómeno convencional científico-físico por sí solo (Watson 2002a).

**Noético* viene del griego *nous*, el cual se refiere a la mente o a formas directas de conocimiento. Las ciencias *noéticas* buscan explorar más allá las ciencias convencionales en aspectos de realidad, tales como la mente, consciencia, intencionalidad e incluso espíritu, en las cuales se incluyen aspectos de la realidad que trascienden fenómenos físicos (Harman 1998; Schlitz, Taylor, and Lewis 1998; Harman 1998; Watson 2002a). Así, un contexto de la ciencia *noética* considerará que el Cuidado/*Cáritas* y el mundo subjetivo-intersubjetivo de las experiencias internas es legítimo, en especial con respecto a la investigación moral y ontológica.

El proceso de enfermería, resolución creativa de problemas, y toma de decisiones, que son el contexto de la ciencia del cuidado para el conocimiento y la evidencia, nos recuerda que mientras que la enfermería necesita una teoría y metodología científica para orientarla en investigación y práctica, nunca será una ciencia pura ni absoluta como la física (aunque la nueva física ha cambiado sus visiones tradicionales de ciencias exactas). Los *Procesos Cáritas* dentro de la Ciencia de Cuidado permiten una crítica filosófica-ética del conocimiento.

Sin embargo, para que la enfermería sea una ciencia de cuidado dentro de un contexto ético y filosófico más amplio, debe trabajar dentro de un método científico establecido, pero estar informado y abierto a otras formas y a cambios contemporáneos en la ciencia y métodos en general. El uso de la resolución científica de problemas recuerda la estructura para el proceso de enfermería pero va más allá de una interpretación limitada de conocimiento y método, honrando fenómenos y teorías subjetivas y desconocidas, y problemas conceptuales, así como también datos científicos.

DOCUMENTACIÓN DEL CUIDADO

A medida que evoluciona este trabajo, hay una necesidad no solamente de honrar un modelo de ciencia y solución de problemas en evolución, sino también desarrollar enfoques para documentar el cuidado. Este problema ha sido recientemente abordado por el *Resurrection Health System* en Chicago. Esta clínica de cuidado a la salud bajo el liderazgo de la doctora Linda Ryan (2005) y Susana Rosenberg (2006), ha tomado pasos hacia el desarrollo de un nuevo contexto para trazar una extensa actualización de los sistemas de documentación clínica, lo que conduce a una nueva categoría de diagnóstico aceptada por la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).

La clínica de cuidado a la salud descrita en el artículo es parte de una organización de 8 hospitales que

adoptaron la Teoría de Cuidado de la Dra. Watson como parte de su filosofía de enfermería. De acuerdo a Watson, esta teoría es un intento de encontrar y profundizar el lenguaje específico a las relaciones de cuidado de la enfermera y sus diversos significados. Aun durante la implementación de la teoría dentro del escenario, se notó que no había mecanismo en el sistema de documentación actual para que el personal de la enfermería clínica documente la experiencia del paciente usando cualquier lenguaje específico a la teoría. Los miembros de la enfermería reconocen la oportunidad de desarrollar un nuevo contexto al trazar durante una actualización extensiva al sistema de documentación clínica. Aquí se resumen una discusión de los pasos que se tomaron y de los resultados dentro del sistema de documentación clínica que respalda la recién adoptada filosofía del cuidado.

USO DEL LENGUAJE DE LA TEORÍA DEL CUIDADO DE JEAN WATSON EN UN SISTEMA COMPUTARIZADO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Susan Rosenberg, RN, MSN

© 2006 Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Los altos ejecutivos de enfermería en un sistema de salud basado en Chicago que incluía ocho hospitales decidieron que adoptarían una nueva filosofía de enfermería estandarizada, para ser usada en todas sus instalaciones. En una de ellas, un hospital de 434 camas, el ejecutivo de enfermería fue invitado por un director de enfermería con preparación doctoral a considerar usar la teoría de la enfermería como una guía para la práctica. Decidieron que la teoría de la enfermería debería ser parte de la filosofía de enfermería y determinaron que la misión y valores centrales de la organización eran congruentes con la Teoría del Cuidado de Watson. El vicepresidente de la organización llevó esta información a sus colegas, y estos ejecutivos de enfermería convinieron que adoptarían la Teoría del Cuidado de Watson como parte de una filosofía de enfermería para todo el sistema.

De acuerdo a Watson¹ esta teoría es un intento de encontrar y profundizar en el lenguaje específico a las relaciones de cuidado de la enfermera y sus muchos significados. Watson² además asevera que los 10 factores carativos son dimensiones que proveen de una estructura y guía a la teoría (ver Tabla 1). Se pueden usar como herramienta expresiva al mismo tiempo que dirigen la evaluación, intervenciones, mapeo y activación activa de las dimensiones humanas del cuidado de la práctica de la enfermería. Ference³ describe maneras en que los administradores de enfermería pueden adoptar teorías de la ciencia de la enfermería, en especial las teorías del cuidado, para proveer servicios de enfermería dentro de las organizaciones de cuidado a la salud. Ella recomienda que la aplicación de las teorías de la ciencia de la enfermería ocurra en un proceso mutuo para la administración así como la práctica. La práctica de enfermería que se investigaba durante el desarrollo de este sistema de documentación fue el lenguaje usado para expresar la experiencia del paciente. La North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)⁴ indica que los juicios importantes que hacen las enfermeras y el lenguaje que los expresa son muy apreciados. Aun así durante la implementación de la teoría dentro del entorno, se descubrió que no había mecanismo dentro del sistema de documentación electrónico que se usaba entonces para que el personal de enfermería clínica documentara la experiencia del paciente usando un lenguaje específico a esta teoría. En la disparidad entre la filosofía de la enfermería recién desarrollada y la documentación, los miembros del personal de enfermería reconocieron una oportunidad para desarrollar un nuevo contexto en la documentación de la experiencia en el expediente clínico durante una actualización extensa del sistema de documentación clínico. Aquí se presenta una discusión de los pasos que se tomaron y los resultados obtenidos dentro del sistema de documentación clínica para apoyar la filosofía del cuidado recién adoptada.

Los factores que precipitaron el cambio incluyeron la adopción de la teoría del cuidado de Watson dentro de la filosofía y la práctica de la enfermería, y la decisión de instalar una versión actualizada del sistema de documentación clínica en todos los

hospitales en el sistema de cuidado a la salud. Las limitaciones del sistema actual de documentación computarizado eran que no contenía el lenguaje requerido para representar la experiencia del paciente dentro del contexto de la nueva filosofía y práctica, y solo se permitían 16 caracteres para cada elemento documentado. Por lo tanto los líderes de enfermería decidieron mejorar el sistema durante la actualización por medio de la incorporación de la capacidad de documentar utilizando el lenguaje dentro del contexto de la Teoría del Cuidado de Watson (Figuras 1 y 2).

Para que la nueva filosofía se convierta en parte de la práctica diaria de las enfermeras, los líderes de la instalación de cuidado a la salud reconocieron la necesidad de educación respecto a la teoría. El personal de enfermería también necesitaba oportunidades de participar en este proceso de crecimiento. Se desarrolló un grupo de enfermeras, gerentes y otros líderes de la instalación, conocidos como los “Defensores del Cuidado”, para asistir en la educación e implementación de la teoría a lo largo y ancho de varios entornos clínicos. La información del grupo se compartió en juntas de unidad. El personal también tuvo la oportunidad de transmitir los esfuerzos de la unidad en relación a la teoría en reuniones del consejo de calidad en enfermería. Ambos eventos reforzaron la educación y la adopción de la teoría.

Tabla 1. Factores Carativos de Watson¹

1. La formación de un sistema de valores humanista-altruista.
2. La instilación de fe-esperanza.
3. El cultivo de la sensibilidad al ser y de otros.
4. El desarrollo de una relación de ayuda-confianza.
5. La promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
6. El uso sistemático del método científico de resolución de problemas para la toma . . de decisiones.
7. La promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal.
8. La provisión de un entorno mental, físico, sociocultural y espiritual de apoyo, protector (o) correctivo.

9. Asistencia con la gratificación de las necesidades humanas.
10. El permitir las fuerzas existenciales-fenomenológicas.

Otra oportunidad que se aprovechó fue el presentar una clase de Jean Watson durante la Semana de la Enfermería 2004. Asistieron enfermeras de la instalación y de todo el sistema. También fueron invitados líderes de enfermería del grupo de documentación clínica, que incluyó miembros de todos los hospitales en el sistema, y también a profesionales seleccionados de servicios de información, porque el conocimiento sobre la teoría ayudaría a la implementación del sistema.

En esta clase ⁵, Watson discutía la hospitalización como un evento que puede conducir a la pérdida de la dignidad humana, e indicó que era el deber de las enfermeras el ayudar a mantener y restaurar esa dignidad. También describió muchas de las intervenciones que pueden usar los enfermeros para promover el entorno de cuidado. Esta clase, junto con una revisión de las otras obras de Jean Watson, proveyeron el apoyo necesario requerido para construir el marco que transformó el sistema de documentación vigente entonces de una base puramente técnica a un sistema que incorporó información sobre el cuidado.

Durante el desarrollo, el equipo de documentación clínica reconoció que se requería el uso de un lenguaje estandarizado. De acuerdo a Werley et al.,⁶ se diseñó el *Nursing Minimum Data Set* (NMDS) para facilitar la abstracción al conjunto de datos mínimos y comunes para describir la práctica de la enfermería. Los elementos de cuidado en enfermería del NMDS incluyen: (1) diagnóstico de enfermería, (2) intervención de enfermería, (3) resultado de enfermería, e (4) intensidad del servicio de enfermería. Se decidió que estos elementos serían considerados parte del marco para el desarrollo del nuevo sistema de documentación del cuidado.

La revisión de la literatura vigente demostró disparidad entre la capacidad de los lenguajes estandarizados de enfermería, en específico (1) NANDA, (2) *Nursing Interventions Classification* (NIC), y (3) *Nursing Outcomes Classification* (NOC), para documentar los elementos humanísticos dentro de la experiencia del paciente. Baumann⁷ discute el texto de las notas de enfermería

y su relación con la experiencia del paciente como algo más que una relación de signos vitales, peso, altura, evaluación de dolor, sueño y resultado. Además asevera que estas notas deben reflejar la historia donde hay un personaje, otra persona que de una forma consciente y comprensivamente presente se encontraba con el paciente; en pocas palabras, una enfermera. Brown y Crawford⁸ identificó las dificultades usando NANDA como interacción con los pacientes e indicó que el diagnóstico de enfermería nunca puede ser libre de valores. Además indican que aunque los sistemas de clasificación pueden favorecer el progreso de la práctica profesional de enfermería, no pueden asistir en la documentación de todos los aspectos sociológicos del cuidado.

Conscientes de los problemas respecto a la teoría y las limitaciones de los lenguajes estandarizados, los miembros de enfermería comenzaron el proceso de desarrollar nueva terminología para el sistema de documentación, incluyendo un nuevo diagnóstico de enfermería. Se construyó un diagnóstico, guiado por la Teoría del Cuidado de Watson, para asistir a los profesionales a documentar de forma precisa un problema específico, la dignidad humana comprometida. Es determinada por la experiencia del paciente y los efectos resultantes de la hospitalización y las modalidades de promoción del cuidado a la salud. La teoría del cuidado de Watson insiste que mantener la dignidad humana es un deber y función vital de la enfermería. Ya que la práctica de la enfermería se basa en una teoría de la enfermería, se necesita un medio apropiado para comunicar esta experiencia particular del paciente. Walsh y Kowanko⁹ aseveran que las enfermeras tienen un compromiso con mantener la dignidad del paciente y que la falta de dignidad puede conducir a resultados de salud menos satisfactorios. Mairis¹⁰ describe los efectos de la pérdida de dignidad como sentirse ridículo, avergonzado, humillado, tonto, degradado, o afectado de forma abierta o disimulada. También indicó que la dignidad puede ser afectada por una jerarquía en las relaciones y que los hospitales son particularmente ricos en jerarquías. Esta jerarquía es ilustrada en las relaciones percibidas como enfermeras trabajando

bajo la dirección de médicos. Soderberg et al.¹¹ sugieren que los profesionales de la enfermería desarrollan cualidades para mantener o restaurar la dignidad humana. Además demuestran que apoyar la dignidad no solo beneficia al paciente, sino también a la calidad del trabajo de vida de la enfermera. La etiqueta de diagnóstico de enfermería desarrollada para su uso en este sistema de documentación clínica fue *Compromised Human Dignity* (Dignidad Humana Comprometida) y fue enviado a NANDA-I. Este diagnóstico ha sido aceptado inicialmente por NANDA-I, y será presentado en la Conferencia de NANDA-I, NIC y NOC en marzo de 2006.

La revisión de las intervenciones, así como los resultados del sistema en uso, demostró que le faltaba un lenguaje que capturara la experiencia del paciente o de la familia en el marco de la Teoría del Cuidado de Watson. Ya que el vendedor al momento de redactar este texto está desarrollando nuevo software y sus mejoras incluirán NANDA, NIC, NOC y los enlaces entre ellos, se revisaron estas clasificaciones existentes. De acuerdo al Centro para la Clasificación de Enfermería y la Efectividad Clínica,¹² el NIC es una clasificación comprehensiva, basada en la investigación y estandarizada que realizan las enfermeras. El Centro para la Clasificación de Enfermería y la Efectividad Clínica¹³ también define una intervención como cualquier tratamiento, basado en juicio clínico y conocimiento que realiza una enfermera para mejorar los resultados del paciente/cliente. Aunque el uso de estos lenguajes fue considerado para estos proyectos, la decisión fue esperar actualizaciones del software del vendedor que incorporan los lenguajes deseados.

Entonces se desarrolló una lista de intervenciones usando la Teoría del Cuidado de Watson y se agregó a las usadas en el sistema de información vigente. Ya que el sistema limitó el texto de cada factor carativo a 16 caracteres, se construyeron leyendas abreviadas (Ver las Tablas 1 y 2). Los planes de educación incluyeron usar un panfleto que contenía una lista de los factores carativos en texto completo junto con su abreviación asociada dentro del sistema de documentación. Se desarrolló una dis-

cusión breve de cada factor con la aplicación y ejemplo para el entorno clínico. Se agregaron también otras intervenciones que demuestran la teoría del cuidado. Estas incluyen remarcar, escuchar activamente, la presencia, la discusión y la entrevista cara a cara.

Algo esencial para el proceso de documentación fue la inclusión de resultados. Ya que el NOC se utilizará en el futuro cuando se complete el desarrollo del vendedor, las revisiones de varios resultados y su aplicación fueron completadas usando esta taxonomía como referencia. El grupo desarrolló leyendas de resultados que se agregaron a la lista disponible entonces, de nuevo limitada a 16 caracteres, incluyendo (1) toma de decisiones, (2) bienestar, (3) bienestar del espíritu, y (4) lidiar. Todos los resultados desarrollados pueden ser asociados con los indicadores siguientes a ser seleccionados por los profesionales como (1) mejoró, (2) deterioró, y (3) sin cambios. Estos indicadores de resultados son diferentes de las escalas NOC, ya que no proporcionan un método de cuantificar el resultado. La adición de estos resultados completó la documentación necesaria para documentar la experiencia del paciente en el expediente clínico según se determina dentro del contexto de la nueva filosofía de la enfermería.

Tabla 2. Abreviaciones de los Factores Carativos de Watson

1. Formar valores
2. Fe-Esperanza
3. Sentido ser/otros
4. Estab. relación
5. Prom. expresión
6. Res. problemas
7. Enseñar/Aprender
8. Proveer entorno
9. Nec. humanas
10. Permitir fuerzas

La educación en el nuevo sistema incluyó no solo los procesos para ingresar y cambiar la información, sino también el nuevo contenido, incluyendo términos asociados con la teoría de Watson. Ya que solo se dieron 3 horas para enseñar el nuevo sistema, solo se asignaron 15 minutos para discusión y demostración de los elementos de la teoría. Las enfermeras expresaron emoción de que la teoría era ahora parte del sistema de documentación. También se distribuyeron panfletos para las unidades de enfermería que describían cómo usar la teoría para la documentación diaria de la experiencia del paciente. El nuevo sistema incluyó un producto de búsqueda que permitía la extracción de información respecto a los hábitos de documentación del sistema. Se usó este producto para determinar si el personal de enfermería estaba en realidad usando los elementos de documentación de la nueva teoría. Una búsqueda aleatoria de expedientes de pacientes internos determinó que de 274 documentos de pacientes internos, 35% tenían seleccionada la nueva etiqueta y 87% tenía documentado al menos un factor carativo.

Aunque muchas organizaciones incorporan la teoría de la ciencia de la enfermería dentro de sus filosofías de la enfermería, los administradores deben asegurar que existan herramientas disponibles para que el personal de enfermería documente la teoría en la práctica diaria. El revisar los sistemas de documentación vigentes y mejorarlos para incorporar terminología estandarizada asisten en la expresión de la experiencia del paciente en el contexto de la teoría aplicada. Cuando la terminología no existe dentro de las taxonomías vigentes para documentar esta experiencia, los líderes de enfermería deben entonces tomar un papel activo en el desarrollo y apoyo de la nueva terminología, según sea necesario. Como lo indican Clark y Lang,¹⁴ “Si no lo podemos nombrar, no lo podemos controlar, financiar, enseñar, investigar, o poner en las políticas públicas”. Ahora se requiere desarrollo adicional dentro de las taxonomías vigentes para proporcionar la dignidad humana definida por NIC y NOC ya que esto permitirá que las enfer-

meras documenten plenamente la experiencia del paciente. Cuando se desarrollan intervenciones de enfermería usando la Teoría del Cuidado de Watson, la intensidad del servicio puede incluir los 10 factores carativos, así completando los elementos del NMDS dentro del contexto de esta teoría. Incluir la intensidad del servicio asistirá a la enfermería profesional a definir la práctica de forma cuantitativa. Por último, ya que la enfermería busca una mejor definición y desarrollo de la terminología requerida para documentar los eventos de la experiencia del paciente dentro del contexto de una teoría específica como la Teoría del Cuidado de Watson, se apoyará la mutualidad entre la teoría de la enfermería y la práctica de la enfermería.

REFERENCIAS

1. Watson, J. *Applying the art and science of human caring*. New York, NY: *NLN Publications*; 1994.
2. Watson, J. *Nursing and the Philosophy and Science of Caring*. Niwot, CO: University of Colorado Press; 1995.
3. Ference HM. Nursing science theories and administration. In: Henry B., Arndt C., Divonconti M., Mainer-Tomey A., eds. *Dimensions of Nursing Administration, Theory, Research, Education, and Practice*. Boston, Mass: Blackwell Scientific; 1989:121-131.
4. NANDA-I Membership Information. Disponible en: http://www.nanda.org/html/member_brochure.htm. Consultado el 29 de enero 2004.
5. Watson, J. *Living Caring Theory*. Clase en el Resurrection Medical Center, Chicago, IL. 7 de mayo 2004.
6. Werley H, Ryan P, Zorn C. The nursing minimum data set (NMDS): a frame work for the organization of nursing language. In: American Nurses Association Steering Committee on Databases to Support Clinical Nursing Practice, ed. *Nursing Data Systems: The Emerging Framework*. Washington, DC: American Nurses Publishing; 1995: 19-30.
7. Baumann, S. Nurses notes: the text of nursing. *Nurs Sci Q* 2004; 17(3): 267.
8. Brown B, Crawford P. Putting the debate on nursing language in context. *Nurs Stand*. 1999; 14(1); 41-43.
9. Walsh , Kowanko I. Nurses' and patients' perception of dignity. *Int J Nurs Pract*. June 2002;8(3): 143-151.
10. Mairis E. Concept clarification of professional practice – dignity. *J Adv Nurs*. May 1994;19(5): 947-953,
11. Soderberg A, Gilje F, Norberg A. Dignity in situations of ethical difficulty in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*. June 1997; 13(3):135-144.
12. University of Iowa, College of Nursing. Nursing intervention classification overview. Disponible en <http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cnce/nic/nicoverview.htm>. Consultado 29 de enero 1994.
13. University of Iowa, College of Nursing. Nursing outcome classification overview. Disponible en <http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cnce/nic/nocoverview.htm>. Consultado 29 de enero 1994.
14. Clark J, Lang NM. Nursing's next advance: an international classification for nursing practice. *Int Nurs Rev*. 1992; 39:109-111, 128.

Capítulo 11. Del FACTOR CARATIVO 7:

Promoción de enseñanza y aprendizaje interpersonal al PROCESO CÁRITAS 7:

Participar en experiencia genuina de enseñanza-aprendizaje que asiste la unidad del ser y el significado subjetivo – tratar de mantenerse en el marco de referencia del otro

Las enfermeras por mucho tiempo han tenido claro un papel de aprendizaje, aunque este a menudo no recibe atención o seguimiento sistemático. Además, el aspecto intersubjetivo, relacional del proceso a menudo no es explicitado. Por ejemplo, aunque son bien conocidas la enseñanza y la impartición de información de la salud, enfoques de autocuidado, y demás, los aspectos dialécticos, transpersonales de la enseñanza-aprendizaje y la importancia de la relación de cuidado como contexto son a menudo pasados por alto.

Aprender es más que recibir información, hechos, o datos. Involucra una relación significativa, de confianza, que es intersubjetiva; la naturaleza de la relación, además de la forma y contexto de la enseñanza, afectan el proceso. Se honra a la persona completa. El contenido además de la disposición del paciente a recibir la información son variables críticas. El significado que tiene el contenido para la persona –de forma intelectual, simbólica, cultural y literal– afecta su habilidad para recibir y procesar la información. El proceso de enseñanza genuina se vuelve transpersonal, en el sentido de que la experiencia, la relación y el significado e importancia de la experiencia afectan a ambas partes dentro del encuentro de la

enseñanza. Por lo tanto, la relación perdura más allá del contexto de la enseñanza, influyendo la vida y comportamiento y las acciones que fluyen de la experiencia.

Antes se usaban palabras anticuadas como “conformidad” en relación a una persona siguiendo información y consejo hasta el final. El Modelo Cáritas de enseñanza-aprendizaje no opera sobre el concepto de “conformidad”, en cuanto a que un auténtico modelo y proceso relacional no es uno de autoridad y uso de una posición profesional superior con un enfoque autoritario de control y poder sobre otro, con información proporcionada y expectativas qué cumplir con esa información. Más bien, el Proceso Cáritas de enseñanza-aprendizaje es más relacional, de confianza, exploratorio, cautivador y, a fin de cuentas, liberador para el paciente y otros. Involucra poder y control con el aprendiz. La enseñanza-aprendizaje en la práctica de *Cáritas* resulta en posibilidades de autoconocimiento, autocuidado, autocontrol, e incluso autosanación. Hay una mutualidad a través de la cual la Enfermera Cáritas ayuda al otro a generar su propia solución de problemas, decisiones, soluciones constructivas y acciones que son capaces de servirle mejor.

Un proceso de enseñanza-aprendizaje Cáritas depende de la habilidad de la enfermera de detectar con precisión los sentimientos, pensamientos, disposición, humor, y demás, de otra persona, y entonces conectar y acceder a las percepciones, sentimientos, preocupaciones, conocimiento y puntos de vista del otro. El proceso de cuidado requiere apertura a los sentimientos, conocimiento, información y nivel de puntos de vista intelectuales del otro, además de apertura y disposición para el aprendizaje.

Una de las habilidades centrales en este proceso es ser capaz de genuinamente acceder, permanecer y trabajar desde el marco de referencia del otro en vez de a partir el punto de referencia personal. El proceso de enseñanza-aprendizaje, por lo tanto, requiere una relación significativa además del momento oportuno y sensibilidad al momento de enseñanza. Es creativo además de tener propósito; requiere de planeación consciente y acción informada.

Mientras que el papel tradicional educativo—de enseñanza de la enfermería era impartir información, esto se hacía en man-

eras convencionales y acerca de cuestiones convencionales, tales como educación de diabetes, clases de parto, administración de medicamentos y demás. El proceso de enseñanza transpersonal Cáritas es más personalizado, relacional y significativo, consistente con la específica condición, necesidades, disposición, y demás, del individuo.

Sin embargo, un enfoque aún más extenso que representa la siguiente evolución todavía involucra otro nivel de profundidad con respecto a la *Enfermería Cáritas*. Este es el cambio hacia el entrenamiento de salud-bienestar-sanación, lo que llamo *Entrenamiento Cáritas*, el cual adopta puntos de vista transpersonales y unitarios de la enseñanza pero también profundiza más en el trabajo dentro del marco de referencia del otro.

Este entrenamiento requiere un enfoque más avanzado hacia la enseñanza-aprendizaje; requiere habilidades más específicas con respecto a relaciones de cuidado, además de maneras para realmente ayudar a otro a encontrar sus soluciones, opciones y estrategias para afrontar y resolver problemas y necesidades identificadas personalmente. El plan de entrenamiento está basado en los objetivos internos del otro y en sus ocupaciones propias y personalmente motivadas. Involucra el afirmar, estimular, dar seguimiento y celebrar los éxitos del otro. Invita al crecimiento y madurez personal, ayudar al otro a descubrir sus sistemas de apoyo, el ambiente que refuerza los objetivos del individuo; el *Entrenamiento Cáritas* ayuda a otro a enfrentar su lado sombrío de hábitos y formas de pensar negativas y a encontrar fuerzas y dones internos. A través de este modelo expandido, la enfermera se convierte más en un residente temporal junto a la otra persona, ayudándola a encontrar nueva energía, tiempo y maneras de sobresalir al trabajar desde dentro hacia afuera, conectando con su espíritu interno y anhelos auténticos para sí mismo(a).

En otras palabras, en el *Entrenamiento Cáritas* la persona se vuelve su propio mejor solucionador de problemas; el individuo es su mejor fuente para encontrar soluciones creativas únicas para cumplir metas y una visión de cambio. Por lo tanto, el Entrenamiento Cáritas es un modelo muy diferente a los enfoques tradicion-

ales de enseñanza-aprendizaje, por medio del cual la persona con autoridad y conocimiento imparte información y contenido a otro, a menudo sin comprensión del contexto, significado y relación con respecto a los esfuerzos, esperanzas, anhelos profundos y necesidades de la otra persona. El *Entrenamiento Cáritas* continúa siendo un recurso para la persona incluso después de que la persona ha cumplido con sus objetivos o ha tenido un contratiempo.

Capítulo 12. Del FACTOR CARATIVO 8:
Asistencia en un ambiente mental, físico, social y espiritual de
apoyo, protección y/o corrección
al **PROCESO CÁRITAS 8:**
Crear un ambiente de sanación en todos los niveles

CONFORT

Las medidas de confort pueden ser de apoyo, protección e incluso correctivas de los ambientes interior y exterior de las personas. Aunque el ambiente en los hospitales ha mejorado dramáticamente en las últimas dos décadas, sigue siendo muy inflexible y está atada por la tradición, controles, programas y rutinas para satisfacer las necesidades individuales de las personas y los miembros de la familia.

Algunas de las medidas de confort identificadas en mi texto original siguen aplicando como lineamientos básicos (Watson 1979). Estos enfoques y otros continúan sirviendo solo como ejemplos pero son consistentes con los puntos de vista de Nightingale que aún requieren atención.

- Eliminar estímulos nocivos del ambiente externo (luces muy brillantes, sonidos fuertes y bruscos, calefacción inadecuada, escasa ventilación y entorno desordenado, etcétera).

- Poner atención en la posición de la persona y cambiar esa posición con frecuencia.
- Preparar la cama de manera segura, confortable, limpia y atractiva (ver “El Zen de hacer la cama” en Watson 1999:237-240).
- Reanimar la tensión muscular o emocional con masaje, ejercicios de respiración, ejercicios de ampliación de movimiento, masaje en la espalda, touchstones, uso de música o sonidos, enfoques de visualización y relajación, usar aroma terapia, otras artes de enfermería, terapia de energía.
- Realizar procedimientos terapéuticos de enfermería (aplicar compresas húmedas tibias, baño caliente, administrar medicamentos prescritos para aliviar el dolor con enunciados afirmativos, ejercicios de inhalación, proporcionar información útil, etcétera).
- Identificar las implicaciones y significados de la enfermedad y condición del paciente, y recurrir a múltiples recursos creativos disponibles para el apoyo y protección; preparar al paciente sobre lo que hay que anticipar; incrementar el autocontrol, autocuidado, autoconocimiento y autogeneración de respuestas y alternativas de opciones.
- Emplear, combinados, todos o cualquier factor o proceso Cáritas para satisfacer de la mejor manera las necesidades de la persona para un ambiente de sanación y confort, basándose en múltiples caminos creativos para la solución de problemas congruentes entre las necesidades de la persona y las prácticas del cuidado profesional.

Además de estos ejemplos específicos la Enfermera Cáritas puede usar otras técnicas: sentarse con la persona y los miembros de la familia, reordenar el cuarto del paciente, colocar la cama correctamente, proporcionar vista de la naturaleza, cerrar o abrir la ventana, escuchar al paciente, contacto con los miembros de la familia y más. Nightingale identificó estos y otros métodos en su inmortal tratado sobre la enfermería (1969).

Otro nivel más profundo para considerar el confort incluye controlar el dolor y el sufrimiento humano, lo que es muy subjetivo y es afectado por las experiencias, sistema de creencias y el significado del dolor del paciente, incluyendo los significados y asociaciones espirituales y culturales respecto al dolor y el sufrimiento en general. Este enfoque de preocupación es un área separada que requiere atención de tiempo completo.

Para nuestros fines, es importante hacer énfasis en que la apreciación, respeto y reconocimiento de la enfermera sobre significado de lo espiritual y cultural del dolor y el sufrimiento en la vida de la persona (independientemente del sistema propio de creencias) son una forma de confort en sí mismas. La enfermera tiene la oportunidad y obligación de familiarizarse con los significados espirituales, culturales y religiosos asociados al dolor, confort y cuidado. En este Proceso Cáritas la enfermera puede ser la cuerda salvavidas entre las respuestas ambientales a menudo impersonales del “caso” y las necesidades y creencias subjetivas, culturales y espirituales del paciente que se honran como entorno de sanación en todos los niveles, viendo y honrando el rostro del otro y sus necesidades personales e individuales.

SEGURIDAD

El enfoque original de este Factor Carativo sigue siendo el mismo aun y cuando ha evolucionado y lo sigue haciendo. De hecho, cuestiones relacionadas con la seguridad como las caídas, lesiones, infecciones, cuidado a la piel, esterilización, lavado de manos, medicamento excesivo o insuficiente, todos los errores en los medicamentos –persona incorrecta, medicamento incorrecto, administración incorrecta y más– junto con otras cuestiones, como la seguridad de los dispositivos médicos, el acceso y equipamiento de baños adecuados, dispositivos de sujeción, contaminación por radiación, niveles de contaminación,

y otros han sido tema de reportajes nacionales y de estudios científicos, reportes, advertencias y atención del Institute of Medicine. La seguridad es un componente básico del profesional de enfermería y de los Procesos Cáritas. Las inquietudes de seguridad influyen en todas las actividades de la enfermera relacionadas con apoyar, proteger y corregir el ambiente para la sanación en todos los niveles.

Sentirse seguro y protegido es una necesidad básica. El experimentar la ausencia de amenaza o peligro en el ambiente es fundamental para el bienestar de la persona. Es la obligación ética de la enfermera el garantizar la seguridad. Las cuestiones ambientales presentan problemas para la persona como para la enfermera.

La inquietud de la enfermera en cuanto a la seguridad y bienestar incluye la apreciación de los diversos factores de desarrollo y emocionales que contribuyen a las creencias de vida de una persona que el ambiente es seguro o inseguro. Dependiendo de sus antecedentes y su confianza en la situación actual, el paciente se comporta de diferentes maneras para crear un sentido de seguridad y autocontrol sobre el ambiente. La Enfermera Cáritas demuestra preocupación por la seguridad en múltiples niveles, incluyendo el conocimiento, la apreciación y tolerancia de comportamiento –incluso el comportamiento idiosincrático– que contribuye al sentir de bienestar y seguridad de una persona.

Con respecto a atender las cuestiones de seguridad, la Enfermera Cáritas se asegura de dirigirse a las personas con el nombre que ellas prefieran y hacer contacto directo con los ojos cuando sea apropiado. La Enfermera Cáritas usa una ocasión técnica como una ocasión de cuidado, permitiendo que el momento de cuidado emerja de la situación que se presenta. Por ejemplo, en los casos en que al administrar medicamentos se usan códigos de barras para garantizar la seguridad, en lugar de “rodear” el sistema de código de barras, la enfermera puede usar la ocasión para identificar la persona correctamente, conectarse

con el paciente en un nivel humano. En consecuencia la Enfermera Cáritas puede usar este momento como una ocasión para tocar al otro durante el escaneo del código de barras, tornando un requisito de rutina a una ocasión de cuidado y un momento potencial de cuidado. De la misma manera, cuando se administran medicamentos, la Enfermera Cáritas hace una pausa, se centra y se vacía, para así poder concentrarse con mayor claridad en la administración correcta de medicamentos al paciente correcto, con la dosis correcta y la vía correcta en el tiempo designado.

Los accidentes siguen siendo una de las principales causas de muerte para personas de todos los grupos de edades. Mantener la seguridad es especialmente crucial para aquellas personas que están muy enfermas, confundidas, ansiosas, demasiado excitadas, o experimentando aprehensión por la pérdida de control en su ambiente. Las condiciones tales como debilidad, pérdida sensorial, sobrecarga sensorial, incapacidad, desorientación, sobrecarga de medicamentos, daño orgánico del cerebro, senectud y más, hacen a los pacientes altamente vulnerables. Estas condiciones, y otras, requieren que la enfermera tenga cuidado extra para garantizar que el ambiente de la persona brinde apoyo, corrección y protección. Los pacientes que tienen condiciones físicas o mentales están comprometidos, usualmente necesitan ayuda de la enfermera para modificar sus respuestas usuales, para facilitar el autocontrol sobre sus funciones, y la enfermera ayuda a proveer medidas para abordar la falta de control del paciente, a satisfacer sus necesidades de forma más auténtica y segura. Las condiciones de seguridad en un entorno son necesidades cruciales en gran medida confiadas al dominio de evaluación e intervención del profesional de la enfermería. Este Factor Carativo reconoce el papel especial y único de los enfermeros para ofrecer un ambiente seguro, de apoyo, protector y/o correctivo para pacientes de todos los niveles y edades.

PRIVACIDAD

La privacidad es el factor más importante a considerar con este Factor Carativo. La despersonalización, preguntas íntimas, procedimientos y tratamientos relacionados con la hospitalización contribuyen a la preocupación de la privacidad de la persona. La expectativa del personal hospitalario que la persona comparta información íntima y que exponga su cuerpo sin reserva también contribuye a la pérdida de la privacidad de la persona. Con frecuencia el apoyo, protección o corrección básicos que proporciona la enfermera en el ambiente del paciente pretende conservar la privacidad de la persona.

La privacidad se ha vinculado a la salud desde los primeros trabajos de Maslow (1968), en el sentido que las personas saludables tienen una gran necesidad de privacidad. Algunas cuestiones de privacidad incluyen:

- El derecho a excluir a otros de cierto conocimiento de uno mismo.
- La conciencia y apreciación que otros tienen el mismo privilegio que uno desea para sí mismo.
- Factores de tiempo, lugar, manera y cantidad de la información.
- Intentos de excluir a sí mismo de otros, que puede ser de manera voluntaria y temporal, y que puede implicar una exclusión física y/o psicológica.

La privacidad frecuentemente mantiene la dignidad e integridad humana de un paciente. Una violación de la privacidad es muchas veces violación de la dignidad de la persona. La humillación, vergüenza y despersonalización a menudo son resultado de la invasión a la privacidad.

Una de las dimensiones explícitas de la teoría del cuidado humano y del Modelo Cáritas es el preservar la dignidad humana. Sin embargo, esta característica no siempre se ha hecho explícita en la práctica de enfermería hasta hace muy poco. Por

ejemplo, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), revisó recientemente la inclusión de un nuevo diagnóstico revisado, “La Dignidad Humana Comprometida”, la cual indicó que las personas están en riesgo de perder el respeto y el honor (Rosenberg, 2006).

DIGNIDAD HUMANA

Algunos de los factores de riesgo identificados en este nuevo diagnóstico NANDA incluyen (Rosenberg, 2006):

- Exposición del propio cuerpo.
- Percibir invasión de la privacidad.
- Participación inadecuada en la toma de decisiones.
- Revelar información confidencial.
- Pérdida de control de las funciones corporales.
- Uso de términos médicos indefinidos.
- Recibir tratamientos deshumanizadores.
- Recibir humillaciones.
- Etiquetas marcadoras.

Es un gran avance que estas amenazas a la privacidad ahora sean nombradas e identificadas como actos específicos que necesitan atención de cuidado para ser aliviados.

Las necesidades de privacidad y dignidad humana se traslapan en el sentido que atender estas necesidades es una función muy importante para el comportamiento humano y para preservar la condición y la integridad humana del ser y el otro. Algunos pasos para atender estas necesidades incluyen, por ejemplo:

- Mantener una autonomía personal, la singularidad propia como ser humano.
- Proporcionar liberación emocional, un sentido de seguridad y protección contra el estrés y las tensiones del ambiente externo mundial.
- Participar en autoaceptación, reflexión, por la cual uno

puede hacer una pausa, reflexionar, explorar e integrar sentimientos y experiencias. Esas funciones de preservar la privacidad y sostener la dignidad humana, pueden estar estrechamente relacionadas con lo espiritual o con actividades de meditación que dan sentido a la propia vida.

- Permitir una comunicación íntima limitada y protectora. Esta función de la privacidad y de la dignidad humana permite el compartir con seguridad y dignidad humana información confidencial e íntima y establecer límites y distancias sociales al confiar en relaciones interpersonales/transpersonales.

Obviamente existe un número de variables que afectan la privacidad y las formas en que se manifiesta en la conducta sociocultural y ayuda a sostener la dignidad humana. Por ejemplo, algunas tribus africanas no tienen palabra o término equivalente para la privacidad. Los occidentales han intentado explicar el concepto de privacidad a las personas de esas tribus, pero el concepto más cercano es el de ermitaño, una persona privada a quien no le gustan otras personas o civilizaciones. En otras palabras, el concepto de privacidad como se conoce en el mundo occidental no existe para otras culturas. Algunas tienen un conflicto con las nociones de privacidad, colocando la vida comunal y la unidad de la gente, el compartir y el participar por encima de necesidades y preocupaciones individuales. Así por ejemplo un enfoque social-humanitario de grupo toma precedencia sobre el individualismo. La República Popular China, algunas sociedades en las islas del Pacífico sur, y otros son ejemplos de tales culturas.

Sin embargo, el concepto de preservar la dignidad humana es universal. De hecho un derecho básico de la dignidad humana incluye la privacidad. La *Enfermera Cáritas* reconoce estos derechos básicos para otros así como para el ser. La integridad profesional, la dignidad y la confidencialidad son aspectos

integrales de la privacidad. Una relación de cuidado-confianza a menudo depende de este aspecto de mantener la dignidad humana.

Apoyar el derecho de una persona a la privacidad puede a menudo instilar fe y esperanza, ayudar a sostener una relación de cuidado-confianza. La privacidad es un componente básico de este Factor Carativo y expande la atención que la enfermera brinda a las necesidades individuales de otros a medida que busca preservar la dignidad humana y la integridad del ser y de otros.

ENTORNOS LIMPIOS Y ESTÉTICOS

Los entornos limpios y estéticos son un elemento básico de este Factor Carativo. El testimonio de la enfermería a lo largo del tiempo, desde Florence Nightingale en adelante, resalta la importancia de un entorno limpio. Por esta razón, a menudo la limpieza es asociada con el cuidado a un paciente. Sin embargo, en el pasado el cuidado institucional custodio era estéril e industrial, despersonalizante y monótono. Dicha oscuridad institucional que no tiene rostro, tosca y estéril puede hacernos sentir enfermedad, agotamiento y desconexión de nuestro ser y nuestra fuente de energía (Watson 1999). Dicho anonimato de nuestro entorno nos puede “chupar la vida”; considere que históricamente, los hospitales eran considerados “bodegas para cuerpos” (Watson 1999: 243). Dicha separación evoca el sentimiento de que “no conoces a nadie y nadie te conoce” como persona, y que a nadie le importa.

Sin embargo, incluso a un nivel superficial, Nightingale integró el ruido, el sonido, la luz, el aire, el gusto, sanidad, agua, limpieza, belleza estética, variedad, vistas, mascotas, árboles, naturaleza, niños, música, color, forma, flores, pinturas, nutrición adecuada, una cama cómoda y el dormir como modalidades ambientales naturales que promovían la sanación (Watson 1999:253). Desarrollos recientes en la arquitectura y diseño

de hospitales introducen elementos de belleza, color local, decoración y referencias históricas, ayudando así a reintroducir conexiones armónicas, totalidad y relaciones entre las personas y sus entornos.

Un entorno personalizado, agradable y estético eleva la experiencia. A veces existe la necesidad de orden, belleza y simetría como forma de conectarse con el alma humana; dicho orden y equilibrio puede ayudar a cerrar ciclos y a completar una experiencia, darle sentido y ritualismo a un evento importante. Nightingale lo dijo claro, que la belleza es sanación; la necesidad de embellecer los entornos, y el hacerlo, hacen que una persona se sienta mejor sobre sí misma y otros. Dichos esfuerzos introducen estas dimensiones estéticas como expresiones de humanidad y una forma de preservar las conexiones humanas. De hecho, los entornos que contienen olores desagradables, olores medicinales y otros estímulos nocivos producen emociones negativas y aumentan la frecuencia cardíaca y la ansiedad, mientras que los aromas agradables, el color y los elementos sensoriales agradables reducen la presión sanguínea y el ritmo cardíaco (Malkin 1992:20).

Hoy en día, las terapias de sanación progresivas buscan unificar la naturaleza y la salud. Estas terapias incluyen el uso intencional de entornos limpios y estéticos, formas orgánicas, color, textura y luz, así como modalidades como baños minerales, masaje, música, escultura, pintura, terapia de arte y todo tipo de artes expresivas para armonizar los entornos humano-medio ambiente-naturaleza, permitiendo que la belleza y la estética participen en el proceso de cuidado-sanación.

Al mismo tiempo que se reconoce y se parte de la base del texto original del Factor Carativo 8 (incorporando los aspectos bien conocidos de seguridad, privacidad, confort, entornos estéticos y limpios, etcétera), también es importante el llevar la conciencia humano-medio ambiente-naturaleza-campo a otro nivel como parte de mi giro evolucionado hacia el Proceso Cáritas 8.

En el Proceso Cáritas 8, en el que creamos un entorno de sanación en todos niveles –el entorno físico así como el entorno sutil, no físico de la energía y la consciencia– son potenciados la totalidad, belleza, seguridad, confort, dignidad y paz. En este proceso expandido, el entorno toma un sentido completamente nuevo en que la enfermera está en el entorno, abordando todos los aspectos anteriores del entorno, pero en el *Proceso Cáritas* la enfermera se convierte en o es el entorno (Quinn 1992).

Nightingale consideraba el entorno crucial para un paradigma de enfermería. Como parte de un enfoque evolucionado al ambiente, la meta original para este Factor Carativo, consistente con Nightingale, era el fortalecer el confort, la privacidad, la seguridad, la estética, etcétera, resultando en el apoyo al bienestar del paciente por medio de la atención holística a los aspectos físicos, mentales, socioculturales y espirituales del entorno de salud-sanación.

En el modelo de Enfermería Cáritas, el concepto y noción de entorno pasan por una reconceptualización, que resulta en una transformación. Mientras que aún atienden a inquietudes y asuntos convencionales físico-ambientales, los conceptos no físicos ahora pasan a ser el foco de atención: por ejemplo, los conceptos como la consciencia, intencionalidad, energía, percepción de la Enfermera-Ser. Surgen nuevas preguntas en cuanto a la naturaleza del entorno sutil, así como el entorno físico más obvio. Estos puntos de vista expandidos y transformadores representan mi pensamiento evolucionado y son potenciados por el marco propuesto por Quinn (1992).

NIVELES EXPANDIDOS DE LA CONCEPTUALIZACIÓN AMBIENTAL

Este punto de vista expandido del entorno Cáritas se mueve:

- De un enfoque físico-ambiental exclusivo, externo (en que la enfermera altera, controla e influye en los entornos

físicos en formas específicas, consistente con el Factor Carativo original).

- Para luego considerar nociones como el “campo ambiental” y el “reacomodar el campo” para la sanación del paciente (en que la enfermera y el paciente son integrales al campo más amplio, consistente con las modalidades del cuidado en Watson 1999) (Quinn 1992).
- Hasta una consideración de la “Enfermera como el Ambiente” (Quinn 1992).

La obra de Quinn (1992) es útil para tratar de aclarar mi pensamiento evolutivo y la transición de puntos de vista convencionales del ambiente a un punto de vista transformador Cáritas. Por ejemplo, en su obra clásica (1992), Quinn identificó varias formas de examinar el ambiente dentro de la práctica de la enfermería:

- Primero: al reconocer que tanto la enfermera como el paciente están en el entorno físico, ambos mirando hacia un espacio físico compartido. La enfermera en este marco atiende a los esenciales más básicos del entorno, como la privacidad, confort, iluminación, seguridad, limpieza, estética y así sucesivamente, incluyendo el reconocer las necesidades espirituales. Estos son aspectos fundamentalmente importantes del proceso de cuidado en enfermería y uno de los Factores Carativos centrales.
- Segundo: sin embargo, vamos más allá de los esenciales básicos Carativos a medida que expandimos nuestra práctica disciplinar y guiada por la teoría. Ahora somos invitados a considerar el entorno como un nivel de práctica guiado por la teoría. Si consideráramos el punto de vista de Rogers (1970, 1994) del campo humano-ambiental y una vista expandida de la enfermera y el paciente como integrales dentro del entorno, que afecta el campo completo, entonces deberíamos repensar el papel y lugar de la enfermera y el entorno en el espacio.
- Este segundo punto de vista evolucionado se basa en el primero, pero además de considerar que la enfermera y el

paciente comparten el espacio físico y que la enfermera altera ese espacio para satisfacer las necesidades básicas del paciente, ahora la enfermera tiene que considerar el ser como parte del campo ambiental. Este punto de vista introduce conceptos como el hacer patrones/reacomodar patrones del entorno para promover la sanación y el cuidado más profundo.

- Además, al considerar el campo ambiental en este nivel más profundo, la enfermera que trabaja en una conciencia de cuidado holística consideraría introducir modalidades de cuidado-sanación, como la música, el toque intencional, el sonido, el arte, aromaterapia, visualización, relajación y otras artes de la enfermería, así como enfoques del arte de la sanación para potenciar la sanación y ayudar al paciente a “estar en la relación correcta” (comunicación personal, Quinn, 1986).
- Aunque Quinn no necesariamente ubicó sus ideas dentro de un contexto de la Ciencia del Cuidado, como yo lo hago aquí, ella invitó a un tercer nivel de consideración del entorno. Este tercer punto de vista es consistente con la Ciencia del Cuidado y la conciencia de la Enfermería Cáritas propuesta en este texto. Esta conceptualización más profunda del entorno toma en consideración el entorno sutil y los entornos no físicos y físicos. La noción del “campo ambiental” incorpora la naturaleza energética más sutil del entorno, como es debido; por ejemplo, la presencia, consciencia e intencionalidad de los practicantes del cuidado-sanación.
- Este tercer nivel de consciencia-entorno (Cáritas) nos invita a reconsiderar nuestra comprensión del Practicante-Ser, ya no más separado del entorno del paciente pero integral al campo del paciente. Así tenemos una obligación de poner atención a la presencia, consciencia e intencionalidad de la enfermera-ser como un campo energético y vibratorio, integral y unificado con el campo del paciente, así afectando el todo.

A medida que nos movemos hacia estas perspectivas evolucionadas sobre el entorno, el campo del entorno, y así sucesivamente, se pueden plantear nuevas preguntas (Quinn 1992; Watson 2005:94-95):

- Si yo soy el entorno, ¿cómo puedo yo Ser un entorno de mayor cuidado-sanación?
- ¿Cómo me puedo convertir en un espacio seguro y de sanación para esta persona? ¿Brindar sanación, totalidad?
- ¿Cómo puede ayudar mi presencia centrada en el corazón (Cáritas) y la conciencia de amor-cuidado a alinearse en este momento con el espíritu de esta persona?
- Cómo puedo usar mi consciencia, mi intencionalidad, mi Ser, mi presencia, mi voz, toque, rostro, corazón, manos, etcétera, para la sanación?

La enfermera se sintoniza más con el hecho de que su humor, conducta y presencia afectan el campo humano-ambiental, para bien o para mal. La relación y el entorno de cuidado son generados por la presencia amorosa y sentida de la enfermera y la conciencia que tenga, ayudando a formar la salud y la experiencia de sanación del paciente así como las propias experiencias de la enfermera.

LO QUE TENEMOS EN NUESTRO CORAZÓN IMPORTA EN LA CREACIÓN DE UN ENTORNO CÁRITAS

Este pensamiento sentido Cáritas se basa en el supuesto de que estamos inter-conectados con toda la vida por medio del campo universal del amor infinito (Lévinas 1969). Las modalidades de toque intencional y de cuidado energético son ejemplos de cómo trabaja uno dentro del campo unificado para reacomodar patrones en la dirección de la consciencia expandida. Quinn va más allá al usar la metáfora del sonido, sugiriendo que el patrón y vibración del campo energético más elevado de la enfermera de la conciencia (Cáritas) se convierte en un diapason, resonando en una frecuencia vibratoria de sanación (Amor) a la que se

sintoniza el paciente o resuena con esa frecuencia (más alta). En este punto de vista expandido Cáritas, reconocemos que *lo que la enfermera tiene en su corazón importa* (comunicación personal M. Smith, 2007). El corazón envía mensajes a la mente, irradiando energéticamente hacia el campo y guiando las acciones, abriendo un nuevo campo de posibilidades en el momento.

Esta línea de pensamiento es consistente con la noción teórica del cuidado humano que la conciencia del cuidado trasciende el tiempo, espacio y la fisicalidad y es dominante sobre lo físico (Watson 1999). Esta conciencia (Cáritas) altera el campo humano-ambiental y ayuda al paciente a acceder a su sanador interior (o ayuda al otro a estar en la “relación correcta”); así, dicha presencia ambiental puede por lo menos potenciar los procesos internos de sanación.

En otras palabras, el tener pensamientos positivos auténticos y sentidos de corazón como el amor-amabilidad, cuidado, sanación, perdón y así sucesivamente vibra a un nivel más alto que tener pensamientos más bajos, como la competencia, el miedo, la avaricia, ansiedad, hostilidad y pensamientos similares (Watson 1999). Si uno tiene una consciencia de pensamiento más alto, todo el campo puede ser y es reacomodado en sus patrones por la conciencia de la enfermera. La enfermera-ser, la *Enfermera Cáritas*, entonces de hecho se convierte en el entorno, afectando el campo completo. Es más probable que se manifieste un momento de cuidado en el “ahora” influido por la consciencia más alta comunicada por la conciencia de la enfermera (*Cáritas*).

MODELO DE CAMPO AMBIENTAL CÁRITAS

En este punto de vista del entorno con una consciencia expandida, evolucionamos en nuestra teoría y en nuestra ciencia; somos convocados a mirar de nuevo a la manera en que participamos/coparticipamos deliberadamente en nuestro campo unitario. En el modelo ambiental Cáritas, ya no

podemos ver el entorno o el practicante como “ahí afuera”, separado y distinto de nosotros como un “caso” desconectado del campo unitario más amplio y más profundo al que todos pertenecemos. Esta perspectiva gira hacia el amor universal que convocamos a nuestras vidas, a nuestro trabajo y a nuestro mundo. Sin embargo, requiere un despertar personal-profesional y una evolución hacia un nivel de consciencia más alto y más profundo.

Capítulo 13. Del FACTOR CARATIVO 9:
Asistencia con la gratificación de necesidades humanas al
PROCESO CÁRITAS 9:
Administrar los actos sagrados de enfermería de cuidado-
sanación atendiendo las necesidades humanas básicas

¿O ignoráis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, el cual está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros?.

F1 CORINTIOS, VERSIÓN REINA-VALERA 1960

En un modelo de la Ciencia del Cuidado, es necesario recordarnos a nosotros mismos que somos espíritu hecho plenitud; campo de lo no manifiesto a lo manifiesto, conectado y perteneciente a la Infinitud del cosmos y el Universo, antes de separarnos como individuos.

WATSON (2005:111)

Parece que en alguna parte en el trayecto hemos olvidado que uno de los mayores honores y privilegios que uno puede tener como enfermera es el poder cuidar a otra persona. Dichas conexiones y relaciones íntimas y personales tocan lo Sagrado, y a veces también lo horroroso. El Cuidado (y la necesidad de cuidado) es un lugar muy vulnerable; primero, porque nos enfrentamos cara a cara con nuestra propia humanidad y con nosotros mismos. En este lugar, nos damos cuenta que el nivel de humanidad de una persona se refleja de vuelta en la otra. La otra razón por la que este lugar de cuidado y sanación trasciende el pensamiento médico y la ciencia convencional es que cuando nos ubicamos en este nuevo espacio, estamos recordando nuestra propia humanidad y la de otros y nuestra pertenencia compartida a la infinitud del Campo Universal del Amor Infinito (Lévinas 1969) que acoge al Espíritu. Recordamos que estamos tocando la fuerza vital, el alma misma de otra persona, por lo tanto, de nosotros mismos.

WATSON (2005:61, CON MODIFICACIONES MENORES

Uno de los privilegios de la enfermería y su papel en la interacción con la humanidad es que las enfermeras tienen acceso al cuerpo humano. Las enfermeras tienen el honor íntimo de ayudar a otros a gratificar sus necesidades humanas más básicas, especialmente cuando están vulnerables. Parece que en alguna parte en el camino la enfermería se desvió de esta conexión y olvidó que uno de los más grandes honores que uno puede tener es el cuidar a otra persona cuando está en necesidad. Es la contribución a la sociedad y a las necesidades humanas de las personas por excelencia; es un don a la civilización (Watson, 2005).

A medida que las enfermeras comenzamos a trabajar en la Conciencia Cáritas, toman un sentido de sacralidad en todos los aspectos de su vida y trabajo. Es aquí que las enfermeras y la enfermería “se manifiestan al más alto nivel” (Dossey, Keegan and Guzzetta 2005:231). Este punto de vista nos trae cara a cara con el misterio e infinitud de la humanidad misma y con todos los procesos de la vida. A medida que entramos a esta dimensión más profunda Cáritas de nuestra vida y trabajo y mundo, comprendemos de manera más profunda la sacralidad del cuidado y comprendemos que cada acto que cometemos es parte de un todo más grande.

Martinsen (2006) nos recuerda la noción de “morar” (dwelling). La enfermería tiene una responsabilidad de atender lo que es más que la satisfacción de necesidades y que está relacionado a un espacio que mejora la vida, atender y crear habitaciones en que uno pueda encontrar calma, descanso, y “morar”. La enfermería debe hacerlo sin privar al cuerpo de calma y descanso, buscando evitar invadir la habitación con rapidez y ajetreo de manera que la otra persona pierda su planta física y corporal y se convierta en vagabundo, por así decirlo, privando al cuerpo de relaciones y ritmos (Martinsen 2006:9).

Es la noción de “morar” (más que solo ayudar a satisfacer necesidades humanas básicas) la que desarrolla un punto de vista filosófico del cuidado que le permite a uno “ver con el

ojo del corazón”, “enfaticando la importancia de ser visto de tal manera que uno se torna importante al que uno ve” (Martinsen 2006:11).

Cuando consideramos las necesidades básicas y administramos la Enfermería Cáritas como un acto sagrado en contraste a una tarea meramente física, los seres humanos reciben cuidado de una forma amorosa y amable en donde se sienten seguros y protegidos. La Enfermera Cáritas crea espacio y lugares para “morar”, donde el “cuerpo habita la habitación de una forma buena... el cuerpo puede acoger experiencias como sostén de vida [digna], en medio del dolor y sufrimiento; dejando morar al humano” (Martinsen 2006:16).

Este punto de vista de “morar”, tomado de Foucault (1975), trata del hospital o habitación, donde la enfermera ayuda a otras personas a moverse más allá de la “mirada” profesional (la mentalidad del “caso”) hacia la noción de crear un espacio de morada individual para la sanación. Este punto de vista contrasta con la arquitectura y habitaciones de hospital que poseen “innumerables mecanismos sin importancia, instrumentaciones impecables para objetivar y controlar la totalidad del individuo, dejándolos desnudos ante la mirada de los otros [los profesionales]” (Foucault, citado en Martinsen 2006:16). En este modelo de Enfermería Cáritas, uno hace explícito que cuando se toca a otra persona, no se está tocando solo el cuerpo físico, sino también el espíritu encarnado. De hecho, cuando una enfermera toca a otra persona, toca no solo el cuerpo sino también la mente, el corazón, el alma del otro, la misma fuente de vida del otro.

De Nightingale en adelante, la enfermería y los líderes de enfermería han reconocido que el cuerpo físico no es el “aspecto eterno” de la naturaleza humana sino el “vehículo” del espíritu o esencia del alma de la persona humana que mora dentro del cuerpo físico (Macrae 2001). Sin embargo, el cuidar el cuerpo físico se ha convertido con frecuencia en el enfoque del cuidado del paciente.. En este modelo las necesidades de

cuidado y los enfoques de cuidado físico-no físico no se pueden separar de la red de otras relaciones – sociales, ambientales, ecológicas, de sistemas, espirituales, y otras (Jarrin 2006).

Mi obra original (1979) relacionada a este Factor Carativo organizaba las necesidades básicas en necesidades de orden menor y mayor, usando la teoría de Maslow como plantilla. Sin embargo, esta versión revisada del libro no ordenará este capítulo usando ese marco obsoleto. Yo continúo organizándome en un marco que integra las necesidades básicas convencionales pero ahora dentro de un contexto que se puede pensar como arte/ actos de Enfermería Cáritas, o de forma más profunda, artes sagradas de la enfermería. A medida que se identifican estos actos, nosotros reconocemos que las enfermeras responden a las necesidades más primitivas, instintivas, privadas y a veces vergonzosas de otros, tocando su ser completo con cada acto. Repito: es la noción de “morar” (más que solo ayudar a satisfacer las necesidades humanas básicas) la que desarrolla un punto de vista filosófico del cuidado y que permite a uno “ver con el ojo del corazón” (Martinsen 2006:11).

Las enfermeras tienen la posición honrosa de entrar en los entornos privados físicos-ambientales de otro, y también tienen acceso al espacio privado sagrado corporal-físico-personal. Las enfermeras entran a este espacio cuando realizan actos, procesos y funciones de cuidado para otro, que la persona/familia a menudo realizan en la privacidad e intimidad de sus propias casas. Pero cuando otro está vulnerable, lastimado, incapacitado, enfermo, débil, frágil, en sufrimiento, confuso, dependiente, las Enfermeras Cáritas – en un espíritu de amor-bondad, con una conciencia intencional de dignidad y de honrar al otro, combinado con la “Alfabetización del Cuidado”, el conocimiento y las habilidades – las administran a otros. A medida que la enfermera conduce estas funciones de necesidades básicas con una conciencia de cuidado-amor, quizá como una ofrenda más elevada a esta persona, ella trae el espíritu al plano físico, ayudando al otro a tener espacio para “morar” en su cuerpo

y en el entorno institucional. Esta conciencia de Enfermería Cáritas hace nuevas conexiones entre las necesidades básicas y las necesidades espirituales en evolución, intencionalmente consciente que cada acto físico toca el espíritu de la persona y hace una diferencia en la vida de esa persona en ese momento.

Sin embargo, cada necesidad que se presente puede estar relacionada a la autosupervivencia, incluso si es de naturaleza existencial-espiritual; nuestras necesidades no están restringidas a lo bio-físico en el sentido usual de “necesidades básicas”. Estas necesidades humanas más profundas y en evolución más allá de la supervivencia física abarcan al humano en una forma unificada que expande y profundiza nuestra humanidad en evolución y nuestro ser-en-el-mundo. Ejemplos de otros aspectos de la evolución humana incluyen:

- La necesidad de trabajo-propósito, contribuir a algo más allá del ser, algo más grande que el ser.
- La necesidad de logro (auto-eficiencia, autoestima, autoconcepto).
- La necesidad de afiliación (familia, amor y pertenencia).
- La necesidad de conocimiento (comprender, hacer sentido –(de la situación de vida–).
- La necesidad de belleza-estética.
- La necesidad de auto-autoexpresión, creatividad.
- La necesidad de juego y relajación.
- La necesidad de una autorrealización en evolución que es espiritualmente significativa.
- La necesidad de conectarse con aquello que es mayor al ser: el rendirse a una fuente más elevada con un sentido de asombro hacia el misterio y maravilla de la vida, ya sea la humanidad misma, la naturaleza, Dios, Espíritu, o un universo Divino.

Sin embargo, mientras que todas estas necesidades son de naturaleza holográfica, cada uno incorpora y afecta a todos los otros. Sin atender las necesidades humanas físicas más básicas,

la supervivencia física de uno es vulnerable, previniendo una evolución más profunda. Cualquier necesidad básica en el plano físico se puede considerar una necesidad del alma encarnada.

En el pasado, por lo general era asumido que una persona puede encargarse, o asistir a otro, con necesidades físicas básicas, separado del todo de su humanidad y del campo energético de la fuerza vital del individuo. En este modelo evolucionado de la Conciencia Cáritas, nos damos cuenta que esto no es posible. Se requiere el cuidado del alma así como el cuidado físico para responder a todas y cada una de las necesidades, en el sentido que el todo del espíritu/alma se encuentra en cada necesidad física y no física y está incorporado en el plano físico del cuerpo.

Cuando uno toca el cuerpo de otro, como se mencionó, el individuo toca no solo el cuerpo físico sino también la mente, corazón y alma de la persona en cierto nivel. Una Enfermera Cáritas está consciente y al tanto de esta perspectiva al asistir a otro con las necesidades básicas, en cualquier nivel que se presente la necesidad. La enfermera responde a estas necesidades como un privilegio, un honor y un acto sagrado al asistir a la persona. La *Enfermera Cáritas* aprecia que en este acto sencillo, se está conectando y está contribuyendo tanto al espíritu de esa persona como consigo misma.

Capítulo 14. Administración de actos sagrados de enfermería
– desarrollo adicional
del FACTOR CARATIVO/PROCESO CÁRITAS 9

NECESIDAD HUMANA DE ALIMENTO Y FLUIDO

Con el trasfondo de la discusión de visiones más amplias de las necesidades humanas, puede ahora decirse que la necesidad humana de alimento y fluido es tanto física como metafísica; es más que la necesidad de supervivencia. En todas las culturas y ocasiones, el comer y la comida tienen un significado intrínseco de relaciones emocionales, comunicación y sentimientos de amor, amistad, contento, confort, apoyo, vida social, buenos sentimientos. No solamente ingerimos alimento y fluidos; incorporamos las sensaciones asociadas, los entornos, la presencia humana, sonido, estado energético, la conciencia del otro, por decirlo así, de la persona que prepara u ofrece los alimentos. Tomamos todo esto en nuestro cuerpo y en nuestra experiencia de comer y ser alimentados.

Esta necesidad es muy simbólica y llena de significado más allá de la necesidad física de alimento y bebidas. Esta necesidad, con todos sus significados reales, simbólicos y metafóricos, es básica para la supervivencia física y emocional y es considerada una de las necesidades biofísicas.

Sin embargo, en lugar de desarrollar información acerca de esta necesidad, voy a explorarla desde el punto de partida de la

enfermería asistiendo a satisfacer sus necesidades. Algo asociado a esta necesidad es el arte/acto, el acto sagrado, por así decirlo, de “alimentar a otro ser humano”, de forma metafórica y literal. Está asociada con saber cómo dar y recibir de otro humano. Las conductas, hábitos, asociaciones al comer, el sabor y deseos del alimento están directamente asociados con los significados y relaciones de comer, beber y aspectos simbólicos.

Tuve un sueño no hace mucho en el cual presencié a una enfermera entrar a la habitación de un paciente, casi arrojar un vaso con agua al paciente en su cama, dar la vuelta e irse. La enfermera lanzó el vaso en la cara del paciente y el agua salpicó las sábanas del paciente. La enfermera ignoró el hecho que había hecho esto y se alejó de la habitación del paciente.

El lugar de entregar el agua al paciente de una forma que se asegure que la reciba, y en lugar de ayudarlo a recibir el vaso de agua o al menos asistirlo después de haber salpicado el agua en él, la enfermera básicamente le dio la espalda al paciente y lo dejó mojado y sin cuidado. Al presenciar esto en mi sueño, estaba sorprendida de la conducta de la enfermera. En el sueño le llamé la atención a la enfermera: “¡Un momento! Eso es inaceptable. No está bien lo que acaba de pasar. Hay una forma de dar algo a alguien de manera que lo pueda recibir, a diferencia de solo arrojarlo sin consideración al cómo participar, dar y recibir de otro”.

Este sueño fue informativo en el sentido que a veces pensamos que cuidar de alguien significa dejar que las personas se salgan con la suya en actos de descuido, en especial en una práctica de enfermería profesional, sin confrontar y reconocer la conducta destructiva. El cuidado no quiere decir ignorar actos descuidados o conducta incompetente. Si uno cuida de forma auténtica, no es aceptable el permitir que la conducta que es inapropiada o destructiva suceda sin decir nada.

La segunda parte del sueño, en especial con respecto a la forma en que la enfermera arroja el agua al paciente, fue el otro mensaje. La ignorancia, falta de conciencia, falta de

habilidad, falta de conciencia Cáritas, incompetencia en el cuidado, analfabetismo del cuidado, por así decirlo, de parte de la enfermera, todas contribuyeron a un acto descuidado, destructivo y desconsiderado hacia el otro. El ofrecer comida o bebida a otra persona, ya sea paciente o no, es un acto sagrado; es un acto recíproco de dar y recibir, ayudar a otro a cumplir una necesidad humana muy básica de nutrición, una necesidad humana que es básica a la enfermera así como para el paciente.

En este marco de *Enfermería Cáritas*, la necesidad humana de comida y fluido se considera una parte esencial de la supervivencia humana. La comida/bebida es simbólica; es sagrada, en el sentido que la comida proviene del círculo sagrado de vida que sostiene la fuente de vida-energía para la vida, crecimiento, desarrollo y evolución humana. Enfatiza la interdependencia de todos los aspectos de la vida; la interrelación de lo animal, vegetal, fuente de alimento humano, y cadena de vida-muerte, que refleja la ley universal de la impermanencia y la unicidad de Todo.

El “alimentar” a otra persona y ayudar a otro a satisfacer su necesidad básica de nutrición, de alimento y fluido, requiere una Conciencia Cáritas de cómo estar en-relación, en-relación-correcta con el ser y con otros, presente, en-el-momento, consciente, alerta, al tanto de cómo estar con otro. Requiere una comprensión, una sabiduría reflexiva, Conciencia Cáritas, por así decirlo, sobre cómo “dar algo a otro de tal manera que la persona sea capaz de recibirlo”.

El resultado es la experiencia de nutrir, que es alimentadora y recíproca a ambas personas. Es por medio del dar que nosotros recibimos. La necesidad de alimento y fluido está asociada con la confianza, amor, calidez y seguridad en las relaciones humanas. Las experiencias pasadas conscientes e inconscientes, los significados simbólicos y reales están asociados con esta necesidad básica.

Cuando se trabaja con otro, es necesario tener una apreciación de lo que significa la comida y el alimentarse para la persona.

El significado cultural de los hábitos, la familiaridad de ciertos sabores, aromas, etcétera, está acompañado de emociones que son incorporadas, pre-conscientes y a veces inconscientes.

Cuando estamos conscientes de cómo dar a otro, cómo administrar de una forma amorosa, cuidadosa y amable –ya sea que alimentemos formalmente a un paciente incapaz de comer por sí mismo, dar un vaso con agua, o asistir a alguien con las mejores prácticas y comidas dietéticas – se convierte en un proceso mutuo.

Esta reciprocidad de la relación de cuidado al asistir a otro se expande en una espiral hacia una conciencia de todos los actos en que administramos/asistimos otro. Esta necesidad básica y responsabilidad profesional básica de asistir a otro con una necesidad humana básica es fundamento del cuidado humano. El ayudar a otro por medio de la asistencia, ayudar a cuidar a otro cuando está en necesidad, es un acto sagrado que sostiene la humanidad y los actos humanos del cuidado.

Esta necesidad básica está asociada con nutrir el cuerpo, la mente, las emociones y el espíritu con alimento de forma simbólica y literal, de donde con esta necesidad bebemos amor, amistad, compañía, apoyo, calidez, seguridad, etcétera, incluso en medio del dolor, sufrimiento, enfermedad, y asilamiento tan comúnmente asociados con la enfermedad.

SIGNIFICADO DE LA NECESIDAD DE ALIMENTO Y FLUIDOS PARA LA ENFERMERÍA CÁRITAS

- La teoría y la investigación respaldan la propuesta que asociaciones energéticas y emocionales están relacionadas con esta necesidad biofísica básica. Factores emocionales pueden crear asociaciones que permean patrones de vida y afectan desbalances y trastornos alimenticios.
- La necesidad de alimento y líquido representa y simboliza mucho más que la ingesta de nutrientes para la supervivencia.

- Esta necesidad está energéticamente asociada con confianza, amor, calidez, seguridad y seguridad en las relaciones humanas.
- Esta necesidad está relacionada a experiencias pasadas, experiencias conscientes e inconscientes, significados reales y simbólicos asociados con experiencias tempranas de alimentación, y relaciones con la comida, la alimentación, y experiencias emocionales con seres queridos.
- El significado cultural de los hábitos alimenticios, prácticas alimenticias, selección del alimento, y así sucesivamente, debe ser incorporado en un plan de cuidado. Los alimentos familiares dan a las personas un sentido de confianza, confort y seguridad.
- El alimento es un foco de asociaciones emocionales y relaciones interpersonales. Los hábitos alimenticios comienzan en la niñez desde el nacimiento; la cultura propia y experiencias pasadas definen para uno lo que es comestible, cómo y bajo qué circunstancias se han de comer, saborear o apreciar los alimentos.
- Cada vez más las visiones evolucionadas del alimento reconocen que es sagrado y da energía de fuerza vital para la supervivencia humana, honrando la fuente sagrada de todo alimento y bebida.
- La Enfermera Cáritas honra las dimensiones sagradas de alimentación y su rango de significados simbólicos y reales desde el interior de las experiencias subjetivas de aquel-a quien-se-está-cuidando.
- Además del Factor Carativo (FC) 9 relacionado a la asistencia de necesidades humanas, otro FC/Proceso Cáritas con esta necesidad específica incluye los números 4: desarrollo de una relación de ayuda-confianza-cuidado; 5: promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos; y 7: enseñanza y aprendizaje que aborda necesidades, estilos y disponibilidad individuales.

NECESIDAD HUMANA DE ELIMINACIÓN: “EVACUACIÓN”/ASEO/ APARIENCIA PERSONAL.

Si existe una metáfora importante asociada con ser enfermera, es la asociación del cómodo. La palabra “enfermería” es a menudo reducida a la asociación de la gente común de vaciar “cómodos”, lo cual es visto como un acto degradante o un nivel bajo de servicio a otro, tal vez el nivel más bajo de trabajo, segundo solo a ser sirviente de otro.

La necesidad básica de eliminación y de asistencia con esta necesidad es una de las funciones biológicas corporales más básicas, pero a menudo tiene la carga de vergüenza, invasión a la privacidad, exposición de partes del cuerpo, violación de la integridad personal, y así sucesivamente. A menudo, incluso el pedir o requerir ayuda con esta necesidad es fuente de ansiedad, estrés, inconveniencia, y vulnerabilidad para un paciente.

Esta necesidad no solo incluye el entorno externo requerido para cumplir con esta función corporal básica sino que también abarca los estados de sentimiento subjetivo como la privacidad, la imagen corporal, la autoimagen, los hábitos de baño, patrones, y así sucesivamente. Sin embargo esta es una necesidad biológica básica relacionada a la salud y a la supervivencia. Es una parte necesaria de la existencia humana.

Los significados personales asociados con esta amplia necesidad afectan la manera en que los pacientes solicitan y esperan la asistencia, cuando se requiere. Por ejemplo, pueden retrasar el solicitar ayuda; pueden resistirse e incluso resentir el ser dependientes de otro para que los ayude con esta función biológica tan básica del cuerpo. Las asociaciones subjetivas con esta necesidad madurativa incluyen asuntos de culpa, dinero, poder y control, así como creatividad y honor ético en las relaciones (Myss 1996:97).

Diferentes culturas responden de forma diferente a las necesidades y funciones corporales básicas. En los Estados Unidos se asocia la reticencia social a esta necesidad; a menudo se presen-

tan la privacidad y la vergüenza. Otras culturas son a menudo más abiertas y receptivas a las funciones normales del cuerpo y no son tímidas sobre las necesidades de defecar, orinar, y la gratificación sexual.

Un pariente o una cultura entera pueden establecer valores y normas relacionadas a la gratificación de la necesidad de eliminación. Como enfermera, es útil recordar el significado emocional y hábitos del paciente para poder asistirlo. De hecho, los sentimientos y significados subjetivos internos asociados con esta necesidad pueden afectar la función normal relacionada la ingestión y eliminación. Los problemas de autonomía, curiosidad, vergüenza, modestia, incertidumbre, rigidez y sofocación y facilitación de creatividad se consideran todos asociados con los orígenes de la niñez temprana y con sus experiencias anteriores relacionadas con esta necesidad. Estos sentimientos tempranos de dar y recibir, conformar y rebelarse, se discute en la literatura psicodinámica con respecto a esta necesidad.

La *Enfermera Cáritas* es respetuosa y honra la totalidad de la persona en todos sus significados subjetivos y asociaciones con esta necesidad. La *Enfermera Cáritas* hace su mejor esfuerzo para responder a la sensibilidad del individuo.

Asistir a otros en satisfacer esta necesidad básica de aseo y función corporal, hacerse atractivos y presentables para sí y otros, es fundamental para el propio sentido de dignidad, autoestima y autorrecompensa; de hecho, esos fundamentos pueden afectar la propia salud y sanación. Así, esta necesidad requiere habilidad, sensibilidad y una relación de confianza-íntima entre paciente y la enfermera.

Esta necesidad va más allá de las funciones corporales para abarcar las necesidades básicas de autocuidado como rasurarse, cortarse el cabello, usar cremas, aplicar maquillaje, y demás, que son parte de la rutina diaria y privada de la persona. Esta rutina básica es interrumpida cuando uno está enfermo o incapaz de llevar a cabo estas tareas; de este modo, el que uno sea dependiente de otro para la asistencia es a menudo una

fuente de frustración, si no es que vergüenza, e incluso enojo.

La sensibilidad y sentimientos que asocia la enfermera con esta necesidad a su vez afectan la respuesta de la enfermera al cuidar de otro. Ya sea que la necesidad sea de un cómodo o de asistencia con el inodoro, la enfermera entra hacia la necesidad con una Conciencia Cáritas que mantiene al otro y su necesidad con la mayor dignidad y respeto. Además, una *Enfermera Cáritas* reflexiva también honra sus propios sentimientos y está consciente de la manera en que estos interfieren con el cuidado.

Al cuidar a una persona cuando se presenta esta necesidad, la *Enfermera Cáritas* aborda este acto como un don al otro. Al aceptar plenamente al otro, al preservar la integridad y los sentimientos del otro, existe un reconocimiento del que recibe esta asistencia, está profundamente agradecido por la dignidad y el honor que la enfermera ofrece a través de este don de servicio compasivo, de cuidado.

SIGNIFICADO DE LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN PARA LA ENFERMERÍA CÁRITAS

- Los “estados de sentimiento” y percepciones subjetivas están asociadas con las funciones corporales y los problemas físicos con el sistema de eliminación; estas percepciones y significados se incorporan a la mente de un infante durante el desarrollo de la infancia temprana.
- La asistencia con esta necesidad humana básica es más que una función biofísica; abarca los fenómenos existenciales de Martinsen (2006) y de otros, y la noción de “morar” como más que una satisfacción de necesidades sino más bien relacionada a respuestas que mejoran la vida en el espacio y en el lugar en donde uno ayuda al otro a encontrar calma, descanso, y dignidad. Este punto de vista de asistencia en necesidades básicas acoge la experiencia vivida de otro e incluye:

1. Sentimientos de ansiedad, ira, culpa, posesión, resentimiento, control y dependencia.

2. Puntos de vista socio-culturales y de los padres afectan las actitudes tempranas hacia la limpieza, la modestia, la privacidad, moralidad, inmoralidad, y y hábitos de inodoro.
3. Las experiencias y significados asociados con esta necesidad durante la infancia temprana pueden afectar el autoconcepto, la imagen corporal, y y las funciones corporales.
4. La práctica del cuidado incluye una comprensión de los deseos, hábitos e ideas individuales y los significados culturales y personales asociados con esta necesidad.
5. El fundamento de esta etapa del desarrollo ayuda a promover la autonomía, flexibilidad, curiosidad, creatividad; también puede afectar los sentimientos de vergüenza, duda, rigidez, coagulación de la curiosidad, y la inhibición de la creatividad.
6. La asistencia con esta necesidad básica es una parte importante del cuidado de rutina para todos los pacientes. Pero se debe considerar en las prácticas de cuidado el comprender esta necesidad desde un horizonte de sentido más amplio y desde las conexiones energéticas con la persona completa y las experiencias y sentidos de vida.
7. En algún plan de cuidado, la Enfermera Cáritas busca el preservar la dignidad de la persona y abordar las prácticas de cuidado con el mayor respeto y consideración por aquellos que necesitan dicha ayuda cuando están en una posición vulnerable y dependiente de la enfermera.
8. Además del Factor Carativo 9: asistir con las necesidades humanas, otros FC/Procesos Cáritas relacionados con esta necesidad específica incluyen los FC/PC número 4. Relación de ayuda-confianza-cuidado; 5: promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos; y 8: crear un entorno de sanación para preservar la dignidad humana.

NECESIDAD HUMANA DE VENTILACIÓN: “RESPIRAR”

Esta necesidad está llena de sentidos simbólicos asociados con el aliento y la respiración, así como el flujo de energía por todo

el cuerpo. El respirar es básico a la supervivencia, pero es más que solo la supervivencia; nuestro aliento es la misma fuente de vida, de espíritu. Por medio de nuestra exhalación e inhalación, inhalación y respiración del aliento de vida, nos conectamos con el ritmo del universo y la ley universal de la impermanencia; – es decir, que todo en el mundo está en expansión y contracción, elevándose y cayendo, como la inhalación, exhalación del aliento. Inhalamos el aire, el espíritu, el aliento de vida. Esta necesidad está asociada con el corazón, en el sentido que el corazón, el sistema circulatorio, los pulmones y el diafragma se incluyen en el sistema energético respiratorio-cardíaco.

El sistema de corazón-pulmón está asociado con varias enfermedades patológicas – ataques cardíacos, alergias, estrés – así como con condiciones emocionales como el duelo, la ansiedad, los suspiros, la hiperventilación, y trastornos como el asma, perturbaciones bronquiales y otras condiciones respiratorias. Caroline Myss (1996:99) identificó la “insuficiencia cardíaca congestiva, prolapso mitral, cardiomegalia, cáncer pulmonar, neumonía bronquial, cáncer vertebral, de hombro y de mama” como manifestaciones de disfunción física de la anatomía energética del área del corazón.

Esta necesidad humana básica incluye la necesidad de aire sano, un sistema de ventilación fresco en el entorno, libertad de sustancias nocivas y contaminación, oxígeno básico, y pureza del ambiente para asegurar que los sistemas respiratorio y circulatorio estén funcionando. Pero el cuidar de alguien con esta necesidad presente también incluye prácticas preventivas y continuas como la relajación, ejercicios de respiración, descarga emocional (ventilación de sentimientos/emociones), inhalación y liberación.

Como una reacción natural a ciertas circunstancias, tendemos olvidar respirar; olvidamos exhalar, reteniendo nuestro aliento de forma casi inconsciente. Las expresiones comunes asociadas con esta necesidad nos recuerdan de su complejidad y naturaleza total. Por ejemplo se dice que alguien “deja de respirar” cuando espera que algo suceda. Una variedad de

observaciones están relacionadas a diferentes sentimientos y cómo afectan nuestra respiración. Por ejemplo es bien sabido que la ansiedad, la ira y el resentimiento a menudo resultan en un ritmo respiratorio más alto o menor profundidad de respiración y en suspiros. Cuando uno está triste o abatido, a veces ocurre un ritmo respiratorio menor y profundidad menor en respiración. La respiración irregular está asociada con la ira, el miedo, la culpa, y la tristeza. Es bien sabido que para alguien que está en duelo a menudo los pulmones son afectados, en el sentido que hay suspiros y tensión en la respiración, como si fuera difícil controlar las emociones.

La ira y los sentimientos reprimidos de frustración y resentimiento deben ser expresados de manera constructiva; si no lo son, el resultado puede ser una liberación destructiva que incluye actos violentos. Así las enfermeras necesitan comprender las complejas dimensiones de esta necesidad y la fuerte asociación entre la descarga emocional y la ventilación biofísica para el sistema corazón-pulmón del cuerpo.

SIGNIFICADO DE LA NECESIDAD DE VENTILACIÓN PARA LA ENFERMERÍA CÁRITAS

- La necesidad de ventilación abarca los sistemas respiratorio y circulatorio, la necesidad de ventilar sentimientos, y normas socioculturales para la liberación de emociones; está asociada con la anatomía energética del área del corazón así como los pulmones y sistema respiratorio.
- La práctica del cuidado necesita ver esta necesidad dentro de un contexto que incluye las percepciones de la persona, los patrones para el duelo, las normas socioculturales, el estilo de vida, así como patrones energéticos y demandas genéticas y fisiológicas de su sistema biofísico.
- La capacidad de manejar emociones y sentimientos es un elemento clave en mantener la salud y el bienestar; así como el oxígeno, el aire limpio y un sistema respiratorio-circulatorio sano son necesarios para la supervivencia, así la necesidad de expresar y ventilar pensamientos y sentimientos.

- Además del Factor Carativo 9 original relacionado con la asistencia de las necesidades humanas, esta necesidad específica está muy asociada con el FC/PC 5: promoción y aceptación de los sentimientos positivos y negativos. Además, el Proceso Cáritas 1: práctica de amor-bondad y ecuanimidad es una práctica fundamental para la salud de la propia enfermera, que se puede transferir directamente a una modalidad de cuidado-sanación de trabajo de respiración, relajación y así sucesivamente, para mejorar la ventilación saludable para los pacientes.
- Al cultivar las prácticas saludables de respiración-trabajo para el ser, así asistimos a otros a comprender la profundidad de esta necesidad básica y su influencia en la persona completa.

NECESIDAD HUMANA DE ACTIVIDAD-INACTIVIDAD

Las preguntas principales para nosotros... son: ¿Estamos haciendo un trabajo que sirve a otros o que genera un legado significativo? Si no, ¿por qué no? ¿Qué queremos contribuir a este mundo? A medida que reconocemos nuestros intereses y pasiones en el trabajo y el servicio... somos guiados, en palabras de Rumi, el poeta persa, a “Dejar que la belleza de lo que amamos sea [la belleza] de lo que hacemos”.

ANGELES ARRIEN (2005:111)

La necesidad de actividad-inactividad de una persona es fundamental y central en la vida, ya que afecta la capacidad de moverse e interactuar con su entorno y de controlar los ambientes propios internos y externos. La actividad y el trabajo significativo y el servicio a través de la actividad brindan satisfacción y propósito a la vida. Así como todas las necesidades humanas son holográficas y cada una afecta a las otras, la necesidad propia de actividad-inactividad afecta la capacidad de libre expresión. El movimiento y la actividad son canales para la expresión de un amplio rango de emociones y capacidades en el mundo, que afectan la conducta propia, el estilo de vida, comunicación,

trabajo, servicio y así sucesivamente.

Esta necesidad de actividad-inactividad está conectada de forma energética y metafórica/metafísica con estar “aterrizado” en el plano terrenal, en el sentido que abarca el cuerpo físico y el soporte. Incluye la espina dorsal, las piernas y pies, que están conectados con la capacidad propia de satisfacer las necesidades de la vida: la capacidad de “ponerse de pie” por uno mismo. Además esta necesidad está físicamente asociada con los sistemas muscular y esquelético.

En alineación, esta necesidad de actividad-inactividad contribuye de forma física y energética a la capacidad propia de confiar la vida, de ver patrones mayores relacionados a los valores, la ética, la valentía, y la nobleza más allá del ser (Myss 1996).

La integración de esta necesidad básica está ligada al desarrollo personal, aprender a tomar decisiones y tomar responsabilidad por las acciones propias en el mundo que van más allá de la mentalidad de grupo. En otras palabras, está vinculada a la madurez de “estar en tu lugar” metafórica y metafísica en el mundo propio, con acciones, creencias, valentía, fuerza e integridad coherentes.

La actividad-inactividad en el nivel biológico canaliza la energía de forma constructivamente para la eficacia, la madurez, novedad, dominio, competencia, y variedad. En la actividad-inactividad, la necesidad de relajación, sueño, descanso, lectura, meditación, y así sucesivamente, reabastece la fuente y almacén de energía de la persona. Tanto la actividad como la inactividad son cruciales para la existencia humana, y el gasto de energía en formas que son nutrientes, satisfactorias, significativas, y así sucesivamente, es una consideración importante. Uno quiere estar consciente de cómo usa la energía vital; se puede canalizar de maneras que restauran y reabastecen, nutriendo el ser. Sin embargo si no se pone atención, uno puede desviar la energía vital a actividades que no son significativas o constructivas para el

bienestar.

Tanto la acción como la inacción son importantes para balancear la energía propia con el entorno. Así como inhalar y exhalar, expandirse y contraerse se balancean con los ejercicios de respiración, también es necesaria la relación correcta de trabajo-juego, acción-inacción.

La enfermera a menudo se encuentra en una situación de cuidado en que también se pueden observar, alterar y mejorar los cambios en los niveles de actividad-inactividad de la persona. La mayoría de las intervenciones en esta área se encuentran dentro del dominio de prácticas profesionales y juicios clínicos autónomos de la enfermera. Los cambios en esta necesidad se integran al plan de cuidado del paciente, ya que afectan la sanación, balance, duelo y balance de energía de la persona. Siempre que alguien está enfermo, débil u hospitalizado, hay cambios en esta necesidad. Incluso si la anterior tolerancia de la persona a la actividad fuera alta, el participar en la misma actividad en el hospital puede requerir más energía.

A veces el paciente y la enfermera tienen diferentes percepciones sobre la medida del cambio de actividad que es necesaria para promover la autorregulación, salud y sanación. A veces los adultos y los niños llegan a extremos para demostrarse a sí mismos y a otros que son normales y que esta necesidad no es afectada por un diagnóstico o condición dada. Por ejemplo, un amigo que tenía cardiopatía coronaria crónica insistía en jugar tenis vigorosamente y continuaba esquiando casi a diario, aunque estaba al tanto de su diagnóstico y de la amenaza que representaba a sus actividades deportivas usuales. De hecho, quería conscientemente vivir la vida al máximo, incluso con la amenaza de ataque cardíaco y muerte, que es lo que hizo por cuanto tiempo pudo. Con el tiempo llegó a morir de un ataque al corazón, pero fue como si eligiera su modo de muerte y su estilo de vivir más allá de las recomendaciones de los profesionales de la salud. Así esta necesidad, junto con otras, está ligada con el libre albedrío y la conducta de los pacientes individuales como

su sentido de vida y muerte. El cómo vivir una buena vida sin restringirse es una decisión filosófica, espiritual y de realidad para cada persona, incluso a riesgo de muerte repentina.

Cualquier cambio en el nivel de actividad de una persona necesita un cambio en la percepción de la tolerancia del cuerpo a la actividad-inactividad. Las decisiones son en última instancia selecciones de libre voluntad a nombre de cada persona. Los profesionales de la salud pueden hacer recomendaciones, educar, entrenar e incluso asistir físicamente con esta necesidad básica, en especial cuando la persona es dependiente y está pasando por hospitalización, incapacitación, etcétera, pero el nivel de actividad-inactividad no puede ser impuesto o mandado para otra persona. Sin embargo, la enfermera puede trabajar con la persona dentro del contexto de la relación de cuidado y un enfoque creativo de resolución de problemas para ayudar a otros a tomar decisiones informadas para el autocontrol, autoconocimiento y los actos y opciones de sanación. La Enfermera Cáritas busca identificar y desarrollar con la persona los recursos, ideas, objetos y actos que son más útiles para cumplir esta necesidad.

Así como el autocontrol sobre la vida y acciones propias es crucial al ser y propósito de vida, cuando se altera el nivel de actividad de la persona, se afecta la autovalía propia. Los cambios a veces son sutiles y pueden pasarse por alto, ya que son de naturaleza tanto objetiva como subjetiva. Estos efectos pueden ser reales en el plano existencial-espiritual así como en el experiencial, afectando al propio ser en el mundo. Los cambios sutiles y existenciales de la experiencia en la cama de hospital están capturados en “Psicología de la cama de hospital” de J. H. van den Berg:

Tras un sueño agitado y sin descanso, despierto en la mañana, sin sentirme muy bien. Sin embargo, salgo de la cama con la intención de iniciar el día de la forma usual. Pero pronto noto que no puedo. Tengo dolor de cabeza; me siento mal. Noto una urgencia incontrolable de vomitar y me considero tan incapaz de enfrentar el día que me convengo a mí mismo que estoy enfermo. Vuelvo a la cama que acabo de abandonar con

toda la intención de permanecer ahí un rato. El termómetro muestra que mi decisión no ha sido irracional. La precavida pregunta de mi mujer sobre si me gustaría desayunar algo da mayor claridad a la razón. Realmente estoy enfermo. Renuncio a mi café y pan tostado, renuncio a todo lo que el día ha de traer, a todos los planes y los deberes. Y para probar que estoy abandonando estas cosas por completo, volteo al muro, me anido en mi cama, lo que me garantiza un bienestar comparable, por su tibia invitación a la pasividad, y cierro mis ojos. Pero encuentro que no puedo dormir.

Luego, de forma lenta pero segura, se establece un cambio, característico de la cama del enfermo. Oigo que el día comienza. Desde el piso de abajo se oyen los sonidos de las actividades domésticas penetrar a la habitación. Se llama a los niños a desayunar. Las voces fuertes y apresuradas son evidencia del hecho que sus propietarios tienen que ir a la escuela en pocos minutos. Se tiene que encontrar un pañuelo, y y una mochila. Piernas jóvenes y rápidas suben y bajan las escaleras corriendo. Qué familiares, y al mismo tiempo, qué extrañas son las cosas; qué cerca y al mismo tiempo qué lejos están. Lo que estoy oyendo es el inicio de mi existencia diaria, con esta diferencia, empero, que ahora no tengo función en ella. De alguna manera todavía pertenezco por completo a lo que ocurre bajando las escaleras, tomo una porción de los ruidos que oigo, pero al mismo tiempo todo me pasa de lado, todo pasa a una gran distancia. “¿Papi está enfermo?” llama una voz; incluso tan temprano, ha dejado de considerar si puedo oírla. “Sí, pPapi está enfermo”. Un momento después se abre la puerta y vienen a decir adiós. Permanecen igual de remotos. La distancia que medí en los sonidos del piso de abajo aparece mayor, si eso es posible, ahora que están junto a mi cama, con sus limpios rostros frescos y gestos vivarachos. Todo sobre ellos indica el día normal saludable, el día de trabajo y juego, de calle y escuela. El día fuera de la casa, en que “fuera” ha adquirido para mí un nuevo sentido especial, un sentido que enfatiza mi exclusión.

Oigo que el día ha comenzado afuera en la calle. Se hace oír; los autos arrancan y suenan sus cláxones; los chicos se gritan entre sí. No he oído el sonido de la calle así por años, desde una distancia tan enorme. Suena el timbre de la puerta; es el lechero, el cartero, o un conocido; quien sea que sea, no tengo nada que ver con él. Suena el teléfono; por un momento

trato de estar lo bastante interesado para escuchar, pero de nuevo me someto al conocimiento inevitable, reconfortante, pero al mismo tiempo levemente decepcionante que tengo que renunciar a todo. He dejado de pertenecer; no tengo parte en eso.

El mundo se ha encogido al tamaño de mi habitación, o más bien, de mi cama. Incluso si pongo un pie en el suelo parece que estoy entrando a una terra incognita. Ir al baño es una excursión hostil y levemente irreal. Con la sensación de llegar a casa, echo las sábanas sobre mí. El horizonte se reduce al borde de mi cama, e incluso esta cama no es completamente mi dominio. Aparte de donde estoy echado, es fría e incómoda, la almohada solo me da la bienvenida donde mi cabeza la toca. Cada movimiento es una pequeña conquista...

Cambio del futuro y el pasado

El papel tapiz que solo había notado vagamente, si es que alguna vez lo miré, tiene que ser dolorosamente analizado en líneas, puntos, figuras grandes y pequeñas. Siento inclinación de examinar el patrón simétrico, y verlo en caricaturas inmensamente agrandadas. Interpretaciones desesperadas y de pesadilla se tienden sobre mí, en particular cuando tengo fiebre. Y siento que me estoy volviendo loco cuando encuentro un punto que no se puede hacer caber en la estructura que me tomó tantos dolores evolucionar.

Después de unos cuantos días empiezo a odiar la pintura al óleo en la pared. Para este tiempo he adquirido una cierta libertad para cambiar las caricaturas del papel tapiz, puedo cambiar la configuración que cree por otra cuando estoy aburrido. Pero las figuras en la pintura, la gente, los animales, las casas y los árboles, se resisten a todo intento en esta dirección. El cazador, a punto de disparar al pato en vuelo, sigue apuntando sin movimiento, mientras he juzgado sus posibilidades de acertar un centenar de veces. Y el pato, que probablemente lograría llegar a un lugar para ocultarse si fuera lo bastante rápido, desafía todos los peligros a medida que flota cómodamente en el paisaje donde el sol olvida las leyes de la cosmografía en un ocaso eterno. “¡Ay, por favor, apúrate!”, le digo, exasperado, e incluso si me divierten mis propias palabras, le pido al siguiente visitante que tenga la amabilidad de volver la pintura a la pared o quitarla de plano.

El llamado de las cosas

Al notar mis ropas, colando sobre la silla al pie de mi cama, me doy cuenta con una nueva claridad que el horizonte de mi existencia se ha estrechado. Es que la chaqueta, la camisa y corbata, pertenecen al mundo exterior. Me veo a mí mismo bajando las escaleras, yendo a trabajar, recibiendo invitados. Ciertamente soy ese hombre, pero al mismo tiempo, he cesado de ser él. Las ropas son completamente familiares y están muy cerca, pero aun así es igual de cierto que pertenecen a un mundo que ya no me pertenece. Siento una vaga simpatía por estas ropas, lo que me recuerda, con tacto, de mi existencia saludable, que debió haber tenido su valor. Sin embargo me siento complacido cuando manos cuidadosas cambian mi habitación a una propia habitación de enfermo y mis ropas son guardadas en el ropero. Y es que no importa cuánto tacto tenga el recordatorio, no me gusta que me lo recuerden, en lo absoluto. Después de todo, no puedo y no seré puesto en efecto, de todos modos.

Si soy sensible de esta manera, si poseo el notable sentido que permite a las personas comprender el lenguaje de los objetos inanimados, el descubrimiento de mis zapatos es particularmente revelador, incluso si encuentro difícil poner en palabras lo que tienen que decir esos zapatos, con sus rostros silenciosos, pero expresivos. En su famoso diario [Journal II, 1935-1939 (Paris: Plon, 1939), 232], Julian Green llamó nuestra atención al hecho que son nuestro sombrero y zapatos los objetos más personales de nuestra ropa. Ninguna prenda de nuestra ropa es completamente anónima, todas son parte de nosotros mismos de alguna forma, una piel adicional, la piel que elegimos mostrar a otros y la que nosotros mismos queremos ver. Elegimos nuestros diferentes artículos de vestir teniendo en mente esto que queremos mostrar y ver.

Un hombre no tiene mucha elección en este respecto. Un traje es un traje; los colores pueden variar un poco, el material y el corte pueden depender de la cantidad de dinero que se pueda costear o que esté dispuesto a gastar. Pero esta es toda la variedad a su disposición. Un hombre que se respete a sí mismo se compra una camisa que apenas es distinta de aquella que usa su vecino o colega. En el tema de las corbatas estamos menos restringidos. El vendedor nos muestra un arcoíris de colores y un abanico de diseños. Una corbata

puede ser una cosa muy personal. Esta es la razón por qué no nos agrada precisamente el que otro hombre use la misma corbata; parece como si conociéramos un atributo de nosotros mismos que se hubiera apropiado ilícitamente.

Entonces está el sombrero. Incluso para los hombres las variedades en colores, formas, consistencia, vello y practicidad son casi inagotables. Se torna incluso más personal cuando la primera novedad se ha gastado. El sombrero adquiere mellas y pliegues; el borde se pandea, se ondea. Estas cosas son todas firmas del usuario y cómo concibe las cosas, su forma de vida. Existen sombreros que lloran, sombreros orgullosos, provocativos, sombríos, torturados. Y así como nos dicen algo de sus dueños respectivos, ciertamente tienen algo que decirnos sobre sus mismos usuarios. ¿Será que el propietario del sombrero sombrío no se sienta conmovido de cierta forma cuando vea su sombrero colgado entre miembros más felices de su especie?

También los zapatos forman una parte muy personal de nuestra ropa. Además de eso, disfrutan del privilegio extraordinario de tener rostros. Algunos zapatos se sacuden de risa, otros miran en silencio a una vaga distancia; otros nos miran llenos de reproche. En una tienda todavía no podemos ver esas cosas; en su distintiva neutralidad hacen que sea difícil escoger. Pero solo tenemos que usar nuestras nuevas adquisiciones unas cuantas semanas y la personalidad está ahí. Como resultado sus rostros no son distintos de aquellos de sus compañeros de ropero. Después de todo, son una sola familia. Nuestros zapatos constituyen nuestro contacto con la tierra; pisan en carriles rurales y calles en la ciudad. Su ruta es el recorrido de nuestra vida. Ahora están esperándonos, ahí, junto a la cama, una invitación silenciosa pero fútil. Los rostros con que me miran explican completamente mi condición; ya no pertenezco a la vida que sin embargo sigue siendo mía; mi calle, mi camino, yace fuera del horizonte de mi existencia.

(REIMPRESO DE J. H. VAN DEN BERG, PSYCHOLOGY OF THE SICKBED [1996]: 23-35, CON AUTORIZACIÓN DE DUQUESNE UNIVERSITY PRESS)

La experiencia existencial de Van den Berg nos ayuda a abarcar la experiencia subjetiva de una persona que sufre un cambio en nivel de actividad como resultado de una enfermedad repentina. Un cambio en la actividad interfiere con la capacidad de una persona de cumplir necesidades básicas de participar en experiencias y actividades de vida cotidiana que se toman por descontado. Dicha comprensión existencial de la transformación que ocurre cuando se restringe la actividad de una persona y a su vez es confinada que provoca un punto de vista muy reflexivo, si no es que contemplativo, del mundo, en el que todo es más grande y más agudo. Nightingale escribió sobre la importancia que la enfermera esté al tanto y atenta a estímulos nocivos pequeños como el ruido, los olores, y así sucesivamente, aquellas fuerzas que presionan en alguien. Cuando los sentidos experimentales-subjetivos propios son confinados a la habitación de hospital y son aumentados por la intensidad de todo lo que se hace más lento, todo se enfoca de forma más vívida al grado que las cosas más pequeñas comienzan a adquirir mayor significado.

Dichos cambios conducen a la necesidad de ayuda de otra persona, una vulnerabilidad subjetiva y realista de tener que ser dependiente de alguien más para cumplir con el funcionamiento más básico requerido para avanzar en el día. Cuando ocurren estos cambios, es probable que la persona se torne más ocupada con la satisfacción de sus necesidades y posiblemente las imponga a otros de una forma vergonzosa. Así la necesidad de actividad-inactividad es existencial, compleja y a menudo cuando se altera es confusa.

En realidad una persona está integrada a una relación con su entorno, con la naturaleza; con “la belleza del bosque, con el mar, la luz, el cielo” (Martinsen 2006:136), las montañas. Con respecto a la necesidad de actividad-inactividad, uno está conectado no solo a la naturaleza sino también al lugar, incluyendo el espacio arquitectónico y los aditamentos que rodean al individuo, en especial cuando se considera la cama de hospital. La filosofía de vida de Martinsen (2006) reconoce la totalidad que

rodea y que empapa al ser. Se presenta así (tomado de Martinsen 2006:136, en referencia a Bjerg 2002:50):

Uno yace enfermo en la cama y se siente excluido de todo, encerrado, preso en esta habitación restringida. Luego uno le pide a alguien presente que abra la cortina un poco al lado, y afuera se encuentran las azules e infinitas profundidades del cielo, cuyas olas de luz no tienen costa, sino que empapan a todo donde se abre la habitación, hacia el corazón, si está abierto, y devuelven a esas profundidades todo el anhelo encerrado, unificando todo lo singular enfermo con el Todo eterno.

Así como Martinsen señala, cuando esto ocurre la habitación de hospital se abre a las profundidades infinitas del cielo, y cuando se abre el corazón, el anhelo es liberado de su prisión. Así cuando hay algo que anhelar, y en este anhelo hay esperanza, – el anhelo de plenitud de vida, el sentimiento de estar vivo, distinto a estar inmóvil, atado. A medida que esta conciencia se filtra hacia nuestro punto de vista y comprensión de la inactividad-actividad, podemos honrar que el ser humano está integrado a la naturaleza, lugar, arquitectura, la habitación (Martinsen 2006:137) y el universo más amplio de la totalidad. Cuando la persona enferma, inactiva, inmóvil está cerrada y presa en la cama de hospital, el anhelo y la esperanza a veces no entran; así uno se enferma más.

Cuando la habitación de hospital y el humano en la habitación, quien está enfermo e inmóvil, se tornan hacia el exterior, a la naturaleza y el cielo, se abre una nueva unidad de relación con la naturaleza, lugar, arquitectura, la habitación, e incluso el universo mayor, para el paciente. “El humano está unificado al todo y la sanación se encontrará en esta unión” (Martinsen 2006:137).

Así como la actividad balanceada es esencial para la vida, así lo es la inactividad. Nuestros cuerpos tienen un patrón biorrímico que se autosostien y sostiene la energía vital. Nuestro nivel de actividad-inactividad afecta nuestra

eficiencia y Ser en el mundo y así es integral al resto de las necesidades y experiencias.

Aunque la actividad y la inactividad existen en un continuo de utilización de energía, tienen un patrón biorrímico que se autosostiene. Existen ritmos exógenos, que dependen del entorno externo (ej. variación estacional, ciclos lunares, ciclos de día y noche). Los ritmos exógenos ayudan a lograr un balance interno con los estímulos externos. Existen también ritmos endógenos, que son regulaciones internas. Estos ritmos generalmente funcionan en armonía, pero los cambios en un ciclo afectan al otro y no necesariamente se sincronizan. La alternancia de los estados de sueño y vigilia es el patrón más obvio de biorritmos que afecta tanto los niveles de actividad como de inactividad. Existe mucha controversia y conflicto entre las enfermeras que trabajan periodos de doce horas y que cambian entre horas de día y de noche para trabajar. Los biorritmos que afectan los niveles de alerta, fatiga, patrones sociales, procesos de pensamiento, irritabilidad y así sucesivamente, se manifiestan en una alteración del campo energético. La actividad ocurre durante el periodo usual de vigilia de una persona. El estado de vigilia proporciona la mayor oportunidad para la toma de decisiones y actividad física. El estado de sueño provee del descanso y restauración necesaria para permanecer en armonía con los ritmos internos y externos del balance energético.

Así como la actividad es crucial para el Ser-en-el-mundo, así lo es la inactividad; el sueño y el descanso. La inactividad ayuda a que uno conserve y reabastezca su energía. Ayuda a equilibrar el gasto y renovación de la fuente de energía. Sin embargo, el sueño, que es esencial para la conservación y renovación de energía, no es pasivo. Es paradójico que durante el sueño los músculos están profundamente relajados mientras que aumenta la actividad cerebral, generalmente con un aumento en signos vitales.

Este aumento en actividad cortical y signos vitales está asociado con los estados del sueño, aunque todavía se desconoce

la función exacta de los sueños. Existen varias teorías para explicar los sueños, pero nada en la investigación ha validado el hecho de que los sueños tienen una función de restauración mental; ciertas investigaciones indican que es una conexión al ser más elevado, lo inconsciente, la sabiduría interior, la guía espiritual, y así sucesivamente.

El punto más importante aquí es que los sueños y el dormir son cruciales para el bienestar. La hospitalización y los regímenes de enfermedad que inducen la interrupción del sueño conducen a la privación del sueño, a ritmos alterados de descanso-actividad y uso no constructivo del sueño, lo que altera los biorritmos.

El uso de pastillas para dormir para tratar la privación de sueño a menudo afecta el soñar al dormir y afecta el patrón de sueño, acompañado de pesadillas y sueños vívidos que son agotadores, que resultan en fatiga al despertar, en lugar de sentirse restaurado. El uso de medicamentos para ayudar a dormir afecta la calidad del sueño, en especial en relación con funciones psicológicas y cognitivas. La investigación está en curso y es necesaria en esta área para asistir a la enfermería, al conocimiento científico y psicológico relevante a esta necesidad básica.

El trabajo es amor hecho visible.

KAHLIL GIBRAN

SIGNIFICADO DE LA NECESIDAD DE ACTIVIDAD-INACTIVIDAD PARA LA ENFERMERÍA CÁRITAS

- La necesidad de actividad-inactividad es una necesidad humana que afecta a todas las personas y experiencias y eventos en que está involucrada la enfermera.
- Esta necesidad provee maduración, dominio, competencia, variedad, relajación y restauración.
- La inhibición de esta necesidad puede frustrar otras necesidades humanas y causar el dominio de necesi-

- dades de orden inferior.
- Las necesidades más básicas requieren atención para evitar la usurpación de energía, permitiendo una realización más plena de otras necesidades de consciencia más elevada relativas a la expresión creativa, afiliación, auto-reautorrealización, y así sucesivamente.
 - Los cambios de salud y tratamiento relacionados con la enfermedad, el trauma y las crisis frecuentemente necesitan un cambio en el nivel de actividad. Cualquier cambio en la actividad es una experiencia subjetiva así como externa; se puede entender mejor desde una visión del mundo subjetiva interior de la persona que experimenta, no solo por observaciones externas.
 - La psicología involucrada en afectar positivamente la inactividad de la cama de hospital es abrir la habitación a las profundidades infinitas de la naturaleza, lugar, arquitectura, mobiliario y la habitación misma, relacionada al universo mayor que ayuda a abrir el corazón humano para ser liberado de prisión; abrir el anhelo profundo de esperanza, de sentirse vivo contra sentirse atado, de tornar al exterior en vez de al interior (Martinsen 2006).
 - La práctica del cuidado incluye ayudar a otro a canalizar y balancear constructivamente la energía entre del descanso, el sueño y la actividad.
 - La investigación sobre el sueño es importante para la enfermería y el cuidado, en el sentido que la alteración en los patrones del sueño afectan al ser-en-el-mundo y la capacidad de tener un equilibrio biorrítmico, así como la restauración necesaria que viene del sueño profundo.
 - El enfoque de la Ciencia del Cuidado requiere investigación y desarrollo continuos en esta área; requiere la utilización del conocimiento disponible relacionado a esta necesidad al mismo tiempo que se forma el conocimiento para cumplir con las necesidades de la persona individual.
 - Finalmente, además de atender el original Factor Carativo 9: asistencia con las necesidades humanas, esta

necesidad específica está muy asociada con el Factor Carativo/*Proceso Cáritas 6*: uso de proceso de cuidado creativo de resolución de problemas, y el *Proceso Cáritas 8*: creación de un entorno de sanación para lo físico y espiritual; preservación de la dignidad humana.

NECESIDAD HUMANA DE SEXUALIDAD/CREATIVIDAD/INTIMIDAD/AMOR

Sagrada carne...

Sacramento de identidad; honra el amor, y la pasión que

Nos trajo a todos

Al mundo

ANÓNIMO (EN ANGELES ARRIEN 2005:71)

Esta necesidad está cargada de sensibilidad simbólica, emocional, espiritual y cultural, pero es una de las necesidades de expresión más bella, en el sentido que nuestra sexualidad define nuestra identidad y es una expresión de nuestro mismo ser. Nuestra sexualidad representa energía y poder puros; esta refleja la necesidad de una unión íntima con otra persona con quien podemos producir y sostener vida. Esta necesidad nos invita a “alinear nuestra sexualidad y sensualidad con un profundo compromiso a la vulnerabilidad, intimidad, e integridad emocional, de manera que podamos expresar plenamente el amor que está en nuestros corazones” (Arrien 2005:75).

En un modelo energético arquetípico, la necesidad de la sexualidad se considera asociada con la región energética pélvica baja de nuestro antiguo sistema energético. Dentro del modelo antiguo del sistema energético del cuerpo, esta fuente de energía sexual está conectada al cuerpo físico por medio de los órganos sexuales, el intestino grueso, las vértebras inferiores, la pelvis, área de la cadera, apéndice y vejiga. Este nivel de energía arquetípica es lo que nos ancla en el cuerpo físico e incluye no solo los instintos y necesidades basales de comida y fluido y eliminación sino también la sexualidad humana.

La sexualidad humana incluye el nacimiento de nuevas ideas, la creatividad y la autoexpresión en muchos niveles. Esta necesidad está energéticamente relacionada no solo a nuestras formas de expresividad del ser humano, individuales interiores y exteriores sino también a nuestra relación con el ser y nuestras formas de relacionarnos con otros. Además esta necesidad está asociada con nuestra necesidad de controlar la dinámica de nuestro entorno físico (Myss 1996). También está asociada con el poder, la autoridad y el dinero, así como con fuerzas físicas, ambientales y biológicas.

Dicha energía arquetípica nos permite generar un sentido de identidad personal y límites protectores con nuestro mundo externo. Es la energía de la autosuficiencia, nuestra supervivencia para estar-en-el-mundo sin tener que “vendernos” (Myss 1996:130).

El tener una pareja o compañero de vida incluye formar una unión con una persona del mismo sexo así como tener una relación heterogénea. La necesidad de expresión sexual incorpora la creatividad, la necesidad de contribuir al continuo de vida. Existe la necesidad expresa de sembrar semillas de vida, generar materia de energía, de la potencialidad. Simbólicamente esta necesidad representa nuestra necesidad de formar uniones sagradas con otros seres humanos, de donde proviene la continuación de la vida (Myss 1996).

La necesidad de expresión sexual está presente en todos los aspectos del ser, más allá del acto físico, sexual del coito. Sin embargo, los mensajes baratos de los medios de comunicación y la publicidad promueven el “sexo” como una mercancía para comprar y vender, que se exhibe y que se representa, separado de todo contexto de amor emocional-íntimo. Esta asociación de “sexo” con objeto es denigrante y en última instancia insatisfactoria para el ser y el otro.

Nosotros violamos nuestros espíritus cuando fallamos en honrar nuestra relación y nuestros votos a otros tras haber establecido una unión sagrada (Myss 1996). Sin embargo esto

no quiere decir que las situaciones, elecciones y circunstancias puedan requerir que reconsideremos nuestros pactos; la discordia, la infidelidad, el divorcio y la separación pueden y de hecho ocurren. Como lo dijo Myss (1996:82): “El acto del divorcio [y otras disoluciones] en sí mismo no es deshonorables, pero debemos estar conscientes sobre la manera en que nos conducimos durante el proceso” de hacer un voto a otra persona, ya sea en matrimonio como de otros modos.

Esta comprensión de la dinámica de esta necesidad no quiere decir que las experiencias, exploración y experimentación sexuales no ocurren y no ocurrirán separadas de una relación significativa. Es parte del aprendizaje de uno mismo y de la aceptación de los sentimientos que uno tiene a un nivel biológico muy básico. El desafío a lo largo de toda la vida es honrar y celebrar la sexualidad y sentimientos eróticos propios dentro del contexto de una relación segura, amorosa, honrosa e íntima.

Quizás el mayor desafío con respecto a nuestra sexualidad y las necesidades sexuales es aprender cómo honrar el ser y todo el ser propio al mismo tiempo que se acepta la vulnerabilidad, permitiéndose ser vulnerable con otro en quien se confía, y cultivar una relación y unión amorosa y respetuosa con un ser amado.

Sin embargo un contexto y experiencia amorosa, segura e íntima puede ser difícil de encontrar y sostener sin trabajo de crecimiento personal y de autorrelación. La capacidad de establecer una relación sexual amorosa, íntima y de confianza está asociada con las relaciones de confianza tempranas con los padres. Una relación sexual madura es una que permite que se tomen riesgos en las áreas de la vulnerabilidad y la intimidad y el amor mismo.

De hecho, el experimentar la sexualidad propia y el participar en una relación sexual madura con otra persona incluye la capacidad de arriesgar sin ser lastimado y rechazado –incluyendo el no ser amado o deseado en una relación sexual –sin ser destruido de forma emocional o psíquica. También

incluye el ser capaz de dar y recibir, no participar pasivamente mientras se espera que otro sea responsable de tus necesidades y plenitud.

El aprender a reconocer y celebrar nuestra sexualidad y necesidades sexuales es parte de la creatividad de nuestra fuerza vital y la vida misma. Es parte de aprender a vivir dentro del cuerpo que tenemos; aceptarlo, amarlo y apreciarlo, con todas sus fragilidades humanas y condiciones que nos hacen humanos. Esta fuerza vital está relacionada a la autoexpresión, creatividad, y el nacimiento de ideas y proyectos, ayudando a conectarnos con honrar y aceptar nuestros propios cuerpos y demandas físicas así como nuestras necesidades eróticas y sensuales.

La expresión sexual está ligada al placer y nos permite disfrutar la experiencia plena del contacto y liberación humana. Puede ser tanto liberadora como amorosa. Cuando se explora y experimenta sin vergüenza, la energía pura del erotismo puede “elear el cuerpo y espíritu humano a sensaciones de éxtasis, incluso produciendo estados alterados de consciencia, en ocasiones” (Myss 1996:143). Así esta necesidad humana básica es una que hay que honrar y celebrar, no oprimir o ignorar. El asistir a otros a honrar esta necesidad básica puede ser en sí mismo un acto de sanación, ayudar al ser y a otros a morar en todos los aspectos de la condición humana con alta consideración, respeto, incluso asombro. Como tal, abre avenidas para niveles más profundos de confianza, relación, apertura y cuidado tanto para el ser como para el otro.

SIGNIFICADO DE LA NECESIDAD DE SEXUALIDAD EN LA ENFERMERÍA CÁRITAS

- Toda la persona es expresada por medio de la sexualidad; la sexualidad no es separada de la persona completa, la personalidad, o la auto-autoexpresión. Es importante honrar su expresión así como evaluar esta necesidad, junto con otras necesidades humanas, para ayudar a la persona a estar-en-la-relación-correcta con el ser y otros.

- La necesidad de sexualidad es interdependiente del desarrollo psicológico-social así como valores, creencias y prácticas religiosas y socioculturales.
- La gratificación y satisfacción sexual están relacionadas a la confianza de un hombre o de una mujer y al placer en su auto-autoconcepto y masculinidad o feminidad.
- La satisfacción sexual culmina y crece a lo largo de la vida a medida que uno puede entrar y sostener una relación íntima amorosa con otra persona.
- La esencia de la sexualidad propia es evidenciada en cómo uno se relaciona con el ser y con el otro; la necesidad sexual y la expresión sexual están entrelazadas con el trabajo, juego y fuerza vital de la persona.
- En la cultura y medios de comunicación contemporáneos se establecen normas y mitos sobre el sexo que son contradictorios y a menudo extremos. Los dos códigos sexuales que se consideran universales son (1) la expectativa y derecho que ocurran las relaciones sexuales entre compañeros amados/casados y (2) la prohibición contra relaciones incestuosas entre padres e hijos y entre hermanos.
- La conducta sexual se convierte en un asunto preocupante para personas o grupos cuando viole o esté en conflicto con expectativas y valores socioculturales atesorados.
- Los mitos y estereotipos sexuales, junto con la compleja interacción de genes y los medios fisiológico-psicológico y ambiental, afectan las fuerzas internas y externas que abarcan la identidad sexual, la expresión sexual y las llamadas diferencias de género entre masculino y femenino.
- La expresión de la sexualidad no se puede generalizar por diferencias anatómicas entre hombres y mujeres; por lo tanto, la necesidad sexual y su expresión única son quizá mejor comprendidas como un Gestalt de la persona completa.
- La sexualidad y su expresión son prominentes en todas las etapas de crecimiento y prosperidad humanas. La Enfermera Cáritas a menudo es una persona clave que puede proporcionar apoyo, confianza, comprensión, información, guía y asistencia con sentimientos conflictivos, problemas y asuntos relacionados con la intimidad, los anticonceptivos,

el embarazo, la paternidad y así sucesivamente, incluyendo la educación y los estereotipos relacionados con cambios en salud-enfermedad, edad y temas similares.

- La Filosofía y Ciencia del Cuidado requiere estudio, investigación y especialización adicional en esta área para contribuir con el conocimiento en evolución respecto a la asistencia con esta necesidad humana básica.
- Además del Factor Carativo relacionado con la asistencia con necesidades básicas en general, otros Factores Carativos/Procesos Cáritas relacionados a esta necesidad específica incluyen el número 4: desarrollar y sostener una relación auténtica de ayuda-confianza-cuidado; 6: uso de resolución de problemas creativa; y 7: enseñanza-aprendizaje individualizado.

NECESIDAD HUMANA DE LOGRO: EXPRESIVIDAD, TRABAJO, Y CONTRIBUCIÓN MÁS ALLÁ DEL SER

Todos tienen un anhelo en cierto nivel de participar en una vida con un sentido de eficiencia, trabajo, satisfacción y logros expresivos que contribuye al bien mayor, más allá del ser. Este anhelo es una necesidad humana básica, y la capacidad y oportunidad de lograrlo contribuye a la autoestima y la autorrealización. Esta necesidad está asociada con un estándar interno autodefinido de excelencia que proviene de dentro, más que de fuera. Así, para evaluar esta necesidad uno tiene que trabajar desde el marco de referencia del otro con respecto a los estándares y definiciones de excelencia y logro. Lo que para una persona puede ser el logro puede no ser igual para otro. Los resultados de esta expresividad y logro son la autoaprobación, y un nivel de competencia y logro que satisface al ser. Por supuesto, indirectamente los logros propios nos ganan la aprobación y reconocimiento de otros; dicha interacción con otros contribuye a las gracias, aprobación y reconocimiento sociales del mundo externo del sentido propio interno de satisfacción. Sin embargo, si la meta propia es el logro en el mundo exterior a costa de lo que es internamente significativo, existe una disonancia y un sentido de falta de sentido relacionado a nuestros logros del mundo exterior. Sin una motivación interna para la autoexpresión, la necesidad de logro se distorsiona o se desvía,

conduciendo a la insatisfacción, disonancia, incluso el hastío, en el sentido que no existe un ancla interna para evaluar el significado si es motivado únicamente por fuerzas externas. Existe una motivación innata por la competencia conductual, la direccionalidad y la lucha con propósito en la vida propia. La necesidad es guiada por expectativas realistas congruentes con los talentos, dones y habilidades propias, así como con un nivel de maduración y preparación.

La gratificación de esta necesidad está relacionada a los logros independientes dirigidos al interior y la autoevaluación de dichos logros, así como la evaluación de otros de nuestros logros. Se ha reconocido en la literatura de la psicología que por sí solo el impulso biológico no explica la motivación y el sentido de logro. Es una situación subjetiva y psicológicamente compleja relacionada al significado, los intereses personales, experiencias de vida, autoconcepto, cualidades estéticas, juego, exploración y enfoques para la solución de problemas; una compleja interconexión entre experiencias cognitivas-afectivas-conductuales así como situaciones ambientales.

La controversia respecto a la diferencia de género continúa respecto al logro y su manifestación en los hombres y mujeres, niños y niñas. Históricamente, en especial en mentalidades occidentales, se esperaba que las mujeres tuvieran logros en iniciativas artísticas, interacciones y roles social-comunitarios, e intereses más privados y domésticos; los hombres eran más activos en negocios, deportes y logros del mundo exterior. En la sociedad contemporánea ha habido cambios importantes en los puntos de vista socioculturales, modernos y postmodernos de las expectativas de género. Así existe espacio para la libertad de movimiento sin mentalidades y expectativas diferenciadas y estereotipadas de los logros de hombres y mujeres.

Los puntos de vista respecto al logro continúan reconociendo la complejidad de la interacción entre la competencia y las expectativas internas; talentos, habilidades, y valores; y acceso a oportunidades. Juntas estas fuerzas, combinadas con las normas sociales y las estructuras existentes, como la familia, la iglesia, la escuela, los grupos comunitarios y las unidades organizadas de la

sociedad, ofrecen un valor de refuerzo necesario que es internamente significativo al individuo. La teoría temprana clásica del Aprendizaje Social de Rotter (1954) sigue siendo relevante. Él propuso:

El Potencial de conducta (Behavior Potential) es una función de la Expectativa más el Valor de Refuerzo (Reinforcement Value)

Se puede encuadrar de la forma siguiente:

$$BP = f(E + RV)$$

Dentro de este punto de vista, existe el entendimiento que una persona espera que ciertos logros traigan refuerzo que él o ella valoren, que a cambio satisfaga un estándar interno de éxito o logro. La autoaprobación necesaria desde dentro y desde fuera puede cambiar para una persona que está enferma o que tenga una situación de vida alterada. Por ejemplo, un hombre que ha sido granjero toda su vida puede ser incapaz de realizar el grado de trabajo requerido para la agricultura después de un ataque al corazón, cirugía, etc. Así sus expectativas de trabajo y metas de logro anteriores pueden ser cambiadas dramáticamente en formas que afecten su autoaprobación, autoestima, y estándares internos.

La práctica del cuidado a menudo implica ayudar a otros a 1) obtener un punto de vista más realista de sí mismos y sus expectativas e (2) identificar áreas en donde pueden tener un rendimiento a un nivel que consideren satisfactorio. Por lo tanto habría que reconsiderar la estructura de oportunidad, así como las normas sociales compartidas sobre la expectativa. El logro es influenciado por las expectativas de éxito o fracaso de una persona en una situación dada. Si los logros pasados ya no son realistas, la persona tiene que experimentar un reajuste a los patrones de expectativas, así como de los resultados. Sin una re-evaluación y reajuste de patrones para crear nuevas expectativas y nuevas posibilidades, el resultado puede ser baja autoestima, desesperanza, hastío, frustración y depresión. Como componentes de todo cambio en la vida personal en el

nivel de logro personal, se encuentran el traslape sociocultural y los diferentes valores y expectativas entre diferentes culturas, grupos socioeconómicos, entornos geográfico-climáticos, y así sucesivamente. Ya sea que uno sea expuesto y que se refuercen los valores y expectativas de logro o no, o ya sea que uno esté expuesto y que se refuercen los valores y expectativas de fracaso o no, contribuirán a las conductas en cuanto al logro. Diferentes culturas tienen diferentes valores en cuanto al sentido del logro. El mundo occidental cada vez más define el éxito y el logro en base al dinero, el control, y el poder que otros tienen sobre otros y su entorno, mientras que otras culturas y países a lo largo de la historia han valorado y continúan valorando estados de civilización de orden más elevado relacionados a logros artísticos, literarios, culturales y espirituales (arte, música, poesía, escultura, diseño, arquitectura, potencial humano evolucionado, una comunidad moral, una sociedad de cuidado, paz y valores similares).

Esta necesidad de logro así queda manifiesta a los niveles individual y sociocultural y también son reflejadas entre las prácticas espirituales de una persona, un pueblo, una raza, y una nación-estado. Estas diferentes dimensiones, valores, puntos de vista y teorías del logro necesitan ser consideradas en la práctica del cuidado.

Una Enfermera Cáritas está abierta a explorar la variedad de dinámicas y vicisitudes dentro de esta área así como la evolución potencial de sus puntos de vista del logro a los niveles individual y de civilización. Así como la autovalía y un sentido de aprobación social son necesarios y deseados por los humanos en el nivel individual, las mismas nociones pueden ser ciertas para naciones-estado y las diferentes y significativas formas de logro representadas por diferentes naciones, culturas, y áreas del mundo. Considerar estos temas como un orden más elevado invita a un nivel más elevado de consciencia sobre la acción individual y colectiva y la manera en que estas formas de acción interactúan para afectar el todo.

Dentro del sistema energético antiguo, esta necesidad está relacionada con el nivel energético de la “garganta” y el “tercer ojo”. Es dentro de estos sistemas energéticos que uno encuentra temas relacionados a la elección y a la expresión personal para usar el poder propio para crear, para seguir nuestros sueños, para seguir nuestras capacidades intelectuales, apertura, capacidad de aprender de experiencias, y así sucesivamente (Myss 1996).

SIGNIFICADO DE LA NECESIDAD DE LOGRO PARA LA ENFERMERÍA CÁRITAS

- Para asistir con esta necesidad, las Enfermeras Cáritas necesitan comprender las complejas dinámicas y fuerzas detrás de la necesidad y sus diferentes valores, formas de expresión en los niveles individual y colectivo, y cómo se manifiesta en el nivel humano y el nivel de civilización.
- Es importante para las Enfermeras Cáritas el estar al tanto y el separar sus propias necesidades y valores de lo que es importante, lo que es esperado, valorado y realista para aquel de quien se cuida.
- La Enfermera Cárita trabaja desde el punto de vista del otro y desde un marco de referencia humano subjetivo, no exclusivamente desde un punto de vista médico, profesional y clínico de las expectativas.
- La práctica de la Enfermería Cárita incluye la resolución de problemas con el otro para ayudarlo a encontrar maneras alternativas de ver la situación, cumplir expectativas, y y buscar oportunidades, significado, reconocimiento y satisfacción personal.
- La Enfermera Cárita considera a la persona en su totalidad, incluso cuando es necesario alterar expectativas y éxitos anteriores; la enfermera nunca subestima la motivación interna ni el potencial para el logro de la persona.
- Esta necesidad de logro es afectada y afecta al resto de las necesidades básicas en una forma compleja, energética y dinámica, así que la naturaleza interactiva de las necesi-

- dades debe considerarse en un plan general de cuidado.
- El resto de los Factores Carativos/Procesos Cáritas que operan con esta necesidad específica incluyen los números 2: esperanza y fe; 3: cultivo de prácticas/creencias espirituales individuales; 4: relación de ayuda-confianza-cuidado; 6: resolución creativa de problemas; y 7: enseñanza-aprendizaje-orientación.

NECESIDAD HUMANA DE AFILIACIÓN: PERTENENCIA, FAMILIA, RELACIONES SOCIALES, CULTURA

La necesidad más profunda... es la necesidad de superar... la separación

Y abandonar la prisión de la soledad

ERICH FROMM

De todas las necesidades humanas básicas, la necesidad de afiliación es la que llega a estar más cerca de revelar la esencia de nuestra humanidad. Un supuesto básico es que las personas necesitan a las personas; esta es una necesidad universal y la base para desarrollarse como humano. La función de esta necesidad es Pertener. Las experiencias de maduración están relacionadas con equilibrar la dependencia con la independencia, la privacidad con la intimidad, la separación con la conexión, y la individuación con la familia colectiva de la humanidad.

Dentro del antiguo sistema corporal energético, esta necesidad puede ser ubicada energéticamente entre pertenecer a toda la humanidad y desarrollar relaciones, sociedades y apegos con otras personas y cosas, conduciendo a que se honre a los otros en nuestras interacciones. Engloba la dinámica energética relacionada a lo humanitario, la capacidad de participar en el patrón mayor de la vida-humanidad con valores, ética y valentía.

Todo ser humano tiene la necesidad de ser aceptado y de pertenecer a un grupo humano al mismo tiempo que se mantiene la privacidad y la separación. La identidad propia y

la pertenencia a un grupo está muy relacionada a establecer y mantener la identidad propia. La distinción individual propia proviene de la forma en que una persona conduce su propia vida en relación con otras personas. Una consideración amplia de esta necesidad se centra en compartir, balancear las dinámicas y presiones individuales y de grupo, encontrar al ser en el otro y viceversa, al tiempo que se honra al propio ser único.

Una teoría temprana de la psicología social y la sociología, conocida como “Teoría del Espejo”, planteaba la postura: “Miro en el espejo y me veo como otros me ven”. Este es un recordatorio que la separación-pertenencia: Yo-Nosotros, constituye una dinámica dialéctica que ayuda a definir el proceso interactivo de lograr la autoidentidad y la relación propia con el ser y el otro. Dentro de este contexto se puede explicar que la necesidad de afiliación se desarrolla en respuesta a la relación ambiental; uno aprende de sí mismo y de otros por las experiencias de los entornos y relaciones cotidianas físicas, sociales, conductuales y emocionales propias.

El sistema de afiliación permite la retroalimentación de otros; esto es lo que ayuda a formar los pensamientos propios y a respaldar los sentimientos, lo que ayuda a uno a identificar y reducir la ansiedad. Si uno es privado de esta interacción, es posible que la persona no desarrolle su potencial de relación o que se torne incómodo, retraído, o recluso en la relación interpersonal.

La gratificación y la madurez con la afiliación proveen de la capacidad de identificación y compromiso en la relación social, permitiendo que uno tenga utilidad en el mundo propio. La efectividad subyacente de la afiliación está ligada a los vínculos, crianza y apego consistentes entre la madre/ser amado y el niño de la infancia en adelante.

Se identificaron tres necesidades interpersonales en la obra temprana de Schultz (1967):

1. Inclusión. La necesidad de identidad, atención, y asociación con otros; la necesidad de pertenecer; la lucha sobre si uno está “dentro” o “fuera”, solo o en comunidad, en privado o en público. La inclusión se puede asociar con las nociones psicológicas

individuales de la introversión o extroversión en diferentes características de las personas.

2. Control. La necesidad de autonomía; el poder de influir la autoridad. El control también se refiere a procesos de toma de decisiones entre las personas. La dinámica es entre controlar a los otros o ser controlado por otros. Incluye temas de dominación: descendiente, dependiente-independiente.
3. Afecto. La necesidad de relaciones íntimas, emocionales entre otros. Estas dinámicas representan la tensión entre la intimidad contra el aislamiento, ya sea que uno esté cerca o distante de otros humanos. El afecto incluye sentimientos de amor, ternura, aceptación, confianza, calidez, y así sucesivamente; también representa la capacidad de manejar constructivamente sentimientos opuestos, como la ira, el odio, tristeza, culpa y emociones relacionadas.

Estas tres necesidades interpersonales se manifiestan en los antiguos sistemas energéticos descritos por Myss (1996). Ella señala que el desafío espiritual de nuestro ser energético es aprender a interactuar conscientemente con otros, formar uniones con personas que pueden apoyar nuestro desarrollo y liberar relaciones que afectan nuestro crecimiento. Dentro del modelo energético, Myss introduce las leyes del magnetismo dentro del contexto de las relaciones: “Estas leyes quieren decir que generamos patrones de energía que atraen a personas que son de cierta manera opuestas a nosotros; aquellos que tienen algo que enseñarnos. Nada es aleatorio; antes de cada relación que hemos tenido alguna vez, abrimos la puerta con la energía que estábamos generando... A más conscientes que somos, podemos utilizar la energía de forma más consciente” (Myss 1996:132).

Myss dice que en cada relación existe un conflicto primario de fe y elección: las relaciones generan conflicto y el conflicto genera la elección. Nosotros nos liberamos cuando aprendemos a trascender el dualismo entre otros y nosotros mismos (todos estamos conectados en el nivel espiritual

humano) y trascender el dualismo entre Dios y nosotros mismos. Myss (1996:135) nos recuerda que mantenemos vivo el conflicto en tanto nos enfoquemos en intentar controlar a otra persona y olvidemos que esa persona es un espejo que nos refleja nuestras propias cualidades. El vernos a nosotros y a otros en la “relación correcta”, por medio de conexiones simbólicas para el aprendizaje compartido, aprendemos a acomodar las diferencias. Esto provee del cimiento para la noción más profunda de comunión, yendo más allá de las afiliaciones superficiales como una colección de relaciones interpersonales.

Asimismo, el sistema energético involucrado con esta necesidad está relacionado con la energía creativa y el deseo de contribuir al continuo de la vida. Esta energía creativa nos ayuda a romper los patrones habituales de relaciones, ayudando a formar y reconfigurar los patrones del caos de nuestro mundo y nuestras relaciones (Myss 1996). Más allá de nuestras relaciones íntimas personales, existe la afiliación con relaciones externas a la familia central. Esas incluyen grupos extra-familiares en la comunidad (iglesia, escuela, compañeros, colegas, vecinos y contactos de negocios, sociales y recreativos).

Estas relaciones extra-familiares incluyen (1) formar amistades con otros; y (2) compartir, asociar, trabajar y unirse a otros. Estas interacciones conducen al servicio humanitario por medio de organizaciones comunitarias, cívicas, profesionales, religiosas y caritativas. Le permiten a uno el extenderse más allá del ser inmediato. Estas características están relacionadas con el altruismo y el cuidar de otros, de generaciones anteriores y futuras. Sin las relaciones, los humanos pierden el contacto con la realidad y la nutrición social necesaria para la supervivencia. Lo opuesto a la afiliación es el aislamiento.

Reportes y experiencias que se han dado con el tiempo resaltan lo que ocurre a las personas cuando son aisladas de otros seres humanos:

1. El “dolor” del aislamiento: prisioneros de guerra han reportado

- que prefieren la tortura al aislamiento de otros.
2. La gente exhibe una fuerte tendencia a soñar, pensar, fantasear, y en ocasiones, alucinar sobre otros.
 3. Experimentan retraimiento, sufrimiento, apatía, crecimiento y desarrollo reducidos, incluso falla para prosperar.

Esta necesidad básica es afectada por cualquier situación de salud-enfermedad. Cuando una persona está preocupada por su salud o en verdad está enferma, el individuo normalmente tiene menos contacto con otros, incluyendo la familia o sistema de apoyo primario así como los seres queridos. Puede resultar que hay sentimientos reducidos de pertenencia por dicho aislamiento o separación, incluso aunque pueda ser un proceso necesario para lidiar con la situación.

Esta desconexión gradual pero real como resultado de una enfermedad fue capturada en la sección anterior sobre la necesidad de actividad y la historia existencial de van den Berg. Ese fragmento es relevante para comprender cómo la necesidad de afiliación es afectada por incluso una enfermedad menor y por estar en una “cama de enfermo”. La cama de hospital, o la forma de aislamiento que resulta de la enfermedad, conduce a una pérdida de contacto con las actividades y rutinas cotidianas, la privación y interrupción de conductas y experiencias usuales que tomamos por supuesto. De repente, cuando se interrumpen los patrones de vida, existe un sentido surreal que involucra a las relaciones íntimas y las actividades familiares que antes eran lugar común; se tornan alienadas y distantes, incluso ajenas, a la persona enferma.

Sin importar la situación de vida que desencadena el aislamiento de la afiliación (ej. la preocupación, la enfermedad, diagnóstico, pérdida, cambio, miedo, trauma, y así sucesivamente), cuando se reduce la capacidad de la persona de enfocarse en otros, su afiliación usual necesita cambio, lo que resulta en frustración. Al mismo tiempo, cuando se compromete la afiliación de una persona, tiende a haber una necesidad de una disminución cuantitativa de las relaciones, un deseo de tener menos personas alrededor de la persona; el espacio social y

la esfera social se contraen. A su vez hay un aumento cualitativo en el valor de las personas que están alrededor del individuo. El tener menos personas alrededor que sean especiales, cercanas, íntimas e importantes puede ser más satisfactorio que tener muchas personas que pueden tener solo una conexión superficial con la persona.

A una persona hospitalizada se le pueden negar las pocas relaciones cualitativas que necesita y desea y en su lugar puede tener relaciones superficiales más limitadas con una variedad de visitantes impersonales, o peor aun, cuidadores impersonales y distantes: “Ellos me han limpiado de mis amadas asociaciones con algodón” (Sylvia Plath).

Las enfermeras son a menudo aquellas que afectan la calidad de las interacciones con las personas durante la enfermedad; por lo tanto las enfermeras y la *Enfermería Cáritas* son vitales al asistir con la necesidad de afiliación. La conciencia y comprensión de esta necesidad en muchos niveles son necesarias para orientar las prácticas del cuidado.

SIGNIFICADO DE LA NECESIDAD DE AFILIACIÓN PARA LA ENFERMERÍA CÁRITAS

1. La necesidad de afiliación es una necesidad humana universal y forma la esencia del humanismo.
2. Esta necesidad es la base para los esfuerzos de cooperación con otros en el mundo y el fundamento para relacionarse con el ser y con otros.
3. Las conductas de afiliación se manifiestan de forma distinta por diferentes personas en un continuo de privación-separación del uno a la intimidad y cercanía con otros. Este es un proceso aprendido por medio de experiencias, interacciones y participación cooperativa.
4. El grupo primario familiar proporciona mejor la relación y entorno necesario para el desarrollo de esta necesidad.
5. La necesidad de afiliación y su manifestación son afectados por cambios en salud-enfermedad, hospitalización, y regímenes de tratamiento.
6. Durante los cambios en salud-enfermedad, una persona tiene

- capacidad reducida para otros y una necesidad más alta de relaciones de calidad sobre la cantidad de las relaciones.
7. Los Factores Carativos/Procesos Cáritas que acompañan esta necesidad específica de forma más prominente son los números 4: desarrollo de relaciones de ayuda-confianza-cuidado y 6: resolución creativa de problemas.

NECESIDAD HUMANA DE AUTORREALIZACIÓN/ CRECIMIENTO ESPIRITUAL

Las teorías modernas y más difundidas de la personalidad han reconocido que todo ser humano tiene una lucha interna para convertirse, crecer, satisfacer el ser. Esta lucha se menciona comúnmente como la necesidad de autorrealización. Se considera una necesidad humana universal y se manifiesta en formas únicas.

Como lo expresó Siddhartha (Hesse 1951:31): “¿Qué es lo que ellos no han podido enseñarte? Y contestó: Era el yo, cuyo sentido y carácter quería aprender... ¡Ciertamente, ninguna cosa del mundo me ha obsesionado tanto, como este, mi yo... que soy un individuo separado y aislado de todos los demás, que yo soy Siddhartha!” (*Versión al español de Helma Kattendahl y Montserrat Martí*).

Esta referencia refleja la realidad que toda persona en ciertos aspectos es:

1. Como todas las otras personas (universal).
2. Como algunas otras personas (grupal).
3. Como ninguna otra persona (única). (Kluckhohn, Murray, and Schneider 1953:53).

Este enfoque señala la necesidad interna de cada persona de madurar al nivel más alto del ser como una lucha innata. Los valores inherentes a la autorrealización están relacionados a significados internos más que a hechos por sí solos. Quizá es más relevante pensar de esta necesidad como un continuo indi-

vidual a lo largo de un movimiento interno autodefinido; cada individuo determina qué tanto buscar la plenitud, con amplias diferencias individuales. Estas diferencias están relacionadas a un complejo de experiencias pasadas y presentes así como éxitos en el camino con otras necesidades y deseos para el ser y el ser-en-el-mundo. Algunas personas están más orientadas al logro que otras, lo que se entrecruza con esta necesidad; sin embargo, el luchar por la autorrealización es algo más cercano al nacimiento del espíritu interior y su emergencia más plena, única.

Mientras que la autorrealización es motivada internamente, es afectada por el entorno externo propio, a menudo requiere un cambio externo para reconfigurar los patrones para más armonía de la mente-cuerpo-espíritu, la Unidad-del-Ser. Sin embargo, para que uno “esté-en-relación-correcta con el ser” puede ser necesario hacer cambios en las relaciones con otros.

El concepto de autorrealización en un sentido convencional aplica al adulto maduro. De acuerdo al trabajo de Erikson (1963), la persona autorrealizada es aquella que eleva su conciencia a niveles culturales, éticos y espirituales más altos. Este concepto incluye la noción de generatividad; es decir, un entorno ecológicamente apoyador para el cuidado y salud humana para generaciones futuras así como para toda la especie humana. Así, una persona autorrealizada se preocupa por los problemas externos y más allá del ser, con una misión en la vida de una tarea que cumplir de orientación interna, una tarea que ayuda a establecer y orientar a la siguiente generación hacia la salud humana y ambiental.

Al mismo tiempo, es idealista y quizá irreal el que cada uno evolucione hacia su nivel más elevado, en el sentido que todos nos encontramos aquí en el plano terrenal para nuestras propias experiencias y propósitos, y cada persona tiene un camino que seguir. Sin embargo esta realidad todavía permite que la Enfermera de la Conciencia Cáritas tenga a los otros en su sentido ético más elevado de ser y realizarse, incluso si no lo

pueden ver por sí mismos en el momento. Una conciencia de esta necesidad humana nos invita a cada uno de nosotros, ya sea enfermera o paciente, a escuchar y abrirse al llamado interno a seguir al ser interior auténtico en el mundo exterior.

Esta necesidad así se interseca energéticamente con la consciencia en evolución y es consistente con la noción de Newman de la “salud como una consciencia en evolución” (Newman 1994). La calidad de vida está asociada con el amor propio, la auto-autoconsciencia y el autoconocimiento; permitir más autocuidado, autosanación, autoconocimiento y autocontrol por medio de elecciones, decisiones y acciones informadas e intuitivas. Esta consciencia en evolución provee a uno de la capacidad de enfrentar la vida de forma más directa, con su dolor, alegrías, tristezas y sufrimiento, así como desafíos, oportunidades y éxitos. Nuestra consciencia en evolución contribuye a nuestra comprensión de los patrones y tensiones de vida y cómo contribuyen a nuestro bienestar o enfermedad.

SIGNIFICADO DE LA NECESIDAD DE AUTORREALIZACIÓN PARA LA ENFERMERÍA CÁRITAS

La noción de autoreautorrealización ubicada dentro de un marco energético contemporáneo de Cáritas invita a otras consideraciones que hacen conexiones nuevas y más amplias entre lo interior y lo exterior en el autodesarrollo y entre el humano y el universo que van más allá de las mentalidades separatistas convencionales del mundo occidental; – es decir, la mentalidad prevalente que enfrenta a los humanos contra sí mismos, contra el ambiente, el planeta Tierra y el universo mayor que es nuestro hogar compartido. El campo energético mental de la consciencia es el punto de entrada que “vierte eternamente hacia el sistema energético humano, desde el universo mayor, desde Dios o el Tao” (Myss 1996:265).

Al ubicarnos a nosotros mismos en el punto de vista dominante que separa el ser de nuestra dimensión de consciencia

evolucionada espiritual, excepto en asuntos personales privados, nos encontramos en un mundo conflictivo de práctica y evolución humana. Por un lado, el mundo está lleno de conciencia espiritual, desde Florence Nightingale en adelante; por otro lado, el mundo público favorece la exclusividad del plano físico, conduciendo al conflicto, la culpa y la violencia, guerras contra y sobre el otro. Así estamos todos simultáneamente presos en la visión de mundo o cosmología que continua poniendo la soberanía sobre aspectos externos de los mundos material y natural, desconectándonos de nuestra humanidad compartida en el universo.

Necesitamos una cosmología mayor para permitir que ocurra la autorrealización privada y personal y para conectarnos y abrimos a la energía de la conciencia de Dios, conciencia en evolución, que se conoce como conector espiritual (Myss 1996).

Nuestra historia reciente en una cultura occidental en evolución permite abundantes esfuerzos de autorrealización privada y personal. Vemos por ejemplo una multitud de prácticas espirituales en las áreas de intentos por autocrecimiento y autoconsciencia, por ejemplo:

El servicio ético y la compasión humanitaria, un giro al interior hacia la meditación, oración, retiro monástico, peregrinaciones espirituales, involucramiento con grandes tradiciones y prácticas místicas de Asia (del Hinduismo, Budismo, Taoísmo, Sufismo), y diferentes culturas indígenas y chamánicas (provenientes de los nativos de América del Norte, América Central y del Sur, África, Australia, las Polinesias, el Viejo Mundo). La recuperación de varias perspectivas y prácticas gnósticas y esotéricas... la devoción a la expresión creativa y artística como un camino espiritual, o participación renovada con formas revitalizadas de misticismo, tradiciones, creencias y prácticas judías y cristianas (Tarnas 2006:31).

Al mismo tiempo, estas prácticas y búsquedas personales para la profundización de nuestra humanidad y la experiencia evolutiva humana están “ocurriendo en un cosmos cuyos parámetros

básicos han sido definidos por la epistemología y ontología decididamente anti-espiritual de la ciencia moderna” (Tarnas 2006:31). En este enfoque dominante, estas búsquedas espirituales ricas, nobles y humanas se persiguen en un universo cuya naturaleza es “ser supremamente indiferente a estas mismas búsquedas” (Tarnas 2006:31).

Esto es un dilema no solo para el humano evolucionado sino también para la humanidad y el cosmos. Es y ha sido uno de los dilemas sin nombre en la enfermería moderna. Como lo dijo Richard Tarnas (2006:31): “La misma naturaleza del universo objetivo convierte cualquier fe e ideales espirituales en actos valerosos de subjetividad, constantemente vulnerables a la negación intelectual” [énfasis en el original]. Dicho de otra forma, tanto el alma contemporánea y nuestros esfuerzos de conciencia evolutiva de autorrealización (que en última instancia son de naturaleza espiritual) “viven dentro de nosotros de forma plena pero antitética. Por tanto un juego imposible de opuestos reside en la profundidad de la sensibilidad moderna” (Tarnas 2006:30) y dentro de cada uno de nosotros.

La vida moderna está caracterizada por conflictos fundamentales entre visiones del mundo religiosas que ven a los humanos como seres espirituales en un cosmos significativo y una visión del mundo científicista que ve a la materia física y la energía física como la única realidad.

CHARLES TART (CITADO EN VAUGHN 1995:29)

Así, la necesidad humana de auto-reautorrealización, evolución espiritual, plenitud espiritual, consciencia en evolución para la trascendencia, y las conexiones más elevadas se complica por un mundo externo que es material y seglar en su esencia. En este punto en la historia humana se acerca una nueva visión del mundo o cosmos. Estamos todos en un viaje hacia una consciencia en evolución que se abre a una exploración de un vasto universo espiritual de muchos caminos que llevan a la plenitud, desde el miedo al amor y desde el sometimiento material a la sabiduría y libertad interior (Vaughn 1995).

Este despertar del centro del corazón, moverse energéticamente hacia arriba en el sistema del cuerpo, es el camino de una *Enfermera Cáritas* y de la Enfermería Cáritas; este camino integra los lados de luz y sombra de nuestra profunda humanidad, la alegría y sufrimiento lado a lado, sin negar ninguna parte de la experiencia humana a la que todos pertenecemos. Nosotros como civilización en este punto en la historia humana debemos despertar a una nueva cosmología y visión del mundo que se puede denominar Corazón Universal, – un universo que es una conciencia energética llena de espíritu a la que todos pertenecemos y tenemos nuestro ser; un universo que es interdependiente, que conecta a todo y a nosotros; un universo que está vivo y evolucionando en armonía con cada uno de nosotros en el camino a despertar. Así, para repetir: lo que tenemos en nuestro corazón importa y afecta nuestra propia evolución y de la humanidad.

Según se desarrolló a más profundidad en *Caring Science as Sacred Science* (Watson 2005), un modelo de la Ciencia del Cuidado crea espacio de corazón abierto para conectar la ética y la infinidad del amor cósmico, permitiendo que emerja nuestra naturaleza interior e infinita y que esté presente con respecto a nuestro ser y pertenencia al universo mayor. En esta obra y en el mundo de la Ciencia del Cuidado y la Enfermería Cáritas, no estamos restringidos solo al mundo exterior y físico: ese era el modelo científico de una era pasada, que cortó nuestra humanidad de su fuente vital y cortó el corazón y alma de nuestra vida y nuestro trabajo profesional y personal (Watson 2005).

A medida que examinamos la verdad de la Pertenencia-Ser-Saber y Hacer nuestro trabajo de cuidado-sanación en el mundo, ¿cómo podemos soportar sostener y perpetuar un modelo vacío y hueco? ¿En especial, una vez que honramos y reconocemos nuestra participación con la infinidad y misterio de sanación y la vida misma? Este modelo en evolución de la Ciencia del Cuidado abre la ciencia y nuestro conocimiento a su Fuente – no su separación – de lo cognoscible y lo incognoscible a una sabiduría que sabe y honra/se rinde a las diferencias (Watson 2005:67).

Ahora volvemos a entrar a un nuevo espacio en donde de nuevo hay espacio para los milagros en nuestra vida, trabajo y mundo. Esta era en la Ciencia del Cuidado es un tiempo para volver a encantarse con las maravillas, los desconocidos, los misterios del universo, despertar el corazón así como la mente que busca sabiduría, más allá del conocimiento mismo. Dicha apertura en nuestra visión del mundo nos lleva al último Factor Carativo/Proceso Cáritas.

**Capítulo 15. Del FACTOR CARATIVO 10:
Permitir las fuerzas existenciales-fenomenológicas
a PROCESO CÁRITAS 10:
Abrirse y asistir a los desconocidos espirituales/misteriosos y
existenciales de la vida y la muerte***

En cuanto a mí, no creo en nada más que milagros.

WALT WHITMAN

Este factor en la obra original (1979) es quizá el más difícil de comprender para la gente, en parte por el lenguaje y los términos. Todo lo que trato de decir es que nuestras mentes racionales y ciencia moderna no tienen todas las respuestas de la vida y la muerte y todas las condiciones humanas que enfrentamos; así, tenemos que estar abiertos a desconocidos que no podemos controlar, incluso permitir que lo que consideramos un “milagro” entre en nuestras vidas y trabajo. Este proceso también reconoce que el mundo subjetivo de las experiencias de vida interior del ser y otras es en última instancia un fenómeno, un misterio inefable, afectado por muchos, muchos factores que nunca podrán ser explicados por completo.

Vivimos en un mundo en el que podemos invitar a que nuevas perspectivas de la ciencia, el arte, la espiritualidad y el misterio de la vida vuelvan a nuestro mundo. Un marco de Ciencia del Cuidado reconoce que en última instancia moramos en el misterio; la vida no es un problema que se ha de resolver

* La frase “permitir el milagro” cortesía de Resurrection Health, Chicago.

sino un misterio que se debe vivir; los problemas humanos residen en la ambigüedad, paradoja y la impermanencia, el sufrimiento, la sanación, las curas milagrosas y la sincronicidad son todas partes de la dinámica de posibilidades vibratorias en nuestra consciencia evolucionada. Así, dentro del Modelo de Enfermería de la Conciencia Cáritas, la enfermera está abierta a lo que *Resurrection Health* llama “permitir un milagro”, en que la Enfermera Cáritas sostiene la esperanza del paciente por un milagro. La Enfermera Cáritas está abierta a otras ocurrencias de un orden más elevado incluso en medio de la ciencia moderna y tratamientos concretos; así, siempre está abierta al misterio de un orden más profundo del universo, desenvolviéndose en un escenario más amplio que la mente humana.

Este Factor Carativo/Proceso Cáritas honra la realidad que cuando alguien tiene un cambio de vida importante, la persona vuelve a casa evocando en un nivel profundo una crisis existencial-espiritual. Un cambio de vida repentino como resultado de un nuevo diagnóstico, enfermedad, trauma o circunstancia abrupta de vida-muerte requiere una reevaluación total de la vida propia: surgen preguntas en cuanto a qué es más importante. ¿Cuáles son nuestras prioridades? ¿Qué es lo que importa cuando uno se tiene que detener en su andar en medio de la vida cotidiana? Estas preguntas son de naturaleza existencial-espiritual y se responden en base a la experimentación de la perspectiva de vida fenomenológica de la persona. Todos responden distinto dependiendo de sus experiencias, valores, sistemas de creencias, percepciones, el significado de la condición, situación, sistemas de apoyo, coraje, determinación, y así sucesivamente; – todos estos dan la fuerza para enfrentar la vida y sus vicisitudes de cambio e *impermanencia*.

Las luchas personales y crisis internas por experimentar sufrimiento y agitación en la vida y salud no entran en ninguna categoría de la ciencia médica moderna; son de naturaleza existencial y desconocida, únicas a ese individuo y sus circunstancias de vida. Es la Ciencia del Cuidado, no la ciencia

médica, la que puede ofrecer otra forma de ver la humanidad y la condición humana de estar-en-el-mundo; de mirar hacia el mundo de la vida interior por medio de los ojos de la otra persona, no a través de la lente de la ciencia médica.

Es solo a través de una lente más amplia, más existencial-espiritual que uno puede rendirse a los misterios de la vida humana y los predicamentos humanos. Muchas personas han experimentado las tragedias de vivir y morir; con frecuencia estas instancias traen gran profundidad y sentido a la vida en lugar de la superficialidad de un nivel disminuido de vida nada más en el plano material.

Dicha profundidad de vivir se muestra en las luchas existenciales-espirituales de Viktor Frankl (Frankl 1963). Como prisionero en un campo de concentración por un largo periodo de tiempo, batalló para encontrar una razón para vivir tras su liberación. Toda su familia, excepto su hermana, había muerto en los campos. Perdió todas sus posesiones, atacaron todos sus valores, había sufrido hambre, frío, brutalidad, y miedo de la exterminación. Pero aun así fue capaz de encontrar un sentido y responsabilidad más profundos en su vida que trascendieron sus penas y sufrimiento.

En contraste con el sufrimiento involuntario de Frankl y su búsqueda por un sentido más profundo, está el ejemplo de León Tolstoi. Él tuvo una vida aristócrata de lujo y abundancia pero se sometió voluntariamente al sufrimiento, la privación y el aislamiento para encontrar sentido y responsabilidad en su vida. Aunque la filosofía de Tolstoi no se consideraba existencial en ese tiempo en el sentido que era una búsqueda más espiritual, las creencias que tenía a principios de los 1800 estaban muy relacionadas a los posteriores puntos de vista de Sartre (1956), Heidegger (1962), Buber (1958) y otros. Así vemos la superposición entre cuestionamientos y búsquedas existenciales y espirituales en la búsqueda humana por sentido.

Estas nociones de existencialismo, fenomenología,

y espiritualidad están muy relacionadas y respaldan una apreciación subjetiva del mundo de la vida interior de la persona que experimenta, así como una apreciación de los misterios, múltiples significados, e incógnitas de la vida. Este *Proceso Cáritas* invita a una apertura a permitir los misterios, milagros y un orden más elevado y más profundo de los fenómenos de la vida que no se puede comprender con la mente y configuración mental ordinarias. En otras palabras, la apariencia o conducta exterior de lo que está ocurriendo con otro en el mundo exterior no necesariamente refleja las incógnitas subjetivas interiores o dimensiones más profundas del universo mayor. El reconocer e incorporar este Proceso Cáritas a la comprensión de la práctica de las enfermeras puede ser una influencia orientadora y un punto de inflexión para la sanación, de donde una tragedia se puede tornar en un milagro de coraje y fortaleza, abriendo a otra realidad del significado más profundo de la vida.

LA ENFERMERA CÁRITAS EVOLUCIONADA

Una vez que incorporamos la conciencia en evolución en nuestro marco de referencia, incluyendo la conciencia de la interconexión del antiguo sistema energético corporal, nos abrimos al universo más amplio con maravilla y asombro. A medida que las enfermeras y la comunidad humana nos movemos energéticamente hacia el espacio del corazón, nos acercamos más y más a nuestra naturaleza espiritual y a la conexión con la fuente infinita del amor universal. A medida que progresamos y evolucionamos hacia esta consciencia más profunda, nos acercamos más a honrar lo sagrado, el espíritu más elevado del universo, como parte integral de nuestras vidas. Nosotros usamos estas conexiones más profundas para orientarnos.

Nosotros abrimos nuestros corazones y mentes para buscar una relación más profunda y más íntima con aquello que es más grande que el ser, lo Divino. Nos abrimos a la oración, a

la humildad, a pedir lo que necesitamos del universo mayor por medio de actos de fe y esperanza. De nuevo nos abrimos a la dimensión trascendente de vivir y morir, más allá del cuerpo físico localizado nada más en el plano material. Este Proceso Cáritas nos despierta energéticamente para buscar devoción, palabras de inspiración, afirmaciones, creencias proféticas, conexiones e ideas místicas y milagrosas. Está alineado de forma muy directa con la fuente energética más alta del amor cósmico, que honra un despertar espiritual, moviéndonos más allá de la mentalidad de grupo para conectarnos de forma consciente e intencional con aquello que es mayor – Dios, lo Divino – permitiendo que ocurran milagros, así como experiencias transcendentales místicas, superar la soledad, el aislamiento, incluso la locura cuando nos enfrentamos con aquello que es considerado insoportable. Por medio de este Proceso Cáritas y comprendiendo su sentido aprendemos cómo comprender que el humano aprende cómo soportar lo insoportable por medio de esta conexión de despertar. El resultado no solo puede ser transformador en salir de la oscura noche del alma, también puede conducir a profundas reflexiones, profundidad de gratitud, y apreciación de todo lo que uno aprende en el viaje de la vida misma: la alegría, dolor, y todo. Uno también puede experimentar profundo éxtasis, bendiciones y paz interior una vez que es capaz de rendirse a estas conexiones más profundas en medio de la oscuridad, el miedo y la desesperanza. Es en este espacio que pueden y de hecho ocurren los milagros y la gente reporta experiencias con ángeles y otras ocurrencias más allá del reino ordinario de la existencia.

En resumen, la enfermería como profesión confronta a diario circunstancias especiales y luchas de la gente con su propio ser y el significado de los predicamentos humanos de la vida y la muerte, los desafíos y realidades de las crisis de la existencia de vida y muerte en medio de los pasajes ordinarios de la vida. Todos tienen una historia personal sobre sus experiencias y predicamentos. Cada persona busca sus propios sentidos para

encontrar paz interior y la relación correcta en medio del miedo, el odio, las amenazas, las dudas, la desesperanza y las incógnitas. Estas situaciones y experiencias que enfrenta la enfermera invitan a la enfermera-ser a confrontar su propio estado de sentido, de Ser y No Ser. Cuando una persona es capaz de explorar su propia existencia y consciencia en evolución para la madurez al aceptar las vicisitudes de la vida y la muerte, el corazón del individuo se abre a más compasión, asombro, dignidad y respeto por las incógnitas; nos hacemos más maduros, más reales, y más auténticos al ser y a otros en nuestra vida personal y profesional. Nos abrimos a fuentes que antes no se reconocían de esperanza, coraje, poder, y ocurrencias milagrosas en nuestras vidas así como en las vidas de otros.

La consideración y apertura a esta dimensión de la enfermería puede ser el aspecto más satisfactorio de la práctica. Las nociones explicativas de este aspecto de la enfermería no solo se comprenden mejor a través de una lente existencial-espiritual-fenomenológica, quizá solo se comprenden desde este plano más elevado de ver el mundo.

CONCLUSIONES

La Enfermera Cáritas/Enfermería Cáritas

Este modelo de enfermería no es para cualquier enfermera. Es una invitación a las enfermeras que buscan una dimensión más profunda de su trabajo y vocación en sus prácticas de cuidado y sanación. En años recientes se han hecho llamados a que la enfermería se renueve. Un aspecto de dicha renovación proviene de la renovación del espíritu. El último Factor Carativo/Proceso Cáritas aborda esta renovación del espíritu del ser y sistema atendiendo a esta consciencia, este despertar. Este libro revisado, *La Filosofía y Ciencia del Cuidado*, va más allá de modelos de salud-enfermedad. Alinea la enfermería y su misión auténtica de salud-sanación con una causa humanitaria y espiritual más profunda; esa causa se trata de ayudar a sostener a la humanidad

misma, contribuyendo a la evolución de la humanidad hacia seres más espirituales conectados con el campo infinito del amor universal (Watson 2005). Esta obra en última instancia se trata de traducir una profunda ética, un sistema de valores auténticos, junto con la teoría y el conocimiento, a modelos de vivir y respirar el cuidado y la sanación en el mundo y en nuestro trabajo diario.



Figura 19. Santa Trinidad, por Hildegard of Bingen. De *Illuminations of Hildegard of Bingen*, © Otto Müller Verlag, Salzburg, 1954.

Así, al proponer la enfermería dentro de este trabajo y mundo de sanación evolucionados, estamos contribuyendo a la sanación del ser y de otros, evolucionando hacia una comunidad moral; esta evolución alinea el cuidado y sanación humana con la paz. Nosotros no hacemos esto por medio de un gran plan “por ahí” o en un libro de texto teórico, en algún modelo distante fantástico. Lo vivimos en nuestra práctica diaria, nuestros encuentros momento a momento con el ser y otros. Lo hacemos por medio de un enfoque disciplinado a nuestra práctica personal, que a cambio se torna en un modelo profesional más maduro que accede a las conexiones energéticas del humano-universo como parte de nuestra evolución.

En este Modelo Cáritas de Enfermería como la Filosofía y Ciencia del Cuidado, podemos identificar por lo menos dos tipos de servicio a la humanidad:

1. Servicio abierto: – el mundo exterior de la práctica clínica en el nivel corporal-físico, material-tecnológico de los servicios, tareas, procedimientos médicos, y y así sucesivamente. Este nivel de la llamada enfermería ordinaria o regular trabaja desde una consciencia que se enfoca más en el sistema corporal basal energético y físico, con una configuración mental de ego no reflexivo.
2. Servicio sutil: – el mundo interior de la práctica en el nivel del corazón, evolucionando hacia una consciencia más elevada que cultiva un despertar del corazón y la mente, acogiendo lo mejor del mundo exterior técnico medicalizado al tiempo que se cultiva conscientemente las prácticas interiores sutiles de evolucionar nuestra propia humanidad. Aprendemos que estamos Siendo y Convirtiéndonos en el campo Cáritas-Communitas, respaldando prácticas en nuestra vida diaria que contribuyen a una Conciencia Cáritas espiritual de evolución colectiva. A medida que las enfermeras participan de forma individual y colectiva en la Conciencia Cáritas, se convierten en el campo magnético de atracción para otros, ofreciendo un nuevo campo de compasión y una presencia de calma, alivio y amor en medio de las amenazas y hastío de la vida.

Este punto de vista de “Ser el Campo Cáritas” para el cuidado y la sanación, que acoge prácticas tanto sutiles como abiertas, es transformador para el ser y para el otro. Este es el trabajo noble para la humanidad misma dentro de una profesión noble y antigua; alinea la enfermería con su verdadera misión de sostener a la humanidad desde dentro y fuera del sistema médico. Esta nueva forma evolucionada de enfermería se puede considerar Enfermería Cáritas, enfermería energética, enfermería transpersonal, enfermería holística, enfermería contemplativa, y así sucesivamente. Cualquiera que sea el nombre, va más allá de la enfermería ordinaria y establece un nuevo y más elevado estándar de excelencia para el cuidado, la sanación y la paz en el mundo.

Lee Kaiser, un futurista y visionario de la salud, ha dicho que las “enfermeras del futuro serán contratadas por su conciencia del cuidado” (Kaiser, comunicación personal, 1989). El nivel de desarrollo de la Enfermería Cáritas descrito en este libro le da nuevo sentido a sus proyecciones.

Cualquiera que sea el nombre que se dé a esta enfermera/enfermería evolucionada, ofrece un paradigma y visión de esperanza para la humanidad, la salud, los humanos y las cosas vivientes, para un planeta y universo vivos en donde estamos co-creando nuestro propio destino y futuro. Este es el futuro último para la contribución plena de las enfermeras a la sociedad. A medida que las enfermeras entran a este nuevo campo transformador profundo de las prácticas Cáritas, entramos a un nuevo mundo completamente diferente para el nuevo milenio que se despliega ante nosotros.

Esta evolución de Conciencia Cáritas también requiere un nuevo lenguaje: un lenguaje alquímico, transformador, no médico, no clínico. El Cuidado/Amor/Cáritas no es sentimental sino que explota nuestra conexión con el campo infinito del amor sanador. No es que desestimemos el mundo externo abierto y su lenguaje empírico, clínico, técnico; más bien nos damos cuenta que los dos diferentes sistemas de lenguaje vibran en un nivel distinto. Nos encontramos en un punto en nuestra madurez humana y disciplinaria en que podemos admitir y acoger nuevos lenguajes de belleza, equilibrio, gracia, encanto, piedad, milagros, misterio, y así sucesivamente. Necesitamos lenguaje y discursos que vibren en una frecuencia más

elevada, que nos fueren a nuevas profundidades de sentido, nuevos evocadores entendimientos, metáforas, mitos, historias, e imágenes sabias que los mundos y palabras convencionales y técnicas externas no pueden transmitir pero que son necesarias para tocar en las dimensiones profundamente humanas de nuestro mundo.

Es posible que la palabra “Enfermera” tenga vibraciones paradójicas. Opera en los mundos y palabras tanto abiertas como sutiles. Está más establecida y desarrollada en el modelo material abierto del trabajo energético básico externo; todavía tiene que cultivar el lenguaje y las acciones que reflejan la siguiente evolución y Enfermería Cáritas madura, lo que refleja el sutil campo energético de Cáritas. Aun así esta práctica sutil evolutiva de la enfermería puede ser la esperanza para la supervivencia auténtica de la enfermería; este nivel de enfermería es una cualidad muy diferente de la enfermería de lo que fue conocido comúnmente en el siglo XX. La Enfermera Cáritas evolucionada torna a “cosas del espíritu” así como a la forma material.

Cuando la enfermería se involucre de forma individual y colectiva en prácticas de cuidado y sanación en este nivel vibratorio más elevado-profundo, sutil pero poderoso, tornaremos a palabras y acciones que vibren a un nivel más alto, palabras y acciones que nutran el espíritu y el alma humana de nuestro trabajo. Tornamos, por ejemplo, a:

- Belleza
- Silencio
- Naturaleza – (otras cosas vivientes)
- Artes
- Música-sonido
- Relaciones
- Historia personal – (literatura-teatro-películas-narraciones)
- Movimiento-danza
- Oración
- Meditación
- Misterio – (metáforas)
- Milagros
- Infinidad del amor universal – (apertura a milagros)
- Gracia y piedad de la vida y todos sus dones
- Dios

Parte IV

Expansión de conocimiento-construcción de marcos
para reconsiderar la Enfermería Cáritas:
El modelo energético de cuadrante de chacras.

Capítulo 16. Modelo integral para comprender las necesidades en la Enfermería Cáritas

La iglesia dice: El cuerpo es un pecado.

La ciencia dice: El cuerpo es una máquina.

La mercadotecnia dice: El cuerpo es un negocio.

El cuerpo dice: Yo soy una fiesta.

EDUARDO GALEANO, WALKING WORDS (CITADO EN ARRIEN 2005:77)

Como se discutió en una obra anterior (Watson 2005), el Modelo Integral de Wilber (Wilber 1998, 2001a, 2001b) provee un contexto de Ciencia de Cuidado/Cáritas para comprender la totalidad del enfoque disciplinario mayor para proveer puntos de vista del cuerpo y así del cuidado básico de enfermería. En el Modelo Integral de Cuatro Cuadrantes de Wilber nos movemos hacia mayor profundidad para comprender las múltiples formas de saber y ser y convertirse – un enfoque que integra e incluye la material sutil y densa, el cuerpo, el alma y el espíritu (Wilber 1998:102). Este modelo busca apuntar hacia la integración de lo inmanente con lo trascendental-transpersonal, lo sagrado con lo ordinario (Watson 2005).

Tabla 16.1 El Modelo de Cuatro Cuadrantes de Wilber (Wilber 1998)

Interior: superior izquierdo	Exterior: superior derecho
Mundo del significado subjetivo-vida interior; punto de vista fenomenológico; incorpora el reino espiritual	Mundo físico objetivo-externo Información, medición del mundo exterior Juicios de observaciones
Conocimiento/Saber del "Yo"	Conocimiento/Saber del "Eso"
Ubicación de la intencionalidad, conciencia interpretativa, y a menudo el reino imponderable de los estados mentales internos invisibles, pensamientos, consciencia	Ubicación del reino observable biológico de él/ella, conductual
Interior/intersubjetivo/colectivo: inferior izquierdo	Exterior: superior derecho
Mundo del significado subjetivo-vida interior; punto de vista fenomenológico; incorpora el reino espiritual	Mundo físico objetivo-externo Información, medición del mundo exterior Juicios de observaciones
Conocimiento/Saber del "Yo"	Conocimiento/Saber del "Eso"
Ubicación de la intencionalidad, conciencia interpretativa, y a menudo el reino imponderable de los estados mentales internos invisibles, pensamientos, consciencia	Ubicación del reino observable biológico de él/ella, conductual

El modelo de cuatro cuadrantes proporciona un marco de referencia para las perspectivas más básicas de plantillas subjetivas/objetivas, colectivas/individuales, internas/externas para comprender los componentes centrales de un proceso, fenómeno o práctica dada en un punto dado en el tiempo.

Dentro del marco integral de Wilber, él reconoce que necesitamos conocimiento y prácticas en todos los cuatro cuadrantes. Sin embargo, dentro de la arena de la práctica, la enfermería ha tendido históricamente a localizarse a sí misma profesionalmente en el lado derecho del cuadrante, mientras dentro del mundo académico, algunos de los trabajos teóricos-disciplinarios de evolución más rápida tienden a inclinarse al lado izquierdo del cuadrante.

En realidad, necesitamos un enfoque integral y comprensivo para la Ciencia del Cuidado y las nociones de practicantes Cáritas. Este marco más amplio reconoce y sistemáticamente

permite todas las formas de conocimiento así como formas de conocer en evolución que todavía no tienen nombre y que no han sido exploradas (Jarrin 2006), permitiendo diferentes niveles de desarrollo, diferentes niveles de evolución de la consciencia, diferentes inteligencias – morales y emocionales así como intelectuales – y así sucesivamente. Para la enfermería, este desarrollo nos permite adoptar conocimiento y saber en una variedad de formas –, las conocidas objetivamente y aquellos enfoques que han de surgir de la esfera no-física.

Por ejemplo, con un entendimiento de las diferentes esferas/cuadrantes del conocimiento, podemos catalogar los diagnósticos/taxonomías de enfermería y actos de procedimientos concretos físicos-técnicos, por un lado; por otro, con lo espiritual, filosófico, subjetivo, intencional, simbólico, el Cuidado/Conciencia Cáritas, la “Presencia” y el Ser. Tal como lo notó Jarrin (2006) en una exposición de una teoría unificada de la enfermería, dicha enfermería tiene un núcleo unificador para comprender y traducir diferentes focos de la enfermería al contexto del cuadrante. Así la enfermería es más capaz de comunicarse entre diferentes focos, y a través de las diferentes y diversas lentes que la enfermería y las enfermeras traen al mundo de la práctica académica y profesional. Este cambio hacia la integración del todo, que permite diferentes conceptualizaciones, une más que separar los muchos diversos niveles y discursos dentro del campo.

Es dentro de este aspecto más amplio y más profundo del atender necesidades básicas que nos damos cuenta que la enfermería simultáneamente toca o media todos los aspectos/cuadrantes y todos los niveles del sistema energético de los chacras, ya sea de forma intencional o no intencional. Así es importante ser más intencional, consciente y desarrollado con respecto a donde localizamos o “situamos” (Jarrin 2006) nuestras prácticas de cuidado con respecto a este Proceso Cáritas de necesidades humanas básicas. El capítulo 17 explora

el sistema de siete chacras como otra capa del modelo de cuadrantes, consistente con la Ciencia del Cuidado y la Enfermería Cáritas.

Capítulo 17. Los siete chacras:
Un enfoque unitario en evolución
del sistema energético de necesidades básicas

El antiguo sistema oriental arquetípico de chacras de energía, la anatomía o los centros de poder del sistema energético humano entran en juego al profundizar nuestro entendimiento de las necesidades básicas y sobre cómo asistir a otro con sus propias necesidades básicas. Esta visión va más allá del Modelo de la Jerarquía de Necesidades de Maslow (1968), e incorpora necesidades tanto físicas como no físicas en un sistema energético integrado. Este sistema energético de chacras antiguo pero evolucionado puede ser visto como una capa del Modelo de Cuadrante Integral de Wilber. Invita a la enfermera más avanzada en la Conciencia Cáritas a moverse del enfoque exclusivo en el lado derecho dominante del cuadrante y prepararse para actos y prácticas de cuidado-sanación más intencionales y conscientes que se originan en el cuadrante izquierdo pero que se manifiestan en el cuadrante derecho del mundo exterior. Una introducción y panorama general del sistema de chacras ayudará a aclarar este enfoque.

En el sistema corporal energético de chacras, existen siete centros de poder, o centros de fuerza vital, que corren por nuestros cuerpos. Sin embargo, dentro de este sistema de conocimiento hay una unidad de necesidades biológicas, psicológicas, emocionales y espirituales; todas son la misma. Por ejemplo, en este modelo de sistema corporal energético, la

espiritualidad es una necesidad biológica inherente, así como las necesidades biológicas de comida y fluido, eliminación y ventilación son inherentemente espirituales (Myss 1996).

Quizá dentro de esta integración holográfica no dual de Wilber y Myss (Modelo de Cuatro Cuadrantes con el Sistema de Chacras Energéticas de Siete Centros), con respecto a la Enfermería Cáritas y las necesidades básicas podemos visualizar los chacras como los que Wilber llama “líneas” de desarrollo y estados de cuidado que trascienden los cuadrantes, corriendo por ellos. Jarrin (2006) usa ejemplos de ambas líneas en la enfermería como:

- Las seis “C” del cuidado de Roach (2002).
- Los *Procesos Cáritas* Clínicos de Watson (2004a).
- La Taxonomía de Constructos del Cuidado de Leininger (1981).

La teoría de la salud de Newman (1994) como una consciencia en expansión, la Perspectiva Unitaria de Rogers (1970), la postura de cuidado ontológico de Boykin y Schoenhofer (2001), y los textos transpersonales de Watson (2002a, 2003, 2005, 2006) dan cuenta de estados no físicos, no ordinarios en el cuidado. Así, diferentes tipos de cuidado pueden incluir proveedores de cuidado a la salud profesionales (de enfermería y de otros) así como no profesionales. Ambas líneas y niveles de enfermería se convierten en tipos de cuidado también (Jarrin 2006). Así, las prácticas y programas prácticos que se enfocan principalmente en marcos de referencia de cuerpo-sistema/enfermedad pueden ser vistos como prácticas técnicas adecuadas, pero están incompletas respecto a las prácticas profesionales Cáritas sustentadas en el conocimiento. Dichos marcos de práctica del mundo externo, del cuadrante derecho, son incompletos e inadecuados con respecto a nociones de la Enfermería Cáritas y un contexto disciplinario de la Ciencia del Cuidado más maduro.

Si la acción es influenciada solo por el campo objetivo del cuadrante derecho, la enfermería puede ser y con frecuencia

se reduce a una tarea, un fin en y de sí misma. Asimismo, la persona/paciente se reduce al “caso” físico, al estatus moral de objeto. Al ocurrir esta situación resbalosa, permite que se realicen actos que son inconsistentes con una ética del cuidado que honra el “rostro”, a la persona completa. Por ejemplo, si otro ser humano se reduce al estatus moral de objeto, uno puede comenzar a justificar hacer cosas a la otra persona como si fuera un objeto, algo que uno nunca haría a una persona completa en plenas funciones.

Sin embargo, si dichas prácticas están ubicadas dentro de un sistema de chacras integral, energético, de conocimiento total, esas mismas tareas concretas y altamente técnicas (manifiestas en el cuadrante exterior del lado derecho/chacras inferiores) pueden ser influidas/transformadas por una conciencia e intencionalidad evolucionada del cuadrante izquierdo, con una conciencia que se afecta al todo. Asimismo, incluso si el punto de partida es el cuadrante derecho, la Enfermera Cáritas está consciente que está afectando las experiencias del cuadrante izquierdo. Son las mismas.

En un modelo profesional evolucionado de la Ciencia del Cuidado/Proceso Cáritas, estas tareas básicas y actos corporales-físicos tienen alta consideración, respeto y son vistas a través de una lente mayor; son vistas desde el cuadrante izquierdo y el sistema de chacras energético y evolucionado. Así, la tarea, necesidad básica, o cuidado físico no está aislada de la persona completa, ni está aislada del sistema de conocimiento disciplinario total de la Ciencia del Cuidado.

Para explorar el sistema energético de chacras con más profundidad para la Enfermera Cáritas, buscamos tradiciones de sabiduría y filosofías perennes de todos los tiempos y culturas. Dicho conocimiento antiguo, a menudo ubicado dentro del modelo del cuadrante izquierdo, nos instruye en verdades antiguas asociadas con dirigir nuestra fuerza vital y la fuente energética en el mundo externo.

Estos conocimientos y evolución del sistema energético de chacras nos ayuda a comprender cómo es que encarnamos y

balanceamos nuestras energías de cuerpo y alma, de pensamiento y acción, de lo físico y mental, para la salud y la sanación. El sistema de energías primarias es de “tanto uno como el otro”, no de “o uno o el otro”; es tanto físico como espiritual. Se desarrolla y nos guía por toda la vida hacia una consciencia y totalidad del ser en evolución, que trasciende la enfermedad. El sistema energético de chakras espiritual-físico se alinea con el modelo del cuadrante izquierdo y derecho. Así hay espacio para la plenitud del practicante y su evolución hacia tornarse de más humanidad, más cuidado, más sanación, al mismo tiempo que permite que la profesión localice sus acciones dentro de un sistema de conocimiento completo para la epistemología de cualquier práctica (Hagerdon, comunicación personal, 2006).

Nuestros cuerpos contienen un plano inmanente para la sanación, en el sentido que los humanos son duplicados energéticos de un poder espiritual, una fuerza energética vital que nos conecta a la energía universal, que a veces es llamada “sistema de poder Divino” del universo (Myss 1006:64). En otras palabras, por cada aspecto físico del cuerpo y su manifestación en el plano físico, existe una capa metafísica de una fuerza vital energética. Esta perspectiva nos da un sentido y propósito completamente diferentes para comprender cómo asistir con las necesidades humanas básicas; incorpora un marco energético sagrado donde el ser y otros pueden ser ayudados a co-crear su propia salud y sanación al tiempo que se aprende a vivir la vida de forma más plena. O este marco puede ayudar a las enfermeras a asistir a otros de forma más plena movilizándolo la fuerza vital energética del ser y el otro por medio del acto sagrado de atender las llamadas necesidades humanas básicas.

De acuerdo a Myss en su obra de 1996 (mi guía para la perspectiva aquí), “nuestro diseño biológico también es un diseño espiritual” (1996:64); así, la energía y el espíritu se conjuntan. Es interesante que este punto de vista de la conexión biológica-espiritual (energética) entre la humanidad y los fenómenos de la enfermería ha sido anticipado por Nightin-

gale (1969) y Martha Rogers (1970) y explorados por otros, incluyendo Macrae (2001), Newman (1994), Watson (1999, 2005), y Watson y Smith (2002).

Sin embargo, Myss (1996) hace más explícitas estas conexiones, integrando el sistema espiritual-energético con el biológico-físico, incluyendo los retos a la salud, el sufrimiento físico y emocional, y la enfermedad. Así ella crea posibilidades para comprender que toda la tensión humana corresponde a una crisis espiritual (o metafísica) en algún nivel, presentando así una oportunidad para un aprendizaje y evolución más profundos de nuestra consciencia (Newman 1994) hacia la sanación/salud.

El encontrar soluciones para asistir al ser y al otro con las necesidades básicas entonces adquiere un sentido completamente distinto, invitando a cada persona a reflexionar respecto a su propio sistema energético y acceder, re-direccionar y balancear el propio espíritu/energía/poder para reclamar/volver a nuestra totalidad-del-ser original.

SISTEMA CORPORAL ENERGÉTICO DE LOS CHACRAS

Este marco revisado reconoce la conexión de cada necesidad básica y la naturaleza holográfica de todas las necesidades, en el sentido que las necesidades del todo (persona) están contenidas dentro de cada parte/cada acto. Toda la conciencia del cuidado acoge a cada parte/cada acto. Se reconoce la unidad de la mente-cuerpo-espíritu. Lo físico es sobrepuesto a lo espiritual, las dimensiones físicas con las no físicas-energéticas-espirituales de nuestra humanidad, lo sagrado con lo profano y lo ordinario.

Dentro de este punto de vista holográfico expandido, podemos reconocer la realidad de las necesidades básicas y una forma de pensar en ellas para propósitos intelectuales, tanto como necesidades básicas separadas identificadas para la supervivencia física – comúnmente el enfoque del cuidado de enfermería – como necesidades en evolución llenas de espíritu, también necesarias para la supervivencia del alma, por decirlo

así. Así podemos comprender que cada necesidad física tiene una capa metafísica. Además, en un modelo de Enfermería CárITAS reconocemos que cada acto físico carga una energía llena de espíritu. Nosotros expandimos y extendemos nuestro enfoque hacia cómo asistir a otros a satisfacer sus necesidades humanas básicas. Cambiamos de considerar la Conciencia CárITAS más profunda – los actos sagrados de ministrar/administrar a otros a ayudarlos a satisfacer sus necesidades básicas, no como partes sino ministrando a una persona completa, un sistema de conocimiento total que está unificado y lleno de espíritu.

LAS NECESIDADES BIOFÍSICAS Y CORRESPONDIENTE SISTEMA ENERGÉTICO DE CHACRAS

Las necesidades biofísicas son consideradas las más primitivas, instintivas y biológicas para la supervivencia física del cuerpo físico, con respuestas y requisitos orgánicos involuntarios: comida, bebida, eliminación, ventilación, y expresión sexual. Estas necesidades básicas están asociadas con el antiguo sistema energético de chacras, que incluye desde el chacra primero hasta el tercero.

Primer chacra: chacra de la base: – aterrizar-conectar con la energía de la Madre Tierra para su plena encarnación, también considerado el “chacra raíz”. El primer chacra está ubicado en la base de la espina dorsal. Está relacionado con aterrizar, conectarse con la energía de la Madre Tierra; el significado espiritual está relacionado al mundo material. La antigua “verdad” arquetípica asociada con este chacra es la verdad que “todo es uno”, en el sentido que reconocemos la interconexión de todo en la vida que existe. No estamos separados entre nosotros o de la energía de la totalidad. Todos somos parte de la familia de la humanidad. Esta creencia es un entendimiento espiritual universal asociado con el chacra base como el fundamento de la fuerza vital (Myss 1996).

Este centro energético abarca el sustento del cuerpo físico: la base de la espina dorsal, las piernas, huesos, pies, recto, y sistema inmunológico. Está asociado con la capacidad de estar-en-el-mundo, de estar conectado con el plano terrenal, y de “plantarse” para el ser. Este refleja la capacidad de proveer para las necesidades de la vida, sentirse en casa, tener una familia física, y disfrutar seguridad de grupo conectada con el orden y ley social y familiar (Myss 1996). Esta energía representa el poder tribal como un arquetipo para la identidad grupal, fuerza de grupo, fuerza de voluntad, y sistemas de creencias grupales. Nos conecta con significados familiares, refleja nuestra identidad, asociada con un sentido de pertenencia a un grupo, una cultura, una ubicación geográfica (Myss 1996). La conexión energética es el fundamento de la salud emocional y mental, estabilidad desde el interior de la unidad familiar, y experiencias sociales tempranas.

Los miedos primarios inherentes a esta ubicación energética son los miedos de supervivencia, abandono por el grupo /familia identificada, y la pérdida del orden físico., Las fortalezas primarias asociadas con este chacra incluyen la “identidad, unión, código de honor y el apoyo y lealtad que le dan a uno un sentido de seguridad y conexión al mundo físico” (Myss 1996:164).

El color asociado con este primer chacra es el rojo.

El Factor Carativo/Proceso Cáritas relacionado más de cerca a este chacra es el número 8: provisión de un entorno de apoyo, protección y correctivo/espacio seguro, espacio de sanación donde los aspectos físicos-no físicos se incluyen en las necesidades de cuidado físico básicas: por ejemplo el confort, la dignidad, la seguridad, privacidad y así sucesivamente, para maximizar la sanación.

Segundo chacra: chacra pélvico: – asociado con la sexualidad, la creatividad y el nacimiento de nueva vida, ya sea como ideas o como fuerza vital biológica. El segundo chacra está ubicado

en el área pélvica. Este punto energético se sintoniza al diseño biológico para la procreación, creatividad, unión y relaciones sexuales: desde Eros pasando por Philos hasta Agape que van desde el matrimonio a la amistad a los vínculos y sociedades profesionales al Amor Ágape. La dimensión sagrada que opera aquí honra al ser y al otro, actuando con integridad en todas las relaciones.

El segundo chacra es considerado el “chacra de pareja” y está vinculado al poder de las relaciones. Aquí la energía cambia a descubrir relaciones que satisfacen las necesidades personales y físicas (Myss 1996). La ubicación es del abdomen inferior al área del ombligo, incluyendo los órganos sexuales, intestino grueso, vértebras inferiores, pelvis, área de la cadera, apéndice, y vejiga. El área está conectada a la necesidad de relaciones, expresión sexual-creativa, y nuestra necesidad de control sobre el entorno físico, incluyendo el dinero y otras formas de expresividad dentro de nuestro entorno.

El segundo chacra es activado por el miedo de perder el control, perder relaciones, perder amor, ser traicionado, y perder poder sobre el cuerpo físico. Las fortalezas primarias están relacionadas a la supervivencia financiera, el protegerse a sí mismo, y la capacidad de establecer sociedades, propiedad personal, y toma de decisiones (Myss 1996). Este es el sitio energético de la expresión personal-profesional, creativa, donde se manifiestan nuestros talentos individuales y fuerza vital.

El color asociado con el segundo chacra es el anaranjado.

Los Factores Carativos/Procesos Cáritas 6 y 9 son los más prominentes con respecto al sistema del segundo chacra: el FC/PC 6: uso sistemático de resolución creativa de problemas en el proceso de cuidado, uso creativo del ser y todas las formas de saber para participar en el arte de las prácticas de cuidado; FC/PC 9: asistencia con la gratificación de las necesidades humanas básicas y la expresividad.

Tercer chacra: chacra del plexo solar: – asociado con los sentimientos “viscerales”, la sede de todas las emociones,

impulsos emocionales, respuestas instintivas de lucha o huida; este centro energético se conecta con el “estómago, páncreas, suprarrenales, intestinos superiores, vesícula biliar, hígado y la espina media, ubicado detrás del plexo solar” (Myss 1996:167). De acuerdo a Myss, este centro está relacionado con nuestro poder personal, el centro magnético de la personalidad y el ego. Está atado a atracciones simbólicas y energéticas entre el mundo externo y el ser internalizado. Este es el lugar donde se tienen los miedos primarios, “como rechazo, crítica, el no cumplir con las responsabilidades, todos los miedos relacionados a la apariencia física, envejecer, miedos que otros descubran nuestros secretos” (Myss 1996:168). Las fortalezas primarias de este punto energético son “la autoestima, el autorrespeto, autodisciplina, ambición, la capacidad de generar acción, manejar una crisis, el coraje de asumir riesgos, la ética, la fortaleza de carácter” (Myss 1996:168).

El color asociado con el tercer chacra es el amarillo.

El Factor Carativo/Proceso Cáritas 5 está muy asociado con este campo energético: la promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.

Estos tres chacras inferiores están asociados con las necesidades biofísicas básicas – eliminación, comida y fluido, ventilación, sexualidad. Estas necesidades básicas están asociadas con fuentes de energía de la Madre Tierra, energía de la tierra misma como base de nuestro ser.

Estas necesidades incorporan la intimidad, sensualidad, movimiento corporal, abrir el cuerpo energéticamente para la libertad de movimiento, ventilación, y aliento, así afectando también la necesidad de ventilación. El plexo solar es el centro para la expresión de sentimientos, emociones, miedo, ansiedad, resentimiento – emociones almacenadas con una necesidad de expresión, las llamadas emociones viscerales.

Me resisto a categorizar las necesidades básicas en necesidades biofísicas de menor y de mayor orden; sin embargo para fines de estudio y aprendizaje, a veces uno debe explorar

las partes fundacionales conservando el todo/holograma como trasfondo. Todas las necesidades humanas biofísicas pueden ser enmarcadas holográficamente como las necesidades de fondo y básicas para la supervivencia humana y que son instintivas y orgánicas; sin embargo, toda necesidad biofísica básica tiene una capa metafísica, reflejada por el sistema de chacras.

Respecto a estas necesidades biofísicas identificadas, las compartimos con los animales como instintos básicos de supervivencia. Estas necesidades básicas son primales, primordiales, instintivas, con frecuencia involuntarias, y esenciales para nuestra humanidad. Dentro de una Conciencia Cáritas profesional, se honra la encarnación del espíritu dentro de cada necesidad. Cada necesidad individual afecta y es parte del ser total de la persona, y el ser total de la persona puede ser reflejado en cualquier necesidad. Mientras que pueda haber una necesidad presente, el todo siempre está presente como trasfondo a la necesidad que se presenta en un momento dado.

Para nuestros fines, el trasfondo puede ser la necesidad de alimento y fluido, eliminación, ventilación, actividad, y sexualidad. Estas son las necesidades más básicas de supervivencia y aquellas que necesitan alinearse más de cerca a los primeros tres chacras.

Estas necesidades de supervivencia básicas están primariamente asociadas con los primeros tres chacras. Pero una vez que nos movemos hacia el cuarto chacra, evolucionamos hacia dimensiones más profundas de nuestra humanidad y nuestra conexión con la consciencia más elevada llena de espíritu, más allá del reino físico.

A medida que nos movamos más allá de estas necesidades más básicas de nivel supervivencia-instintivo, podemos identificar otras necesidades humanas, – también básicas pero en diferente nivel, más allá de la supervivencia física y para la supervivencia del ser espiritual, de cierta forma. Otras necesidades más allá de estas necesidades básicas de supervivencia-instintivas son aquellas siempre presentes en el humano, aquellas influenciadas por la cognición, reflexión, emociones, deseo, consciencia en

evolución, autoconsciencia, voluntad, y así sucesivamente. Los ejemplos incluyen la necesidad de amor propio, autoestima, autocontrol, autoconocimiento, autocuidado, autorrealización, autoconsciencia, autoaceptación, crecimiento propio, autonomía, relaciones, amor, conexiones, entre otros. El humano evolucionado entonces se mueve hacia la consciencia arquetípica de cuarto nivel de la fuente de la fuerza vital energética.

LA EVOLUCIONEVOLUCIÓN HUMANA – SISTEMAS ENERGÉTICOS DE CONSCIENCIA DE ORDEN MAYOR

Cuarto chacra: chacra del corazón: este punto energético conectado con el amor y la compasión; moverse del humano físico-emotivo, centrado en el ego, motivado por el miedo, al humano centrado en el corazón; abierto a aquello que nos conecta con la fuente mayor de vida. Aquí nos movemos del plano físico dominante a un despertar espiritual más elevado/más profundo de los sentidos y sensibilidades. El chacra del corazón incluye el corazón y sistema circulatorio, los pulmones, hombros y brazos, costillas y pecho, diafragma, y timo (Myss 1996). Está vinculado con los sentimientos de perdón, esperanza, y confianza, así como amor, compromiso, y compasión. Un chacra del corazón cerrado encierra odio, resentimiento, amargura, duelo, ira, egoísmo, y soledad (Myss 1996). Una persona centrada en el corazón se mueve de un enfoque cognitivo, racional de cabeza-ego hacia la apertura al aprendizaje, a ver otras formas de Ser-en-el-mundo. Uno se torna una persona cuyo corazón puede tener perdón; se desarrolla un corazón abierto lleno de amor-bondad, ecuanimidad, e intención consciente; un corazón abierto a la paradoja de la capacidad de tener alegría y dolor, lado a lado. A medida que el humano evolucionado abre el corazón, puede descubrir la búsqueda de sabiduría/intuición/nueva visión/nuevas formas de ver y comprender.

Yo he oído que se dice que cuando uno abre el chacra del corazón, se abren todos los otros puntos energéticos de chakras para permitir un flujo energético a lo largo y ancho de todo el

cuerpo. El chacra del corazón es el centro para el amor, la compasión y la compañía y abre el acceso a aquello que es mayor que el ser en el plano físico de la existencia; nos abre para conectarnos con el campo infinito del amor universal. Este chacra nos enseña cómo actuar por amor y compasión y cuidado, reconociendo que la energía más poderosa que tenemos es el amor (Myss 1996).

Myss dice que más que cualquier otro chacra, el “cuarto representa nuestra capacidad de ‘desprendernos y dejar a Dios ser’. Con esta energía aceptamos nuestros desafíos emocionales personales como extensiones de un plan Divino, que tiene como intención nuestra evolución consciente. Al liberar nuestro dolor emocional, al desprendernos de nuestra necesidad de saber por qué las cosas han sucedido como ocurrieron, llegamos a un estado de tranquilidad. Sin embargo para lograr esa paz interior, tenemos que acoger la energía sanadora del perdón, y liberar nuestra necesidad menor de justicia humana autodeterminada” (Myss 1996:197-198).

Los miedos primarios asociados con el chacra del corazón incluyen el miedo a la soledad, compromiso, y “seguir nuestro corazón”; el miedo de una incapacidad de protegernos emocionalmente; miedo de debilidad emocional, y de traición. La pérdida de la energía centrada en el corazón puede dar lugar a los celos, amargura, ira, odio, y una incapacidad de perdonar a otros y al ser (Myss 1996:198). Las fortalezas primarias de este chacra incluyen el amor, el perdón, la compasión, dedicación, inspiración, esperanza, confianza, y la capacidad de sanarnos a nosotros y a otros. El amor en su forma más pura – el amor incondicional – es la sustancia de lo Divino. Nuestros corazones están diseñados para expresar la belleza, la compasión, perdón, alegría y amor. El amor es el campo de nuestros cuerpos físicos y espirituales. Toda lección en la vida, en cierto nivel, es una lección en cierto respecto sobre aprender más del amor (Myss 1996:198-199).

El color asociado con el cuarto chacra es el verde.

Este cuarto chacra del corazón está muy asociado con

el Factor Carativo/Proceso Cáritas 1: valores humanístico-altruistas; práctica de amor-bondad y ecuanimidad hacia el ser y otros. A medida que la Enfermera Cáritas evoluciona más plenamente dentro del Modelo Cáritas, se cultiva este punto energético; este chacra hace la mayor contribución hacia las prácticas de cuidado-sanación. La Enfermera Cáritas está abierta a una evolución de la consciencia centrada en el corazón, moviéndose más allá de la enfermera estrictamente intelectual, técnica, centrada en el ego-cabeza.

Así, existe una diferencia entre la enfermería ordinaria y la Enfermería Cáritas. La diferencia radica en la evolución de la consciencia centrada en el corazón y en el trabajo desde esta consciencia evolucionada, incluyendo el cuarto chacra y más allá, para abordar cualquier problema de los chacras inferiores. El cultivo de esta fuente energética es fundamental para el trabajo de cuidado-sanación en el mundo. Cuando se abre el chacra del corazón, nos conectamos con la fuente.

Quinto chacra: “chacra de la garganta”: – que le da voz a nuestra expresión de la fuerza vital en el mundo. Este centro está relacionado a la expresión por medio de la voz para transmitir las intenciones sinceras, dando voz a la acción, viendo y conociendo por medio de la mente y el corazón y la consciencia en evolución. Los órganos asociados con esta anatomía energética incluyen la garganta, la tiroides, tráquea, vértebras del cuello, boca, dientes, encías, esófago, paratiroides, e hipotálamo (Myss 1996:98). De acuerdo a Myss, el desafío simbólico de este chacra es progresar por la maduración de la voluntad, desde la percepción que todos y todo tiene autoridad sobre ti a la percepción que tú tienes autoridad sobre ti y que progresas hacia la realización/despertar del hecho que la verdadera autoridad viene de alinearte con la voluntad superior de Dios. Esto incluye una entrega espiritual del control del ego a aquello que es mayor. Los miedos primarios están relacionados a no tener autoridad o poder de elección dentro de nuestras vidas y relaciones personales-profesionales.

Luego, temer que no tenemos autoridad dentro de nosotros resulta en que estemos fuera de control con el dinero, la dieta, la comida, las drogas, y asuntos similares; existe miedo de que otra persona tenga control sobre nuestro bienestar. Finalmente tenemos la voluntad de Dios, la lucha más difícil de liberar el control a una fuente más elevada (Myss 1996:220).

Las fortalezas primarias de esta fuente energética son la fe, el autoconocimiento, autoridad personal, y la capacidad de tomar decisiones, permanecer fiel al verdadero ser y dar expresión auténtica a nuestro ser-en-el-mundo. La fortaleza proviene del conocimiento profundo que tenemos la capacidad de conservar nuestro mundo para nosotros mismos y para otros.

El color asociado con el quinto chacra es el azul.

Los Factores Carativos/Procesos Cáritas asociados con el chacra de la garganta son los números 2: fe-esperanza-ayudar a otros a tener un sistema de creencias profundas; y 4: desarrollo de una relación auténtica de ayuda-confianza-cuidado

Sexto chacra: “el tercer ojo”: – la consciencia en evolución involucra nuestras capacidades mentales y de razonamiento y nuestras habilidades reflexivas en la evaluación de nuestras creencias y actitudes. Este chacra resuena con las energías de nuestros psiques, nuestras fuerzas de consciencia. La literatura oriental se refiere a este chacra como el ‘tercer ojo’ o centro espiritual donde la mente y psique cultivan la visión y sabiduría intuitivas” (Myss 1996:237). Así, también se puede pensar en él como el chacra de la sabiduría, la consciencia elevada, ver más allá del ego, y desarrollo de la intuición.

La ubicación del sexto chacra es en el centro de la frente. Los desafíos aquí sobre abrir la mente, cultivar una mente impersonal, reconocer las “verdades falsas” (Myss 1996:227), hacerse auto-autodirigido, discriminar entre pensamientos motivados por el amor y la fuerza y aquellos motivados por el miedo y la ilusión y el control. En última instancia considero

que este chacra representa la consciencia en evolución y el movimiento hacia un nivel más alto/más profundo de despertar a nuestra consciencia más elevada, que es el amor (Watson 2005). La conexión energética con el cuerpo físico incluye el cerebro, sistema neurológico, glándulas pituitaria y pineal, así como los ojos, oídos y nariz (Myss 1996:237).

Las lecciones en el camino en relación a la consciencia en evolución incluyen nuestra capacidad de convertirnos en testigos de nuestras propias creencias y estados mentales, conduciendo a la sabiduría, serenidad y paz interior. Esto engloba la capacidad de estar quieto en medio de las amenazas y caos, el discernir las luchas de poder de la ilusión contra la intuición dentro de un marco más amplio del orden divino del universo y nuestra conexión con él.

Los miedos primarios incorporados en esta área incluyen una falta de disposición de mirar al interior, el miedo de la exploración interna, y el miedo a nuestro lado sombrío y sus atributos. Los desafíos incluyen estar atorado en configuraciones mentales y creencias predeterminadas, el miedo de desprendernos de las ilusiones del mundo exterior, y una falta de disposición de explorar nuestro lado sombrío con ecuanimidad y perdón. Las fortalezas primarias incluyen el cultivo de la autoconsciencia más profunda, la intuición, sabiduría, creatividad; la consciencia más elevada para el razonamiento intuitivo; y la inteligencia emocional: en resumen, convertirse en un ser humano más evolucionado (Myss 1996).

El color asociado con el sexto chacra es el violeta amatista.

Los Factores Carativos/Procesos Cáritas asociados con el sexto chacra del “tercer ojo” incluyen los números 1: sistema de valores humanístico-altruistas/práctica del amor-bondad y ecuanimidad; y 10: permitir las dimensiones existenciales-fenomenológicas-espirituales en nuestra propia vida y evolución; abrirse y asistir al “misterio”, las verdades más profundas detrás de las ilusiones, – “permitir el milagro”.*

Séptimo chacra: “chakra de la corona”: – conector trascendental espiritual. Esta fuente energética es nuestra conexión con nuestra naturaleza espiritual, nuestra capacidad de traer el espíritu a nuestras vidas y mundo. Invita la gracia, la piedad, el Amor y a la entrega a entrar a nuestras vidas, permitiendo una relación íntima con lo Divino. Este chacra nos abre a nuestra fuente tranquila, interior del alma para alinearnos con la energía universal del amor cósmico (Watson 2005), donde nuestra consciencia, despertar y prácticas internas de meditación, oración y sacramentos espirituales nos permiten trascender nuestro ser ego-físico. La ubicación de este chacra es en la corona de la cabeza.

Este chacra se considera el punto de entrada de la fuerza vital humana, que se vierte sin fin hacia el sistema energético humano desde el universo mayor, desde Dios (Myss 1996:265). De acuerdo con Myss (1996), como se representa en el arte de Hildegard of Bingen (ver Figura 19, capítulo 15), “esta fuerza vital del universo nutre al cuerpo, la mente y el espíritu. Se distribuye a lo largo y ancho del cuerpo físico y los seis chacras inferiores, conectando todo el cuerpo físico al séptimo chacra. La energía del séptimo chacra influye todos los otros sistemas principales del cuerpo: el sistema nervioso central, el sistema muscular y la piel” (Myss 1996:265).

El séptimo chacra contiene la energía que inspira y genera devoción, pensamientos proféticos, ideas trascendentales, y conexiones místicas. Se reporta que este chacra contiene la forma más pura de la energía de la gracia y el amor; salvaguarda nuestra capacidad de intuición y visión más allá de la consciencia ordinaria. Es el reino místico (Myss 1996:266). También se puede considerar como alineada de cerca con la necesidad humana básica de autorrealización, pero va más allá de ello hacia el reino de lo Divino, lo místico, abriéndose al infinito. De acuerdo a Myss, los miedos primarios asociados con el séptimo chacra se relacionan a asuntos espirituales del “lado oscuro

* De la interpretación de Resurrection Health en Chicago.

del alma”: miedos de abandono, pérdida de identidad y pérdida de nuestra conexión con la vida y aquellos alrededor nuestro. Las fortalezas primarias de este chacra incluyen la fe en la presencia de lo Divino, el tener fe-esperanza en aquello que es mayor al ser, un orden divino en la vida y experiencias propias, una profunda confianza que el orden se despliega en medio del caos, confusión, las crisis, miedos, y así sucesivamente. Esta confianza, fe y fortaleza de espíritu nos ayudan a superar los miedos humanos ordinarios, y buscar devoción, silencio, oración y paciencia para lidiar con los desconocidos.

El color asociado con el séptimo chacra es el blanco.

El séptimo chacra es el que le permite a las enfermeras y a otros el estar “abiertos al milagro” para el ser y para otros. Así los Factores Carativos/Procesos Cáritas asociados más de cerca con este chacra son los números 1: práctica de amor-bondad y ecuanimidad; y el 10: apertura a lo espiritual-misterioso y a las dimensiones existenciales de la propia vida y muerte: “permitir un milagro”.

Una vez que las enfermeras y otros practicantes de la salud y sanación se conectan con su propia fuente energética y asisten en la evolución de su consciencia a un reino más elevado/más profundo, se abren fuentes de energía para diferentes aspectos de su fuerza vital y Ser-en-el-mundo simultáneamente que se unen con una fuente de energía infinita, permitiéndoles el trascender cualquier situación. Se despiertan a un sentido mayor del ser, de comunidad, comunión, evolución espiritual, y así sucesivamente.

Capítulo 18. La ENFERMERA CÁRITAS/ENFERMERÍA CÁRITAS y los sistemas de chacras

Una de las características que distingue una Enfermera Cáritas y la Enfermería Cáritas de la enfermería rutinaria y ordinaria es dónde y cuándo la enfermera coloca su consciencia de las dimensiones más profundas del rango completo energético humano. Por ejemplo, se puede plantear que una enfermera rutinaria, no completamente despierta, podría técnicamente ser competente y conducir prácticas de cuidado rutinario en el nivel básico físico del cuadrante derecho, pero ella no sería una Enfermera Cáritas ni estaría practicando desde la Conciencia Cáritas.

Es más probable que la enfermera ordinaria practique desde el ego-mente y que opere más desde la experiencia basada en tareas orientada al mundo exterior, a través del cuadrante objetivo exterior enfocado más en los tres chacras inferiores. Con un enfoque tan restringido, casi no existe consciencia de la evolución ascendente requerida para la Enfermería Cáritas. Existe poca o nula consciencia voluntaria o atención a la dimensión energética, no física, de la consciencia, del cuadrante izquierdo, la intencionalidad, y así sucesivamente, que influye al mundo exterior de las prácticas del cuidado físico. Una Enfermera Cáritas busca trabajar con todos los chacras, permitiendo que una infusión de energía y consciencia trabaje no solo con los tres chacras inferiores sino también desde el cuarto en adelante, abriéndose a todo un sistema de conocimiento y permitiendo

que nuestra consciencia evolucionada, aperturas energéticas más elevadas y pensamiento del cuadrante izquierdo influya/ transforme todos los niveles de la práctica.

La Enfermera Cáritas informada es aquella que es intencional, que está en evolución y despierta. La Enfermera Cáritas profesional es la que atiende y acoge los sistemas de los tres chacras inferiores del enfoque corporal-físico así como el resto de los sistemas energéticos; este tipo de Enfermería Cáritas integra el sistema de conocimiento del cuadrante izquierdo con el mundo exterior de las tareas y el cuidado técnico objetivo. Por lo tanto la Enfermera Cáritas es aquella que participa auténticamente en su propia evolución de Conciencia Cáritas, abriendo el acceso a la fuente de energía vital del sistema de conocimiento del cuadrante izquierdo, que resulta en prácticas de cuidado concretas que son de naturaleza tanto física como metafísica.

La Enfermera Cáritas está abierta a trabajar desde el cuarto chacra hasta el séptimo chacra. Esto se convierte en un viaje de toda la vida para llevar la Conciencia Cáritas y un sistema más completo de conocimiento-sabiduría a las prácticas personales-profesionales y al trabajo de vida en el cuidado-sanación.

La Enfermera Cáritas y la Enfermería Cáritas cultivan y manifiestan el primer Proceso Cáritas fundamental: amor-bondad y ecuanimidad, meditar en la apertura del corazón para evolucionar más allá de la configuración mental centrada en la cabeza, de ego-miedo, y de control, tan prominente en la enfermería institucional rutinaria no reflexiva. La Enfermera Cáritas es aquella que trabaja desde el cuarto hasta el séptimo chacra – corazón-garganta, tercer ojo y corona – para influir, encarnar y acoger los actos prácticos y concretos del cuidado cimentados en el plano terrenal físico. El sistema de chacras es una representación arquetípica de la maduración individual por medio de siete etapas distintas (ver Capítulo 17). Los chacras sugieren que nosotros evolucionamos y ascendemos hacia lo Divino al dominar la atracción seductora que nos mantiene ensimismados y limitados a un enfoque en los chacras inferiores

básicos, el cuadrante derecho exterior y el mundo físico-material externo como el enfoque supremo pero limitante de la existencia humana.

Cada chacra representa una lección o desafío de vida espiritual común a todos los humanos. A medida que una persona evoluciona dando más atención a los aspectos más profundos/más elevados de la vida, se obtiene autoconocimiento, sabiduría y verdadero poder, de los que todos se integran al espíritu y al camino de la consciencia espiritual. Así la Enfermera Cáritas es alguien que ingresa al camino del despertar y que se mueve por este camino más elevado para el ser al tiempo que se honra y apoya el camino de otros.

RESUMEN DE LOS CHACRAS

Primer chacra: lecciones relacionadas al mundo material-físico.

Segundo-tercer chacras: lecciones relacionadas a la sexualidad, trabajo, deseo físico, posesiones materiales: lecciones relacionadas a la personalidad individual, emocional, impulsada por el ego y la autoestima.

Cuarto chacra: lecciones relacionadas al amor, perdón, compasión, bondad, ecuanimidad.

Quinto chacra: lecciones relacionadas a dar expresión auténtica, dar una voz única para tener un efecto sobre las elecciones de vida, la voluntad y el ser propio con el ser y el otro.

Sexto chacra: lecciones relacionadas a la mente abierta, intuición, visión, sabiduría, entrega a la fuente mayor del universo.

Séptimo chacra: lecciones relacionadas con el acceso a una fuente mayor del cosmos infinito; relacionadas con la propia apertura a la fuente espiritual más elevada para la evolución de la consciencia.

La Enfermera Cáritas es la que tiene un alto estándar de excelencia ética-espiritual para las lecciones personales-profesionales, crecimiento, y y Estar-en-el-mundo; aquella

que despierta a su propia evolución espiritual arquetípica en los chacras para profundizar en la humanidad del individuo. La Enfermera Cáritas es la que trabaja para aterrizar el ser en los primeros tres chacras para conectarse con la energía del planeta Tierra. El desafío es también trabajar en abrir el cuarto chacra y más allá para evolucionar como un ser humano más maduro, civilizado y moral, conectando con el nivel más profundo de la naturaleza Divina. Dicho crecimiento y lecciones personales-profesionales de cuidado-sanación son necesarios para la Enfermería Cáritas al tiempo que se honran las necesidades básicas que emanan del primero, segundo y tercer chacra. Así la Enfermera Cáritas participa en el cultivo del cuidado humano compasivo, trabajando desde un corazón y mente abierta e inteligente y con una conciencia llena de espíritu del amor-bondad, ecuanimidad, perdón, y compasión para el ser y el otro. La Enfermera Cáritas está abierta a aprender lecciones del cuadrante de conocimiento izquierdo y de todo el sistema de chacras como formas distintas de saber y evolucionar, así abriéndose a honrar la propia autoevolución total así como la plenitud del otro, recurriendo a todo un sistema de conocimiento y a un camino de vida para la evolución personal/profesional. Así los Procesos Cáritas dentro de la Filosofía y Ciencia del Cuidado guían a la enfermera y a la profesión y disciplina evolucionada de la enfermería por el viaje ético y moral y la herencia de las prácticas Cáritas al aprender a vivir los Procesos Cáritas formales teóricos en el trabajo y mundo propios.

Esta línea de pensamiento permite a la Enfermera Cáritas cultivar la conciencia que cualquier condición física tiene un espejo metafísico-energético en el nivel no físico. Todo fenómeno del mundo exterior, del cuadrante derecho tiene un sentido del cuadrante izquierdo que lo influye. Por lo tanto, el vivir, morir, los fenómenos de salud de cuidado-sanación tienen muchas capas y son complejos; en última instancia somos incapaces de conocerlos por completo; son inefables, recordándonos que en última instancia moramos dentro del misterio de la infinitud.

Parte V

Salud, sanación, humanidad
y saber centrado en el corazón
para la *Enfermería Cáritas*

Hace más de un siglo, Florence Nightingale estableció el enfoque de enfermería en un contexto de salud y totalidad que contenía pero trascendía los enfoques corporales-físicos, limitados a la salud y sanación; así, ella acogió el espíritu humano y los fenómenos no físicos que residen por dentro y por fuera. Ella defendió que la enfermería se enfocara en la salud y en las experiencias humanas que afectan a toda la humanidad por el tiempo y el espacio, en todas edades, nacionalidades, razas, y variedades de circunstancias humanas que compartimos. Dicho enfoque trasciende la enfermedad y los padecimientos al tiempo que acomoda esas realidades de la enfermería.

Dentro del contexto de la Enfermería Cáritas, se puede hacer más explícito que las nociones de salud y sanación relacionadas al cuidado son muy diferentes de los enfoques exclusivamente médicos, clínicos, corporales-físicos. En este modelo, la salud es más que nada un concepto ilusorio si no es que filosófico que así ha de ser definido individualmente. Es una experiencia y fenómeno subjetivo, del mundo de la vida interior, que necesariamente puede ser definido solo por criterios externos.

Ni la salud ni la enfermedad es un estado absoluto; más bien constituyen un proceso de vivir, crecer, evolucionar, ser, experimentar y aprender a lo largo del viaje de la vida. Los modelos y teorías de enfermería, desde Nightingale en adelante, han hecho explícito que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad; han incorporado muchas dimensiones,

patrones y procesos de fuerza vital relacionados a puntos de vista individuales, comunitarios y culturales. Sin embargo, la configuración mental dominante continúa dando énfasis y dólares a la enfermedad más que a la salud. Los sistemas médicos modernos, contemporáneos y sofisticados todavía se concentran en el cuidado a los enfermos en lugar que el cuidado a los sanos, la prevención, y la calidad de vivir, morir, ser, convertirse, etc. Irónicamente, para completar el asunto, la mayoría de los problemas de salud-enfermedad que ocurren con más frecuencia y que afectan al mayor número de personas están relacionados no a enfermedades específicas sino a condiciones psicosociales, de estilo de vida, sociales y ambientales, y a circunstancias de vida.

La confusión de salud y sanación con enfermedad médica y cura por tratamiento ha generado incluso más dilemas, en el sentido que han emergido gradualmente puntos de vista medicalizados de los humanos y la condición humana en donde casi cualquier experiencia humana o condición de vida tiene un tratamiento médico y un diagnóstico ligado. El resultado: un enfoque medicalizado-clínico para la vida por medio del uso mayor de medicamentos, intervenciones farmacéuticas-técnicas y especialización médica, casi ahora obligatoria para lidiar con la vida misma.

Por otro lado, existe una emergencia espiritual, una tendencia hacia la espiritualización de la salud y enfermedad más allá de los puntos de vista medicalizados de la salud, enfermedad y padecimiento. En este marco emergente, se abre un nuevo espacio para una consciencia en evolución para los sistemas de enfermería y pacientes/cuidado a la salud por igual. Existen puntos de vista metafóricos de la enfermedad como una invitación para entender, para obtener nuevo sentido para el patrón de vida propio, para ver la salud y el padecimiento como consciencia en evolución y oportunidades para sanación; sentirse/ser más completo, estar-en-la-relación-correcta, experimentar más unidad de mente-cuerpo-espíritu sin importar

las condiciones externas, las circunstancias, las limitaciones físicas, y así sucesivamente. Así los modelos emergentes ya no se adhieren a la orientación convencional “fiscalista” a la salud, al padecimiento, a la vida y la muerte.

La salud, la totalidad, el padecimiento y la enfermedad pueden operar de manera simultánea. Cada una puede ser experimentada como una oportunidad para volver a casa a la esencia central, a lo que es más importante para el ser y aprendizaje de uno por medio de la enfermedad, para ganar energía y balance de la fuente y centro interior, volver/reconfigurar los patrones a la sanación y totalidad esperando como una posibilidad vibrante para el ser/otro, abrirse a los desconocidos, el misterio, los milagros.

Dentro de esta consciencia emergente de un enfoque más profundo y más significativo de la vida y la sanación y la totalidad, más allá de la enfermedad en sí misma, la enfermería y los profesionales de cuidado a la salud son desafiados desde dentro y desde fuera para responder a una dimensión más alta/más profunda del cuidado y la sanación que recurre a las fuentes más ricas de su propia humanidad. Así la enfermería está experimentando una encrucijada de despertar a un nuevo orden para una nueva era en la historia de la salud humana. Ahora las enfermeras son desafiadas a llevar todo su ser, su presencia humana de cuidado y sanación, a los momentos con otros. Las enfermeras en este modelo de Enfermería Cáritas son invitadas y se espera que participen en prácticas de autocuidado que eleve su consciencia, que abran sus corazones y campos de energía de chacras más elevados donde se den cuenta que son el campo, que son el entorno, que afectan todo el campo energético que irradia hacia el universo mayor, que afectan la totalidad del cuidado a la salud. El campo universal infinito de la energía del amor cósmico (Lévinas 1969) y el acceso de la enfermería a este campo para el ser y el otro tiene profundas implicaciones para el futuro de la enfermería y el cuidado a la salud humana en todo el mundo.

Capítulo 19. Las experiencias humanas: salud, sanación y la ENFERMERÍA CÁRITAS*

Me parece que una de las razones por las que hemos estado limitados y restringidos en nuestra evolución, en las maneras que nos hemos definido a nosotros mismos, nuestros trabajos y nuestra ciencia es porque hemos fallado en ver que el trabajo en el campo del cuidado-sanación se entrecruza con las mismas tareas de no solo “enfrentar nuestra humanidad”, sino profundizar nuestra humanidad. De hecho, los mismos esfuerzos que emprendemos con respecto a ser humanos son los mismos esfuerzos que reflejamos y en los que participamos como parte de nuestro trabajo de cuidado-sanación con el ser y el otro. Solo ¿cuáles son estas tareas humanas que se entrecruzan con el modelo de la Ciencia del Cuidado? Bien, las cuatro tareas incluyen las tareas humanas esenciales para la sanación y profundización de nuestra humanidad: *perdón; ofrecer gratitud; rendirse y superar el miedo y el orgullo.*

Existen al menos otros cuatro o cinco esfuerzos humanos abstractos que todos compartimos en nuestra humanidad colectiva. Estos trascienden nuestro trabajo común, sin importar el trasfondo personal. Nosotros aprendemos estas prácticas por

* Extractos: Reimpresos con permiso de J. Watson (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F. A. Davis, 132-139

medio del amor y la participación auténtica, el reconocimiento del ser y otros. A medida que cultivamos estas tareas humanas compartidas, establecemos un cimiento para una Conciencia Cáritas, ayudando a superar el miedo, la ira, la competencia, los celos, la actitud defensiva y así sucesivamente, abriéndonos a emociones benéficas y una consciencia más elevada/más profunda para el amor y la alegría, sanando emociones y la confianza en la vida.

A medida que nos involucramos en estas prácticas, nos hacemos más honestos con nosotros mismos, más capaces de rendirnos a lo que es/amar lo que es, en lugar de combatirlo.

Podemos solicitar y ofrecer perdón y bendiciones del ser y aquellos que hemos lastimado. De esta forma aprendemos a bendecir y a perdonar a las personas, situaciones y circunstancias que de otro modo nos inmovilizarían y congelarían nuestras emociones. Estos actos humanos simples pero profundos nos ayudan a superar el miedo y el orgullo que nos separa de nuestra verdadera naturaleza y nuestra conexión con todo lo que es, humano y universal.

Quizá ni siquiera estemos enterados que estas son las tareas hacia el desarrollo de un corazón sabio y maduro, hasta que llegan a nuestra atención consciente. Estos esfuerzos incluyen por lo menos los siguientes desafíos para ubicar nuestro trabajo, nuestra ciencia y nuestra evolución humana dentro de la Ciencia del Cuidado (Watson 2003):

- Sanar nuestra relación con el ser y otros/planeta Tierra/universo.
- Comprender y transformar nuestro sufrimiento y el de otros.
- Profundizar y expandir nuestra comprensión de la vida y la muerte; reconocer el ciclo de luz-sombra del gran círculo sagrado de la vida.
- Prepararnos para nuestra muerte.

SANAR NUESTRA RELACIÓN CON EL SER/OTROS/ PLANETA TIERRA/UNIVERSO

Dentro de este marco, ahora nos damos cuenta más que nunca, que antes de poder participar en prácticas de sanación, incluyendo la práctica médica y de enfermería, tenemos que lidiar con sanar nuestra relación con el ser y el Otro, en el sentido que todo comienza con el ser e irradia hacia el universo. Dentro del campo del cuidado a la salud, y la enfermería en particular, existe una larga historia de ser poco bondadosos, incluso crueles entre nosotros mismos; a su vez, existen historias y estudios de investigación que condenan la educación médica y las prácticas autoritarias que perpetúan las prácticas no bondadosas, crueles y en algunos casos abusivas en el campo de la educación y práctica profesional de la salud. Aun así, tenemos la carga de las expectativas morales y sociales de cuidar y de ser sanadores.

Este enfoque en sanar nuestras relaciones se torna muy personal aunque afecta, si no es que influye, nuestras prácticas profesionales. Esta tarea básica de ser humano y de convertirse en más humano se entrecruza con nuestro enfoque profesional en el cuidado-sanación. Nosotros olvidamos que el trabajo de cuidado a la salud es mayor de lo que hemos reconocido; la naturaleza humana de nuestro trabajo ha sido muy pequeña y limitada en su alcance en relación con la naturaleza rica y compleja de este trabajo profundamente humano.

Para adentrarnos en sanar nuestro ser y nuestra relación con el otro y más allá, una forma de comenzar son las prácticas de perdón, ofrecer gratitud, y y rendirse a una fuente más elevada/más profunda para el consuelo, creatividad, intuición y acción centrada en el corazón. Parece que nuestra relación con nuestro ser es más crucial a todos los otros aspectos del trabajo de sanación, incluyendo nuestra propia salud persona. Comienza con el ser y se mueve en círculos concéntricos irradiantes hacia todos los que tocamos físicamente, local y no localmente, y energéticamente. Nosotros volvemos una y otra vez a estas prácticas básicas

humanas para permanecer vivos, despiertos, y y sostener nuestra humanidad. Así como lo dijo Rumi:

No importa que te hayas roto
roto mil veces, todavía
ven, y de nuevo, ven.

Y su recordatorio para nuestra vida/ser/transformación:

No pretendas saber
algo que no has experimentado.
Existe una muerte necesaria...
Sé tierra. Desmorónate, así las flores silvestres llegarán
donde tú estás.
Has sido roca por ya muchos años.
Intenta algo distinto. Ríndete.

JALALUDDIN RUMI

MEJORANDO NUESTRA COMPRENSIÓN DEL SUFRIMIENTO HUMANO: AYUDANDO A TRANSFORMAR SU SENTIDO

Se cree generalmente que ser humano es sufrir. Todas las religiones importantes y tradiciones y textos de sabiduría tratan con el sufrimiento de una u otra forma. Una de nuestras tareas humanas en el nivel individual y colectivo es el darle sentido a nuestro propio sufrimiento. Lo tomamos del concepto abstracto a nuestras vidas cotidianas, cuando y donde seamos testigos y experimentemos nuestro propio sufrimiento real y abierto, y el de otros.

Sin embargo, también sabemos de nuestras experiencias humanas que podemos encontrar nuevos sentidos y que buscamos que el sentido nos asista cuando nos encontramos más vulnerables, temerosos y “sufriendo” las rocas y flechas conocidas como la vida. Parece que aprendemos por medio de los encuentros profundamente personales con el sufrimiento que no podemos ir por la vida dando rodeos, tenemos que

pasar por la experiencia para no solo sobrevivir, sino para desarrollarnos, sostener un sentido de esperanza para la existencia continua, para vivir.

Nosotros también somos influenciados por nuestras experiencias y al probar cómo vivir, así como por nuestros textos sagrados sobre cómo vivir, que mientras nos apeguemos a una dimensión fija, sólida y física sobre lo que existe en la vida, entonces nos encerramos en una psique y dolor físico concretos. Tolle (1999), en sus escritos contemporáneos así como en textos budistas antiguos, nos recuerda que todo el sufrimiento es centrado en el ego y debido a la resistencia. Por ejemplo, la filosofía básica budista era considerada con la transformación interior al llegar a la intuición de las “Cuatro Nobles Verdades” del Budismo (Solomon and Higgins 1997:19):

1. La vida es sufrimiento.
2. El sufrimiento surge del anhelo egoísta.
3. El anhelo egoísta puede ser eliminado.
4. Uno puede eliminar el anhelo egoísta siguiendo el camino correcto.

El camino correcto a la liberación, iluminación o eliminación/transformación del sufrimiento es llamado el Sendero óctuple del Budismo, que consiste en (1) vista correcta; (2) pensamiento correcto; (3) habla correcta; (4) acción correcta; (5) esfuerzo correcto; (6) vida correcta; (7) mente correcta; y (8) meditación correcta (Solomon and Higgins [1997]:19).

Estas son grandes órdenes sobre cómo vivir una vida que está llena de sufrimiento debido a la impermanencia, cuando nos sujetamos a la permanencia y nos engañamos a nosotros mismos que existe un ser permanente y una permanencia de vida. En otro nivel, el sufrimiento es resultado de nuestro anhelo de separación, de nuestra individualidad, nuestra independencia, separar y distanciarnos el uno del otro, de otros seres humanos, así como de nuestro ambiente, nuestro mundo, nuestro universo. Esto contribuye también al sufrimiento humano de acuerdo a

la ciencia contemporánea así como a textos sagrados antiguos.

Esta realidad subyacente de impermanencia está ligada con nuestra forma de evitar participar en la naturaleza cíclica de toda la vida y la ley de la impermanencia de las cosas. Es decir, debajo de lo que se percibe como fijo y no cambiante se revela a sí misma como una paradoja viviente, un yin-yang, tanto-como fenómeno. Debajo del sufrimiento y dolor que se siente, reside una presencia que permanece, la infinitud del amor universal como un campo que ofrece una paz permanente, una quietud profunda no cambiante, una alegría sin causa que trasciende el bien y el mal, el dolor y la ausencia de dolor (Tolle 1999). Este campo permanente que subyace y que nos sostiene a mitad del movimiento constante es lo que T. S. Eliot llamó “el punto inmóvil”.

Al nivel de un panorama más amplio, este ciclo de impermanencia refleja el gran círculo de la vida-muerte; creación-destrucción, crecimiento-disolución, campos manifiestos-no manifiestos. En esta forma de comprender el cambio y la impermanencia, todo se eleva y cae, se expande y contrae, reflejando el aliento y ritmo de los procesos energéticos naturales de la vida en todas las cosas.

Buda hizo de este descubrimiento el corazón mismo de su enseñanza: la naturaleza cíclica e impermanencia del universo. Todo está en flujo constante. Nuestro desafío de encontrar nuevo entendimiento sobre la naturaleza del sufrimiento humano no es solo la totalidad de nuestras tareas humanas; es una tarea profesional en el sentido que para un practicante/científico del cuidado-sanación, los dos se entrecruzan. Y a medida que buscamos nuevos entendimientos que profundicen nuestra humanidad, nos tornamos más humanos, compasivos, sabios y sanadores en nuestro trabajo y en nuestro mundo. Nuestra tarea como profesionales de la salud y del cuidado-sanación es darnos cuenta que tanto en nuestros mundos científicos como en nuestro mundo práctico, nuestra obra y trabajo han sido muy estrechos para la profunda naturaleza humana del trabajo con el que realmente nos confrontamos en nuestras relaciones

de cuidado-sanación con el ser, otros y nuestro universo. Una realidad para vivir es encontrar el punto inmóvil en medio de la ley del cambio constante; encontrar la paz y presencia duradera de la inteligencia divina, un campo universal de amor que trasciende todo el cambio sentido que nosotros solidificamos y congelamos en nuestra experiencia, contribuyendo a más dolor, más sufrimiento. Pero en el entendimiento y experiencia más profundo/sabio que nos puede llevar más allá del sufrimiento, nosotros nos damos cuenta de repente que existe una marcada diferencia entre el dolor con sufrimiento y el dolor sin sufrimiento. Es el cómo percibimos y permitimos que la impermanencia se mueva a través de nosotros, sin anclar, congelar y fijar la condición o circunstancia temporal en nuestra mente, nuestros cuerpos, emociones, o incluso nuestros corazones.

Al final, siempre estamos “en capacitación” y si es que y cuando practicamos este entendimiento y aceptación del sufrimiento, aprendemos a transformar ese sufrimiento a esperanza, amor y compasión profunda (Thich Nhat Hanh 2003). Como Thich Nhat Hanh nos recuerda, el fundamento de la esperanza, amor y compasión ya está ahí en nuestros corazones y mentes, esperando que nosotros entremos a este nuevo lugar de la consciencia y aprendizaje para morar ahí, así transformando el sufrimiento a un nivel de vida más profundo.

SUFRIMIENTO

Una forma de entender la realidad del sufrimiento y aprender a un nivel personal el cómo nuevas intuiciones pueden cambiar nuestras perspectivas, si no es que transformar nuestros puntos de vista de la vida. Este cambio me ocurrió a mí en un nivel experiencial personal cuando tuve una lesión ocular y experimentaba dolor agudo e insoportable. Aprendí la diferencia entre tener dolor con sufrimiento y tener dolor sin sufrimiento. Aprendí esto por medio de la práctica de la meditación profunda en donde fui capaz de ser testigo de mi dolor y de observarlo como un mov-

imiento continuo de energía, subiendo y bajando; fue cuando me resistí al dolor y lo solidifiqué o fijé que se congeló, por así decirlo, y se tornó más doloroso y trajo más sufrimiento, tanto físico como mental. Así, en un nivel físico de la experiencia, aprendí a meditar para salir de gran parte del dolor, o al menos el atrapar me cuando me resistía. Al abrirme a mí misma a la experiencia misma, como testigo de mi propia experiencia, el dolor pasó a través de mí energéticamente, en ondas de energía, expandiéndose y contrayéndose. Fue la contracción y congelación la que trajo el mayor sufrimiento, pero al observarlo moverse más allá y a través de mí; al permanecer quieta con el proceso, se convirtió en alguna especie de milagro. Ese es solo un pequeño ejemplo de dolor físico, pero el mismo proceso puede ser explorado y descubierto para la vida misma, así como para otras formas de dolor, ya sea psíquico, emocional, mental. Estos se convierten en parte de nuestro viaje completo hacia la mayor salud y la sanación/totalidad del ser.

PROFUNDIZACIÓN Y EXPANSIÓN DE NUESTRO ENTENDIMIENTO DE LA VIDA Y LA MUERTE: RECONOCER EL CICLO DE LUZ/OSCURIDAD DEL GRAN CÍRCULO SAGRADO DE LA VIDA

Mientras nos apegamos a la salud y curación/cuidado y sanación como nuestra misión primaria en este trabajo de cuidado a la salud, también tenemos que reconocer que trabajamos dentro del gran círculo de la vida-muerte. Esta realidad reconoce que todos compartimos esta tarea común de enfrentar nuestra humanidad en un nivel profundo, tanto personal como profesional. Lo que hacemos no deja de tener consecuencias, en el sentido que de una u otra forma contribuimos y somos copartícipes dentro de la red de la vida. En todo nuestro trabajo y acciones estamos trabajando dentro del campo energético universal de la infinitud que acoge y rodea y sostiene toda la vida, – tiempo, pasado, presente, futuro; tiempo antes y tiempo después del

plano terrenal de la existencia; espíritu que trasciende el cuerpo físico, que trasciende la muerte como la conocemos. Así que hacer-sentido y buscar-sentido sobre nuestra comprensión de la vida y vivir y morir; profundizando nuestra perspectiva y apreciación de toda la vida es parte de nuestra misión humana. David Bohm propuso que el sentido es una forma de Ser (Weber 1986:18); es decir, es darnos cuenta que a través de nuestros significados cambiamos el ser de la naturaleza. La capacidad de hacer-sentido de los humanos nos convierte en el socio de la naturaleza al dar forma a nuestra evolución. Bohm sugiere que lo que en realidad estamos haciendo al participar en diálogo con el cosmos es cambiar su idea de sí mismo (Weber 1986). Esta es maravillosa y da humildad considerar la majestad del universo y nuestra relación con él de una forma más profunda.

Renee Weber cree que esta disminución más profunda se activa en todos los participantes por medio del diálogo en donde nuestra propia línea de mundo/línea de canto se entrecruza y forma parte del proceso. Esta línea de canto de relación y la red entrecruzada de la vida “continúa y se realiza desde el cosmos hacia nuestro propio viaje espiritual” (Weber 1986:18).

Parte de esta misión de hacer-sentido para una mayor profundidad de vida-muerte y nuestro lugar dentro de ella está relacionada a un despertar: despertar al hecho que somos espíritu hecho totalidad en manifestación física. Como indicó Teilhard de Chardin, no solo somos seres físicos con una experiencia espiritual; más bien somos seres espirituales que tienen una experiencia física. Esta perspectiva ahora converge con el lenguaje como en el campo manifiesto y no manifiesto de la existencia. Este punto de vista de despertar busca honrar lo desconocido, lo no visible así como lo visible, a menudo dándonos cuenta de la ilusión que lo que pensamos que sabemos y vemos del plano físico no es la verdadera realidad. Así como al explorar las dimensiones más profundas del sufrimiento, aprendemos que lo que percibimos como su-

frimiento, en cierto nivel, es nuestro congelamiento del flujo divino de la energía vital; en otras palabras, no estar en flujo con las leyes naturales de la naturaleza y el ritmo eterno natural de todas las cosas en el universo; las estaciones, las mareas, los ciclos del tiempo y la existencia; el llegar-a-ser de las criaturas vivientes y el dejar-de-ser en la existencia del plano físico, sea humana o de otros seres vivientes. Todo está constantemente cambiando y profundizando nuestra comprensión de este misterio de la vida, entrando entre nosotros, incluyendo nuestro misterio.

PREPARACIÓN PARA NUESTRA PROPIA MUERTE

Cuando ves y aceptas la naturaleza impermanente de todas las formas de vida,
viene a ti un extraño sentido de paz.

TOLLE (2003:105)

Otra tarea final humana que todos compartimos, que se entrecruza con la naturaleza del trabajo de cuidado-sanación, es llegar a estar cara a cara con la preparación para nuestra propia muerte. Como dicen los sabios, sin honrar la muerte, no estamos completamente vivos. De hecho, en el sentido cósmico, estamos muriendo en cada momento, en el sentido que con cada aliento experimentamos el milagro de la vida y la naturaleza preciada pero delicada de cómo somos sostenidos en las manos de aquello que es más grande que nosotros. Y en un nivel más profundo metafísico o metafórico o dentro de la cosmología de los nativos americanos o en cualquier sistema de creencias indígenas, la muerte no es el fin, es una continuación de la rueda sagrada de la vida. Y como dice la expresión: ¿Quién ha de decir que la vida no es la muerte, y la muerte no es la vida? Y ciertamente vislumbramos situaciones en que somos llamados a preguntar sobre los muertos vivientes que a veces sentimos en nuestros corazones y entre nosotros. Al prepararnos para nuestra muerte, aprendemos de aquellos que fueron nuestros

maestros en el camino. Aquellos que están pasando por la transición de la vida a la muerte pueden ser un don para nuestro aprendizaje y preparación. Nos pueden enseñar si escuchamos y somos capaces de estar presentes a su experiencia y estar ahí para ellos si podemos.

Cuando trabajamos con otros en tiempos de desesperanza, vulnerabilidad y desconocidos, somos desafiados a aprender de nuevo, a re-examinar nuestro propio sentido de la vida y la muerte. Al hacer eso participamos en procesos y prácticas más auténticas para cultivar y sostener el cuidado-sanación para el ser y otros. Dicho cuidado y prácticas generan e invitan a profunda sabiduría y comprensión, más allá del conocimiento, que toca y que recurre al corazón y alma humana. Sin embargo, este aprendizaje puede ser influenciado por nuestra ciencia, una ciencia que honra el todo. Una Ciencia del Cuidado que se abre a la infinitud de nuestro aprendizaje y evolución. La muerte es así no una anomalía médica o el más horrible de los eventos que puede ocurrir en nuestra cultura, sino como nos recuerda Tolle, la cosa más natural del mundo. “No hay nada que no esté sujeto al nacimiento y muerte; no hay nada en el plano terrenal que sea eterno” (Tolle 2003:109).

En este recordatorio de conocimiento y sabiduría centrada en el corazón, más allá de las palabras y conocimiento convencional, que nuestra humanidad básica trasciende las circunstancias, tiempo, y y lugar. Nuestro ser y convertirnos en más humanos y evolucionados nos permite participar de nuevo en el servicio y ciencia humana compasiva, motivada por el amor, tanto humano como cósmico. Desde este lugar de profundización de nuestra humanidad, ofrecemos a nuestro ser, y a aquellos a quienes nos encontramos en el camino, nuestra respuesta compasiva para cumplir con nuestro trabajo y vocación de vida elegidos. Al encontrar y enfrentar la muerte del ser y de otros, nos encontramos en espacio sagrado, tocando el misterio de la vida misma, morando en el espacio de la Infinitud.

Así como en nuestras vidas personales durante crisis o enfermedad, tragedia, pérdida, o muerte inminente es cuando ponderamos las cuestiones espirituales que van más allá del mundo físico material, es aquí en nuestra vida profesional-científica en evolución que puede ser necesario que ponderemos nuevos sentidos. En nuestra forma de vida convencional sin espíritu, física técnica, una especie de lecho de muerte, la ciencia del Cuidado ofrece nueva libertad, nuevo espacio para reconsiderar un sentido más profundo del trabajo y fenómenos de cuidado-sanación.

Es aquí en nuestros modelos científicos heridos y quebrados que una Ciencia del Cuidado puede reorientarnos, o por lo menos apuntarnos hacia otro modelo científico que pueda ser más esperanzador para comprender y vivir nuestro cuidado y sanación. Es aquí, en esta transición, este espacio y lugar entre los alientos, que podemos calmar el paso, hacer una reverencia y tomar nueva energía y nuevas direcciones para inspirar (inyectar espíritu-alma) nuestro trabajo y nuestro mundo. A más que aprende la ciencia, parece mayor el misterio de la naturaleza y la vida. A medida que buscamos aumentar nuestro conocimiento y sabiduría de nuestra humanidad cada vez más profunda y en evolución, abre la ciencia a belleza incluso más profunda y a la maravilla de la conexión cósmica infinita de la vida y la unidad en que todos residimos (Weber 1986).

Así, dentro de la Ciencia del Cuidado, ahora tenemos un nuevo llamado para devolvernos a aquello que ya reside en lo profundo de nosotros y que se entrecruza con el enfoque del cuidado y sanación en este momento. Nos permite descubrir el amor infinito latente en nuestro trabajo y mundo y conectarnos con filosofías contemporáneas que invitan al amor y al cuidado por medio de nuestra ética de ser-convertirse-pertenecer. Este texto revisado nos invita a dar el salto de fe de vuelta a la metafísica y a un cimiento moral para nuestra ciencia y nuestra vida, a incorporar a nuestra ciencia la reverencia por la sacralidad de la vida y la muerte y nuestra evolución compartida humana centrada en el corazón. Por último, que nos inspiremos con un compromiso renovado a recordar quienes somos y por qué vinimos aquí: a amar, servir y recordar (Astin 1991).

Parte VI

Crítica a la educación en enfermería

Capítulo 20. EL CURRÍCULO CÁRITAS y la enseñanza-aprendizaje*

CONJUNCIÓN DEL CORAZÓN Y LA MENTE PARA LA EDUCACIÓN CÁRITAS*

Este capítulo expande el concepto de la enseñanza y aprendizaje Cáritas a la educación en enfermería. Explora la naturaleza de la enfermería profesional y la educación y currículo de las ciencias de la salud desde un marco moral, filosófico del pensamiento Cáritas que abarca un punto de vista expandido de la ciencia del cuidado humano. Las teorías y filosofías contemporáneas del cuidado y la sanación y su relevancia a la educación en enfermería y en las ciencias de la salud están integradas a este marco. Se explora un enfoque en la educación de los estudiantes para una práctica basada en valores guiada moralmente para crear practicantes Cáritas reflexivos y humanos, en conjunto con pedagogías actuales y futuristas dirigidas a la enseñanza y aprendizaje transformador. Los trabajos anteriores sobre educación en enfermería que enfatizan esta perspectiva son integradas en un marco contemporáneo que ofrece un modelo tanto moral como científico para considerar el cuidado como una ética, una ontología, un esfuerzo epistémico y práctico, así como un desafío educativo/pedagógico.

* Con un especial reconocimiento a John Drummond por sus revisiones y sugerencias editoriales para este capítulo.

Tomarse el amor con seriedad
y llevarlo y aprenderlo como una tarea,
es lo que la gente necesita.
Si un ser humano ama a otro
esa es quizá la más difícil de todas nuestras tareas,
la más alta, la última prueba y evidencia,
el acto para el que todo trabajo no es sino preparación.

RAINER MARIA RILKE

Una de las más grandes decepciones en tiempos modernos ha sido un enfoque exclusivo en la cabeza y la mente, en el pensamiento racional, cognitivo, como la base para la enseñanza-aprendizaje, casi al punto de exclusión del corazón y las emociones. Como profesión del cuidado, ¿dónde hemos de aprender la más elevada, la última prueba y evidencia del trabajo de humanidad con que tratamos: cuidado humano/ Cáritas/amor?

En una crítica al conocimiento y a la educación, el currículo y el aprendizaje, tenemos una nueva conciencia, un despertar al hecho que toda epistemología se convierte en una ética (Palmer 2004). Ha prevalecido un conflicto fundamental dentro de nuestras instituciones de educación superior que ya nos ha alcanzado en el mundo occidental de la ciencia y el profesionalismo. Todo tiene consecuencias. Los tipos y formas de enseñanza y aprendizaje que han prevalecido en el nivel cognitivo, intelectual, racional son formativos para nuestro desarrollo humano; están dando forma a las vidas de seres humanos y formando, informando, o deformando nuestras configuraciones mentales y acciones como personas y como profesionales.

Como planteó Palmer (2004:2) con gran profundidad, “¿Qué formación y deformación ética ha creado este enfoque a la educación en nuestras vidas?”, sugiriendo abiertamente una relación entre nuestro conocimiento y la violencia: la violencia del conocimiento (y el lenguaje del poder, control, dominación, superioridad). Esta forma de desarrollo del conocimiento como

se practica con frecuencia en instituciones de educación superior “se ha prestado a formas sutiles y generalizadas de violencia” a nuestro ser personal, social, profesional y ontológico, con nuestra epistemología influyendo en nuestra ética, nuestro modo humano de vivir (2004:2).

Por “violencia”, Palmer quiere decir formas más sutiles que tirar una bomba o golpear físicamente a alguien. En vez de eso se refiere a violencia asociada con “violación de la integridad” del otro, ya sea que el otro sea la tierra, otro ser humano, u otra cultura. Este modo de aprendizaje y conocimiento está ligado con el énfasis de la academia occidental en tres formas dominantes de pensamiento, enseñanza y aprendizaje, que de acuerdo a Palmer (2004) se pretende orienten nuestras vidas profesionales: “objetivo, analítico, experimental”.

Cada una de estas tres formas dominantes de aprendizaje, de valoración, de aprendizaje, de conocimiento, es criticada por Palmer en su ensayo clásico presentado en la conferencia en 2004 en EE.UU. patrocinada por el Fetzer Institute, “21st Century Learning Initiatives” (Iniciativas de Aprendizaje del siglo XXI). Él señala el mito mal entendido que uno no puede saber nada realmente a menos que lo tengas al alcance de la mano, a cierta distancia separándose del ser, – así perpetuando un abismo entre el que conoce y el conocido. Este mito refuerza la creencia que el conocimiento está marcado, distorsionado y que no es confiable si está cerca del individuo; así uno no tiene posibilidad de generar conocimiento válido desde una conexión personal con los datos o información.

OBJETIVISMO COMO EPISTEMOLOGÍA MÍTICA – EPISTEMOLOGÍA-COMO-ÉTICA

Dentro de este sistema mítico epistemológico del conocimiento, del aprendizaje, de valorar, de enseñar como objetivo, Palmer nos recuerda que nosotros creamos un miedo profundo a la subjetividad, un miedo a la relación, a entrar a una relación con lo que sabemos. Usando las metáforas de la Guerra del Golfo

y la Guerra de Vietnam, señala diferentes explicaciones de los enfoques relacionados a la objetividad y subjetividad. Por ejemplo, la Guerra del Golfo, en la que fueron asesinados decenas de miles de no combatientes, fue en gran medida una guerra aceptable para la mayoría del público de Estados Unidos porque el combate fue a distancia, separado y alejado, porque fue una guerra aérea conducida al alcance de la mano por medio de los milagros de la electrónica y la ingeniería y nueva tecnología. Así notó que la Guerra del Golfo había superado el “síndrome de Vietnam”, que era una guerra subjetiva, se combatía frente a frente, una guerra que nos desgarró porque teníamos un gran conflicto por la evidencia subjetiva. Este contraste de estas guerras del pasado y su efecto en el público alrededor del mundo también ayuda a explicar en parte la creciente resistencia a la Guerra en Irak, que está cada vez más cerca al mundo cotidiano del público alrededor del mundo.

Con esta línea de pensamiento, uno puede comenzar a ver cómo nuestra delgada línea de epistemología se entrecruza con la ética. Así es cómo la objetividad por la objetividad y la mitología de lo correcto generan crueldad si no retratan de forma precisa la manera en que los eventos/conocimiento existen realmente en el mundo.

La mitología objetivista, ya sea en metáforas de guerra o en sucesos de vida personal, es una distorsión tanto de la realidad como del conocimiento, una distorsión de valores, una distorsión de la ciencia y de cómo se hace la ciencia. Palmer nos ayuda a recordar: el gran conocimiento y el gran aprendizaje no se deben de hacer simplemente de forma objetiva. Paradójicamente constituyen una danza entre lo objetivo y lo subjetivo, entre la intimidad y la distancia, entre el mundo personal de la vida interior y el dominio externo profesional-político. Esto es cierto en todas las disciplinas, no solo en la enfermería. La mitología del objetivismo se trata “más bien del [poder y] control del mundo, o sobre otros [o un fenómeno dado], es más una mitología de poder que una epistemología real que refleja cómo procede el saber verdadero”. Como tal, perpetuar

esta mitología del objetivismo no nos ayuda a ver que “toda epistemología se convierte en una ética” (Palmer 2004:2) y afecta cómo valoramos y vemos los diferentes fenómenos en nuestro mundo.

NIGHTINGALE COMO EJEMPLO DE COMPRENDER “LA EPISTEMOLOGÍA COMO ÉTICA”

La historia de Nightingale y su enfoque práctico para el saber es un ejemplo histórico así como moderno de la “danza” del gran conocimiento, la integración paradójica de lo subjetivo y lo objetivo. Ella hábilmente entretendió datos objetivos y visiones subjetivas, un sentido personal de la vocación para su misión y el trabajo del mundo exterior que trascendió toda lógica objetivista de su era. Pero su ética interna orientó su enfoque al saber, a valorar, a enseñar y aprender. Ella es posiblemente un ejemplo de vivir la paradoja de la unicidad con su ser, saber, hacer en el mundo. Esto no quiere decir que tenemos que estar de acuerdo con todo lo que dijo e hizo, pero vale la pena recordar que su *Weltanschauung* (visión del mundo) era en gran medida lo que motivaba sus acciones como una de las figuras clave en el surgimiento de la enfermería moderna.

LO ANALÍTICO Y EXPERIMENTAL COMO EPISTEMOLOGÍA MÍTICA

Así como el objetivismo es una mitología pero puede convertirse destructivamente en nuestra ética, ethos y configuración mental para el saber, aprender, para el trabajo académico, y así sucesivamente, Parker Palmer señaló el mismo problema con la noción que “analítico” y “experimental” significan “Ser científico”. Analítico, como él explica, significa que una vez que has objetivado un fenómeno como algo que se va a estudiar, eres libre de cortarlo en trozos para ver cómo funciona; deshacerlo en sus componentes, sostenerlo a una distancia, analizarlo, y así entenderlo. Palmer usó este fenómeno de cortar cosas para

mirar, comprender algo “objetivamente” como una metáfora de lo que hace la educación a la mente humana, al corazón y el alma humana, – la experiencia humana en su totalidad. Palmer discute que esta gran facilidad de desmoronar las cosas, diseccionarlas al punto que uno ya no puede distinguir el original, es una forma de violencia en el sentido que cultiva una falta de sensibilidad y poca capacidad para rearmar las cosas, incluyendo el corazón humano.

Lo mismo ocurre con el mito de lo “experimental”, en el sentido que la mitología de la objetividad y lo analítico establece huellas mitológicas que sugieren que una vez que las cosas son objetivadas, diseccionadas en partes, somos libres de experimentar. Este enfoque a cambio nos lleva a justificar la reducción de un humano al estatus moral de objeto para que podamos saber, estudiar, experimentar y hacer ciencia objetivamente.

Esta forma de experimentación con humanos y la naturaleza nos lleva a buscar diseños con lo que pensamos que el mundo debería ser, el controlar y dominar el resultado, por así decirlo, con nuestra lógica, nuestros datos distantes, y al mover las cosas de su forma original. Nosotros hacemos esto sin poner atención a resultados potencialmente destructivos para el ser, la sociedad, la humanidad, el ambiente y la naturaleza. Esta tesis de Palmer sobre los mitos epistemológicos que deforman nuestra ética me recuerda la pregunta retórica y penetrante que me hizo un médico durante mi primer viaje a China a finales de la década de 1970: “¿Por qué los estadounidenses y los canadienses siempre preguntan por las partes pero nunca por los todos?” Por supuesto, su pregunta no aplica a todos universalmente, pero queda en el aire.

PARTES Y TODOS: LAS PREGUNTAS RETÓRICAS Y PENETRANTES PARA LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

Esta pregunta retórica sobre las partes y los todos debe quizá continuar acosando nuestras mentes. Con nuestras mitologías

dominantes de conocimiento, enseñanza, valoración, aprendizaje y ser que se enfocan en las partes al tiempo que somos desafiados a rajar con todos y con seres humanos completos y con sistemas de conocimiento completos, existe el argumento para que nos preguntemos, ¿hemos de permanecer indefensos e incluso destructivos hacia nosotros mismos y hacia nuestro conocimiento del cuidado, sanación, salud humana, y y la humanidad, si dejamos de preguntar y de abordar el otro lado de la mitología epistemológica? Tenemos nuevas preguntas de las que tenemos el desafío ético de responder, en especial para la educación en enfermería profesional y el currículo Cáritas y la pedagogía del cuidado:

- ¿Cómo reintegramos las partes al todo?
- ¿Cómo integramos los hechos con los significados?
- ¿Cómo reconocemos que lo personal es también lo profesional?
- ¿Cómo permitimos que nuestra ética se convierta en nuestra epistemología en lugar de perpetuar los mitos epistemológicos que deforman nuestra ética?
- ¿Cómo honramos la ontología-de-la-relación y la relación de cuidado como ética, como epistemología, como pedagogía y praxis para el progreso de la enfermería profesional?
- ¿Cómo creamos, desarrollamos y practicamos la Ciencia del Cuidado en lugar del modelo científico dominante biomédico-tecnológico?
- ¿Cómo integramos, honramos y sostenemos la humanidad y el Cáritas relacional en medio de los progresos tecnológicos?
- ¿Cómo creamos un currículo Cáritas y Enfermeras Cáritas para la enfermería y el cuidado a la salud y sanación en el siglo XXI?

ABORDAJE DE LAS PREGUNTAS Y PROBLEMAS RETÓRICOS EDUCATIVOS PARA EL SIGLO XXI

Hoy en día enfrentamos estas cuestiones cruciales sobre las consecuencias de nuestros modelos de enseñanza-aprendizaje. Existe una búsqueda mundial por más que enfoques de status

quo a la educación y al saber, y también hay esfuerzos para evitar la configuración mental del ser dividido con sus repercusiones violentas.

Los nativos americanos y las culturas indígenas alrededor del mundo ofrecen reflexiones y sabiduría más allá de nuestra epistemología mítica antigua. Su enfoque del mundo como un todo para el saber es por medio de honrar la vida humana dentro del contexto de una cosmología comprehensiva que influye los puntos de vista de la vida y la muerte, de vivir y morir, y el lugar de los humanos en el universo. En su cosmología, la vida y la muerte, el conocimiento, y todos los sucesos de la vida son un gran círculo de la red de la vida. Las historias reales de vida, salud y enfermedad de sanación, supervivencia, cambio, muerte están más allá del control total de los humanos; se tienen que considerar dentro de la red de la vida misma, desde un sistema de conocimiento más sabio, una cosmología mayor, una ética mayor que nuestra lente humana. Este cambio a una cosmología mayor es esencial si hemos de sostener la humanidad para la supervivencia tanto humana como planetaria en este punto de la historia (Lévinas 1969).

RECONSIDERACIÓN DE NIGHTINGALE COMO MODELO Y EJEMPLO

Florence Nightingale, la fundadora de la enfermería moderna, era una visionaria con respecto a las cosmologías de la totalidad, las epistemologías expandidas, y y la ética y valores fundamentales que la orientaron a ella y a su trabajo. Ella poseía sabiduría, intuición, visión y conocimiento que incorporaban sistemas completos de conocimiento. Pero las preguntas y problemas retóricos y realistas desencadenados por el médico chino en 1978 todavía acosan a la educación en enfermería y en ciencias de la salud hoy en día.

La visión y enfoque de Nightingale para la enfermería y la salud nos sirven a todos, de nuevo, como un ejemplo al

tiempo que consideramos y reconsideramos estas preguntas que permanecen para el futuro de la educación en enfermería. Por ejemplo, ella percibía a las personas como seres multidimensionales, con todos los aspectos abordados por la medicina y la enfermería. Sus puntos de vista de la salud incorporaban sentimientos, intelecto y relaciones físicas, psicológicas, mentales, sociales, así como ambientales y espirituales. Nightingale afirmó (citada en Dossey, Keegan y Guzzetta 2005:103) que la salud “no es solo estar bien, sino poder usar todos los poderes que tenemos”. Su ética y valores orientaron su enfoque al aprendizaje y a la práctica. Dossey y colegas (2005:54) señalaron que el mensaje recurrente de Nightingale se trataba de aquello que constituye el “viaje de toda la vida para la sanación y lo que se requiere para comprender la totalidad de la existencia humana. Para ella, la sanación era la fusión de la vida interior de la enfermera con su vida exterior para facilitar su expresión creativa de amor”. Este proceso era de paz interior irradiando desde la enfermera a la persona que recibe el cuidado de manera que la persona se sienta segura y en armonía. Dicha perspectiva era de la autenticidad y presencia humana incondicional de la enfermera y la participación en la “autorreflexión, y conexión con lo Divino” (Dossey, Keegan, and Guzzetta 2005:54).

En el marco de Nightingale para la sanación y la salud, bondad, cuidado y compasión eran parte del proceso unificador, la “interconexión con el ser, con otros, la naturaleza y Dios/ Fuerza Vital/Absoluto/Trascendente” (Dossey, Keegan, and Guzzetta 2005:54). La visión y consejo de Nightingale para la educación y práctica de la enfermería tienen relevancia hoy en día así como la tuvieron en la historia, en el sentido que apuntaron hacia dimensiones atemporales de la enfermería, aprendizaje, enseñanza y cuidado clínico que todavía requieren atención.

La visión de Nightingale apuntó a la necesidad de reintegrar las partes en el todo, de crear un espacio en donde pueda ocurrir una reunión entre lo físico y lo metafísico. El resto

de este capítulo busca abordar estos asuntos atemporales pero urgentes dentro del contexto de una educación en enfermería basada en valores. Al superar la mitología de la epistemología como estancada, deforme, y separada, se desarrollará una ética, epistemología y ontología de la totalidad, la relación y el cuidado-sanación humana. Dicha epistemología orientada por valores se construye sobre un modelo moral y filosófico de la Ciencia del Cuidado para la educación, para el currículo, para la enseñanza y aprendizaje que permite que evolucione la Enfermería Cáritas.

LA CIENCIA DEL CUIDADO COMO CONTEXTO PARA LA EDUCACIONEDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

Como recordatorio, el término Cáritas tiene el sentido latino de cuidado o de cierta forma de amor. Este se distingue del amor como amore. Este último tiende a ser un amor en el que está involucrado el interés propio, mientras que Cáritas denota un cuidado o un amor por algo que está más allá del interés propio de cualquier individuo. Además, Cáritas no pretende reflejar un mero sentimiento. El término sugiere una cierta forma de cuidado, un cuidado de tener conocimiento del otro. Esta noción se relaciona a la palabra griega agape, que quiere decir literalmente “abierto” o “actitud de asombro” pero en este caso “abierto al otro”, a la diferencia del otro. Lévinas desarrolla este punto utilizando la imagen de “la cara” para distinguir la diferencia del otro, este individuo particular que difiere de otro universal, – un “otro” que tiende hacia lo impersonal o imparcial en que la cara está en gran medida marginalizada porque no se ve.

Por el momento, podemos decir que la Ciencia del Cuidado es un modelo de pensamiento y práctica en que la ciencia biomédica y la evidencia técnica por sí sola no son simplemente fusionadas con Cáritas sino que la ciencia biomédica y la evidencia en sí mismas se integran a una dimensión ética como la consideración primordial, – aquella que reconoce “la cara”, más allá de “cualquier caso”.

En este respecto, la “Ciencia del Cuidado” se puede definir como “un campo de estudio ético-epistémico en evolución que está fundamentado en la disciplina de la enfermería y que es influido por los campos relacionados” (Watson and Smith 2002:456). Cuando uno ubica el cuidado dentro de un modelo de ciencia ética, automáticamente aterriza el fenómeno como una ética relacional portadora de valores que influye en la ontología y la epistemología, revertiendo la mitología negativa de la epistemología planteada por Palmer. Como nos recuerda el filósofo Lévinas (1969), la ética se convierte en el primer principio y así influye nuestra ontología y epistemología y no al revés. El hecho que la enfermería trata con fenómenos del cuidado humano, relaciones, salud-enfermedad, vida, muerte, dolor, sufrimiento y todas las vicisitudes de la existencia humana fuerza a la educación y práctica de la enfermería a reconocer y desarrollar más una visión expandida de la ciencia.

Para cimentar la enfermería en los principios de Cáritas en un modelo de Ciencia del Cuidado, podemos decir que la ciencia biomédica y su epistemología objetivista y ontología separatistas son invitadas de nuevo a tomar en cuenta “la cara” del otro, la unicidad de los otros. Una epistemología puramente objetivista es ciega a la cara donde los individuos son subsumidos como unidades de comparación en que la diferencia del otro es marginalizada porque no puede ser expresada en dicho lenguaje, en el propósito epistémico/epistemología objetivista de dicho lenguaje. En otras palabras, la diferencia irreducible del otro, la cara, es de hecho reducida y se torna invisible en la universalidad del cuidado, que hace eco de Palmer (2004). Siguiendo a Lévinas, se ha hecho una violencia inevitable, una injusticia que es difícil reconciliar. En un modelo de Ciencia del Cuidado, “el caso” debe conocer “la cara”, y es “la cara” en la primera y última instancias de una ética y práctica profesional del cuidado. Asimismo, la ontología de la Ciencia del Cuidado no es de distancia y separación sino de relación, propósito, conexión, y creación de sentido con el otro, la cara personal detrás del paciente-otro impersonal.

Este punto de vista tiene obvias implicaciones y de hecho

desafíos para la enfermería como profesión del cuidado y para un ethos educativo que busque promover esta ética y punto de vista. Es en este respecto que la noción Levinasiana de la dialéctica de la intimidad y separación del otro es “reconciliada en la Unidad del sistema” (Lévinas 1969:150).

Como lo dijo Lévinas, “Dar la bienvenida a ‘la cara’ da paz desde el principio, ya que responde al Deseo insaciable de Infinidad” (1969:150). Al mismo tiempo, esta separada y distinta “presencia de ‘la cara’ [de otro] incluye todas las posibilidades de la relación trascendente” (1969:155). Este entendimiento nos ayuda a hacer nuevas conexiones entre la noción de Lévinas de “la cara” y la trascendencia del cuidado transpersonal, – una bienvenida de “la cara” en un momento de cuidado, conectando con el campo infinito del amor universal en el momento (Watson 1985).

Con este entendimiento, los puntos de vista de Lévinas nos llevan, en educación y en la práctica, más allá del modelo puramente científico de vuelta a la cara y a las dimensiones inexhaustibles de nuestra humanidad compartida en la Enfermería Cáritas, a enseñar y aprender de una nueva forma. En términos prácticos, invita a un constante cuestionamiento y revisión de los programas educativos, currículos, políticas de cuidado a la salud, reglamentos institucionales (en donde lo mismo aplica para todos), procedimientos de evaluación, y uso de “evidencia”. Nos lleva más allá de la enfermería como un subconjunto de las ciencias médicas al mismo tiempo que sigue siendo parte de ellas y de hecho se fusiona con ellas pero también las influye con un fundamento profundamente moral para la ciencia.

Esto nos conduce al problema de qué tipo de currículo puede sostener dicha aspiración e inspiración Cáritas.

En un mundo como el nuestro... la autenticidad individual radica en lo que podamos encontrar por lo que valga la pena vivir. Y la única cosa por la que vale la pena vivir es el Amor... el amor que nos puede hacer respirar de nuevo, amar una causa grande y hermosa, una visión maravillosa. Un gran amor entre nosotros, o para el futuro.

BEN OKRI (1997:57)

Una orientación de Ciencia del Cuidado/Cáritas para la educación en enfermería se entrecruza con las artes y las humanidades y campos de estudio relacionados, más allá de los puntos de vista convencionales clinalizados y medicalizados del ser humano y de la salud-sanación. Para Nightingale “la Enfermería implica un sentido de presencia más alto que la humana, una ‘inteligencia divina que crea, sostiene y organiza el universo – y nuestra conciencia de una conexión interior con esta realidad más elevada” (Macrae 1995, citado en Watson 2005:63). Sus puntos de vista, junto con Lévinas y su filosofía, nos invitan a “enfrentar nuestra humanidad” y nuestra conexión con las dimensiones más grandes e infinitas de nuestra vida y nuestro trabajo.

Al emprender un modelo de Ciencia del Cuidado/Cáritas para la educación en enfermería, creamos un espacio abierto para permitir que la consciencia evolucionada entre a nuestros fenómenos, abriéndonos a nociones de Cáritas/Amor e Infinitud del espíritu humano (Lévinas 1969; Watson 2005; Watson and Smith 2002).

En el punto de vista de Lévinas, la fuente de vida es el amor cósmico infinito como el amor primordial originario, la base de la existencia de todas las cosas vivientes. Para Lévinas, “Esto no pretende ser anti-intelectual” (1969:109) sino más bien el conducir al mismo desarrollo del intelecto.

Así esta línea de pensamiento desarrolla un fundamento metafísico-filosófico-ético subyacente para la enfermería en lugar de revertir a supuestos clásicos de la ciencia y el conocimiento y las tecnologías de la enseñanza y el aprendizaje. Este enfoque también refleja una perspectiva evolucionaria para la profesión de la enfermería y la naturaleza del conocimiento mismo.

La naturaleza y la historia no se tratan solo de la supervivencia del más apto, sino también de la supervivencia del más sabio... y el más consciente

BEN OKRI (1997:57)

Esta evolución honra la realidad de que tener información no es necesariamente conocimiento, que el conocimiento en sí mismo no necesariamente lleva a la comprensión, y que la comprensión no es lo mismo que la sabiduría o la búsqueda de la sabiduría (Watson 2005). Este enfoque nos invita al un despertar de una consciencia humana en evolución de Cáritas, honrar las diferencias entre las etapas del conocimiento al tiempo que nos movemos hacia la sabiduría y la integración del todo.

A medida que reconsideramos la enfermería dentro de una ética-ontología-epistemología-cosmología mayor, nos damos cuenta de lo pequeños y limitantes que han sido nuestros enfoques para nuestro aprendizaje y enseñanza y prácticas para permitirnos el respeto por los aspectos más profundos de nuestro trabajo. En otras palabras, nuestros trabajos han sido muy pequeños con respecto a la profunda naturaleza del trabajo que realizan las enfermeras (Watson 2005). Así nuestros modelos educativos y epistemológicos y éticos tienen que salir al ruedo de la oportunidad en el siglo XXI como una invitación y responsabilidad moral el crear opciones educativas y pedagógicas nuevas o por lo menos diferentes para la ciencia y la sociedad por igual.

EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA PROFESIONAL PARA EL MAÑANA

Un marco basado en valores para la Enfermería Cáritas: Filosofía y Ciencia del Cuidado

Al examinar nuestra verdad de Pertener-Ser-Saber y hacer trabajo de cuidado-sanación en el mundo, ¿cómo podemos seguir soportando sostener y perpetuar un modelo vacío y hueco?

WATSON (2005:67)

La Ciencia del Cuidado/Cáritas contrapuntea a la mitología dominante. Sin descubrir los mitos y modelos para el cambio, Palmer señaló que siempre nos permitimos a nosotros mismos ser los cambiados y nunca los que cambian. Esto perpetúa la ilusión que podemos enseñar y alcanzar cualquier dominio que deseemos,

manipular y controlarlo a la distancia, sin nunca permitir que ese dominio nos conteste de una forma interesante.

La Ciencia del Cuidado y la Conciencia Cáritas ayudan a recuadrar y reclamar nuestros valores y los profundos anhelos que pueden ser integrados a nuestra ciencia, epistemología y educación y prácticas de enseñanza-aprendizaje. Reflexionando sobre la tesis de Parker Palmer sobre la mitología de la epistemología – el reconocimiento que la epistemología es ética – él propuso contrapuntos al mito dominante que se adaptan al marco de la Ciencia del Cuidado/Cáritas (Palmer 2004:8-9):

- Toda forma de saber se convierte en una forma de vivir; así la epistemología se convierte en ética.
- La epistemología como ética es un conjunto de valores por los cuales vivir, una forma de conducir nuestras vidas.
- Detrás de esta ética recuadrada existe una forma de saber que es personal.
- La verdad es personal, radicalmente personal, no abstracta, al alcance, proposicional, “ahí afuera”.
- El conocimiento y el saber son comunales; el movimiento hacia la verdad es un movimiento comunal, con conflictos, diálogo, debates, movimiento dialéctico hacia el consenso; la verdad surge entre nosotros.
- El conocimiento y el saber son transformacionales en el sentido que el conocimiento y la búsqueda del saber, el ser desafiados a buscar la verdad, cambian nuestras vidas, haciendo que uno viva de forma más plena y profunda.
- El saber, enseñar, aprender y el cuidar, transforman mi saber, mi enseñanza y aprendizaje, si son orientados por las imágenes y normas aquí planteadas.

Como nos recuerda Palmer (2004:9), la razón por la que ocurren las revoluciones intelectuales se relaciona al hecho que cada vez más descubrimos estos asuntos como mitos, solo como mitos y no como verdades reales del mundo de la naturaleza, de la ciencia, del conocimiento, del saber, enseñanza, aprendizaje. Estos mitos roban el poder a la gente al hacerlos pensar que son intentos de manipularlos y controlarlos, de hacer un

reclamo en sus vidas. Las actuales revoluciones intelectuales en el conocimiento y prácticas de cuidado-sanación-salud y los marcos de la Ciencia del Cuidado nos están alcanzando. Tenemos que enfrentar el hecho que nos guste o no, estemos de acuerdo o no, estamos personalmente involucrados en transformar los encuentros de vida con el mundo por medio de nuestro trabajo académico, nuestro conocimiento, y y nuestras formas de enseñar y aprender; de ahí un nuevo modelo curricular.

El cuidado centrado en relaciones como núcleo educativo de la Ciencia del Cuidado

Una ética, ontología y epistemología de Cáritas, del cuidado-sanación, amor, y y enfoques expandidos de la salud y enfermería, están relacionados a una visión del mundo de lo personal, lo interpersonal, lo intersubjetivo, lo íntimo, lo infinito, lo comunal, un proceso de mutualidad-reciprocidad y transformación. Todo esto se convierte en la base para cambiar y ser cambiado por la naturaleza de nuestro ser-convertirse en el mundo. Esta epistemología-como-ética emergente de la Ciencia del Cuidado se basa en el cuidado centrado en las relaciones y en una consciencia expandida del poder de la enseñanza.

La literatura de transformación-aprendizaje (Bache 2001) ha notado que las palabras que usamos en la enseñanza-aprendizaje, las teorías e interpretaciones traen mucho poder para influir en otras personas. Las palabras no respaldadas por la energía de las experiencias personales tienen mucho menos poder que las palabras basadas en la experiencia personal que poseen la energía del amor y el cuidado. En este modelo, los pensamientos de energía más elevada como el amor y el cuidado traen energía de frecuencia más elevada al espacio de aprendizaje, incluso si el espacio es a distancia (Bache 2001). Mientras que el poder del maestro es crucial para crear la consciencia de una comunidad de académicos y compañeros aprendices, el poder más importante es el poder del grupo, la comunidad, el círculo de aprendizaje. Así la participación individual y colectiva

en nuestro aprendizaje influye la fuerza y torrente energético que hacen que retengamos el contenido (Bache 2001; Watson 2002a).

CONCLUSIÓN

En este capítulo he extendido la noción del Factor Carativo/Proceso Cáritas de la enseñanza-aprendizaje. Me he enfocado en la necesidad de pensamiento transformacional para apuntalar la educación de enfermería profesional y un currículo de cuidado/Cáritas. Yo he planteado que un fundamento de la enfermería como profesión radica en las relaciones humanas y el cuidado (Cáritas), que estas cualidades deben formar el epicentro del currículo de enfermería, y que el resto del conocimiento y habilidades necesarias para la práctica de la enfermería deben tomar en cuenta estas cualidades.

Siguiendo la propuesta de Palmer de una “epistemología mítica”, se notó que aunque las ciencias y evidencia biomédica objetivista es obviamente necesaria y tiene cualidades benéficas de un buen cuidado al paciente, no son solo insuficientes sino que pueden, si llegan a ser universalmente dominantes, distorsionar la imagen de las relaciones Cáritas de sanación en que está integrada la enfermería. Para ayudar a dar sentido filosófico a esto recurrí a aspectos de la obra de Emmanuel Lévinas y la forma en que resalta la importancia de Cáritas (amor o cuidado por el otro que va más allá del ser). Para el otro, Lévinas usa la imagen de “la cara”. Al usar esa imagen, Lévinas nos invita a considerar la tensión permanente que surge entre otro universal y la diferencia irreducible del otro, sobre quien un enfoque de aplicación universal puede hacer daño. El punto de Lévinas es que la diferencia de cada “cara” no se puede reducir o capturar en aspiraciones o enfoques universales. En la máxima “lo mismo aplica para todos, como en ‘el caso’ ” la cara no se ve; se torna invisible. Aquello que se puede comprobar objetivamente es lo que cuenta, no la cara misma, no este ser humano individual. Al

final, la Conciencia Cáritas busca devolver la persona al ser, ver la cara que está ante nosotros. En este respecto una Ciencia del Cuidado fundamentada en Cáritas busca traer la epistemología objetivista de “el caso” o la política remota, separada e impersonal o el punto de vista económico, de vuelta a la cara.

Este “traer de vuelta” no es solo una síntesis artificial; es una metafísica en el sentido que no busca trascender las vagancias y restricciones de la educación y práctica actual. Él pretende establecer un fundamento de donde el conocimiento y habilidades de la enfermería puedan emerger desde un ethos educativo deducido de los valores primarios de Cáritas, desde un contexto más amplio de la Ciencia del Cuidado. Una Ciencia del Cuidado no es una cosa unitaria, un sistema de creencias singular y anclado a reglas. Participa con la diversidad de las ciencias y humanidades y con nociones de crecimiento personal, de aprendizaje transformador por el que los términos en que piensa la gente y las palabras que usan para hablar pueden en verdad ser cambiados en situaciones educativas. Esto toma tiempo y esfuerzo, o en palabras más bruscas, requiere un compromiso personal de parte de los educadores el avivar la importancia de las relaciones humanas y el cuidado como epicentro de lo que realmente significa la enfermería, como una condición primera y necesaria.

Dicho enfoque aplica también a nuestros estudiantes de manera que podamos ver sus “caras” y nuestras “caras” puedan ser vistas por ellos, y que se vea que practicamos lo que enseñamos. Esto no es fácil. Como se ha notado, requiere cierta aspiración e inspiración, lo que es en última instancia una visión del mundo metafísica que reconoce y acomoda las tensiones que se encontrarán en el camino. Para Lévinas, una relación entre el ser y el otro es siempre asimétrica, una “en que cada lado de la relación es ‘otro’ para el otro lado” (citado en Joldersma 2001:181; ver también Chinnery 2001). Esto aplica a relaciones tanto de educador-estudiante y de estudiante-educador. Si tratamos nuestras relaciones con otros solo como roles, existe un peligro de colapsar

de vuelta al modo de pensar universalmente objetivista en el que la relación educativa no tiene cara, este estudiante, este instructor, este paciente, esta enfermera, este doctor, pero no cara, no otro, no individuo único.

Hay una profunda ironía aquí en que a una sala de clases llena se le dice a veces “un mar de caras” cuando de hecho es lo opuesto, una multitud de caras ausentes en que “una clase aplica a todos”, así como una justicia o una ciencia aplica a todos. Esto resalta la importancia de un diálogo auténtico en interacciones de grupos pequeños como parte del currículo del cuidado/Cáritas. Pero también nos alerta del peligro que incluso en enseñanza de grupos pequeños, el enfoque puede ser sobre lo que se ha de aprender y no en un intercambio más profundo dentro del encuentro cara a cara, humano a humano; – un intercambio que se requiere si ha de ocurrir una experiencia de aprendizaje más transformadora. Joldersma la describió de esta forma:

Así, lo que es central en mi papel como maestro hacia el estudiante como otro es la responsabilidad. Tengo una obligación más primaria que cualquier libertad. De hecho no podría ser un argumento muy sólido el decir que mi singularidad como maestro llega a existir por medio de mi exposición al estudiante como otro. Aquí la otredad del estudiante puede ser caracterizada como unicidad, algo que trasciende mi categorización. La unicidad del estudiante es en realidad un llamado a que yo asuma la responsabilidad hacia esa persona. Yo soy responsable hacia esa persona precisamente porque es irremplazable en la relación pedagógica, sin importar cuantos otros haya. En este momento, hacia esa persona, yo soy responsable. Ese estudiante, cuya cara puedo ver, es irremplazable, me llama a responder. Esta obligación es mía, personal. (Joldersma 2001:186-187).

En efecto, un desafío, pero también una aspiración/inspiración que llama a la pregunta y busca una forma entre las infraestructuras política, económica y tecno-racional que cada vez nos aplasta más

en nombre de la calidad que busca estándares universales, ya sea en enseñanza y aprendizaje, investigación, administración, o planeación e implementación curricular. Esas mismas infraestructuras también aplastan a los estudiantes en términos de evaluaciones, reportes de progreso, y propuestas de investigación o proyectos. Existe un sentido muy real en que dichas infraestructuras son una función muy necesaria de la educación que ocurre en las universidades y en otras instituciones educativas para que puedan operar como “asuntos actuales”, impulsados tanto por la competencia y la supervivencia como por la cooperación. Sin embargo, dichos sistemas y aquellos que operan pasivamente dentro de ellos, así como en la ciencia objetivista o los sistemas universales de justicia, pueden tornarse ciegos a “la cara” en la búsqueda del bien universal.

Los educadores Cáritas de enfermeras y profesionales del cuidado a la salud así enfrentan un doble desafío al establecer, promover y mantener un diálogo humano a humano y relaciones de cuidado como epicentro del currículo y de la enseñanza. Como se indicó, esto aplica no solo a un ethos de la práctica del cuidado a la salud sino también a un ethos que permea la educación de los practicantes del cuidado a la salud, de ahí el doble desafío de una filosofía y ciencia del cuidado para la educación.

El Modelo de Cuidado Centrado en Relaciones (RCC en inglés) para las Profesiones de la Salud (Tressolini and Pew Fetzter Task Force 1994) sirve de guía para un currículo Cáritas que considere la enseñanza-aprendizaje dentro de un nuevo paradigma. Aborda los ideales educativos del RCC para todas las profesiones de la salud. Este modelo curricular describe parte del contexto y contenido consistente con un currículo Cáritas y un enfoque de epistemología-como-ética para la enseñanza-aprendizaje.

Epílogo

Desde la publicación de mi obra en 1979, la filosofía y ciencia del cuidado ha continuado evolucionando por mis diferentes publicaciones, interacciones mundiales, actividades profesionales, relaciones, y diferentes participaciones como ponente. En la última media década, la teoría del cuidado como una guía para transformar la práctica clínica ha evolucionado a modelos clínicos avanzados del trabajo académico en el cuidado y en las prácticas profesionales. Este trabajo está transformando el ser y los sistemas a medida que las enfermeras participan y realizan más plenamente la enfermería dentro de un contexto de Ciencia del Cuidado de cuidado-sanación. Así en formas pequeñas y grandes, la enfermería se transforma de adentro hacia afuera por medio de estos cambios. Algunos de estos cambios han sido iniciados por proyectos de hospital Imán, pero otros son cambios de raíz realizados por enfermeras, gerentes de enfermería, administradores visionarios de enfermería, directores visionarios de escuelas de enfermería, y líderes docentes de enfermería.

Como resultado de este cambio, la filosofía y teoría del cuidado humano está siendo implementada en una variedad de formas académicas diversas y creativas en los Estados Unidos y en otras partes del mundo, en la educación y en la práctica. Estos métodos incluyen el desarrollo del currículo del cuidado y los modelos de práctica profesional del cuidado-sanación. Algunas de estas actividades son resaltadas como ejemplos que señalan a nuevas posibilidades para sistemas e individuos dentro de un

contexto de la Ciencia del Cuidado.

Los ejemplos incluyen proyectos en que los modelos de cuidado profesional éticos y guiados por la teoría buscan hacer explícita la relación de cuidado, el conocimiento, valores, filosofía, terapia, y pedagogías que orientan la enfermería avanzada. Además, en la mayoría de los casos estos proyectos profundizan la dimensión espiritual de la enfermería.

Un grupo selecto de enfermeras internacionales sugirió en mayo de 2007 que se estableciera en el futuro una Orden de Enfermeras Cáritas. Dicho grupo haría explícito el compromiso y devoción intencionales de las enfermeras al cuidado humano como el más alto don a la humanidad, su voto de practicar dentro de esta consciencia y evolución informada por medio del ofrecimiento de sus dones de sanación y profundo nivel de humanidad, abriendo el ser y el otro (e incluso los sistemas) al campo infinito del amor universal en su trabajo y en su mundo.

Quizá dicha evolución ocurrirá al entrar a una nueva era en la historia humana. En un periodo anterior de la historia de la enfermería, todos sabían lo que era una “Enfermera Nightingale”, – la consciencia y preparación general de una Enfermera Nightingale era distinta y distinguible de una enfermera ordinaria. A su vez, en el futuro es posible que una Enfermera Cáritas tenga características distintivas, donde el público deseará tener Enfermeras Cáritas cuidándolos.

Anexos

- I. Ejemplos de lugares inter/nacionales donde se practica la Ciencia del Cuidado
- II. Carta: Consorcio Internacional Cáritas (ICC)
- III. Borrador del documento de trabajo sobre el Proyecto del ICC “Alfabetización Cáritas”
- IV. Proyectos del ICC de Investigación sobre Datos de Cuidado Internacionales
- V. El Instituto Watson de Ciencia del Cuidado

Anexo I

Ejemplos de lugares inter/nacionales donde se practica la Ciencia del Cuidado*

Mientras que no estoy enterada y no puedo estar enterada de todos los sistemas que usan mi trabajo de diferentes formas, aquí ofrezco sitios y ubicaciones que me han contactado o con los que he estado en contacto durante los últimos años. Estas ubicaciones y lugares me han indicado que usan mi trabajo en la Teoría del Cuidado como guía para mejorar la enfermería profesional en educación, práctica y/o investigación.

Estos sitios representativos inter/nacionales están identificados como lugares donde hasta donde sé, se aplica este trabajo. Se puede encontrar información más específica y recursos de contacto sobre la naturaleza y dirección del trabajo en los siguientes sitios web: www.uchcsc.edu/nursing/caring; www.caritasconsortium.org; y www.watsoncaringscience.org.

* Note que estos lugares representan sistemas y actividades relacionadas a la Teoría del Cuidado. Yo no puedo asegurar que estén vigentes; además la lista no es completa, ya que todos los días me entero de nuevos lugares que usan este trabajo.

Arizona

Grand Canyon University, Phoenix
John C. Lincoln North Mountain Hospital, Phoenix
Mayo Clinic, Phoenix
Scottsdale Health, Scottsdale
University of Phoenix, multiple campuses, Phoenix

Arkansas

University of Arkansas Children's Hospital, Little Rock

Australia

Edith Cowan University, Perth
Southern Cross University, Queensland
University of Adelaide, Adelaide
The University of Notre Dame, Fremantle

Brasil

University of Federal of Ceara, Fortaleza
University of Rio, Rio de Janeiro
University of Santa Catarina, Florianopolis

California

Kaiser Vallejo Medical Center, Vallejo
Santa Barbara City College, Santa Barbara
Scripps Memorial Hospital, La Jolla
Simpson University, Redding
St. Joseph Hospital, Orange
Stanford Hospital and Clinics, Sanford
University of California, Irvine Medical Center, Orange

Canadá

Baycrest Gerontology Center, Toronto
Princess Margaret Children's Hospital, Toronto
Université du Québec, Montreal, Québec
University of Montreal, Quebec
University of Victoria, British Columbia
University of Windsor, Windsor, Ontario
York University, Ontario

China: República Popular China (PRC); República de China (ROC)
(Taiwán)

Chang Gung University, Taipei, ROC
Hong Kong Polytechnic University Kowloon, Hong Kong,
PRC
Taiwan University, School of Nursing College of Medicine,
Taipei, -ROC
University-Shanghai, Jiao Tong University, Shanghai, PRC

Colombia

Universidad del Norte, Barranquilla
Universidad del Valle, Cali
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá

Colorado

The Children's Hospital, Denver
Denver Veterans' Administration Hospital, Denver
McKee Medical Center, Banner Health, Loveland
Vail Valley Medical Center, Vail

Connecticut

Greenwich Hospital, Greenwich
Middlesex Hospital, Middletown

Dinamarca

Aalborg University Teaching Hospital, Aalborg
Arhus University, Arhus

Finlandia

Abo Akademi, Department of Caring Science, Vasa
Helsinki Polytechnic, Health Care Sector, Helsinki
Helsinki University Central Hospital, Helsinki

Florida

Baptist Health, Jacksonville
Florida Atlantic University, Boca Raton
Kendall Regional, Miami
Memorial Hospital West, Pembroke Pines
Memorial Regional, South Florida
Mercy Hospital, Miami
Miami Baptist, Miami
Sarasota Memorial Health Care System, Sarasota
Tampa University Community Hospital, Tampa
Winter Haven Hospital, Winter Haven

Georgia

Memorial Health University Medical Center, Savannah
Saint Joseph's Hospital, Atlanta

Alemania

Bildungswerk des Verbandes, Klostering, Irsee
German Institute of Humanistic Nursing, Bavaria

Illinois

Lake Forest Hospital, Lake Forest
MacNeal Hospital, Berwyn
Resurrection Health, Chicago
St. Mary's Hospital, Decatur
Trinity Regional Health System, Rock Island

Indiana

Family Practice Residency, Theology and Psychology
Department, University of Notre Dame, South Bend
St. Mary's Medical Center, Evansville

Indonesia

University of Indonesia, Jakarta

Iowa

University of Iowa Hospital System

Italia

Universita Bicocca, Monza
Universita Cattolica of Torino, Torino
Universita Statale, Piacenza
University of Turin, Turino

Japón

Japanese Mental Care Association, Tokyo
Japanese Red Cross College of Nursing, Tokyo
Japanese Red Cross University, Hiroshima College of Nursing,
Hiroshima
Mie University, Mie

Kentucky

Baptist East Hospital, Louisville
Bellarmine College, Louisville
Central Baptist Health, Lexington

Corea

Catholic University School of Nursing, Seoul

Líbano

St. Joseph's University, Beirut

Louisiana

Baton Rouge General Hospital, Baton Rouge

Our Lady of the Lake Hospital, Baton Rouge

Maine

Franklin Memorial Hospital, Farmington

Maryland

Holy Cross Hospital, Silver Spring

Union Memorial Hospital Medstar Health, Baltimore

Massachusetts

Hebrew Life, Boston

México

Universidad Autónoma de Chihuahua, Facultad de Enfermería,
Chihuahua

Universidad de Sonora, Hermosillo

Minnesota

The Mayo Clinic, Rochester

Missouri

Missouri Western State University, St. Joseph

Nebraska

Nebraska Methodist College of Nursing, Omaha

New Hampshire

The Cheshire Medical Center, Keene

New Jersey

AtlantiCare Regional Medical Center

CentraState Medical Center, Freehold

Monmouth Medical Center, Long Branch

Newark Beth Israel Medical Center, Newark

St. Joseph Medical Center and St. Joseph's Hospital, Paterson

New Mexico

Northern Navajo Medical Center, Shiprock

New York

Elmhurst Hospital, New York Center Health and Hospitals,
Flushing

Highland Hospital, Rochester

Queens Hospital Center Health and Hospitals, Jamaica

Roswell Park Center Institute, Buffalo

St. Luke's Hospital, Newburgh

University of Rochester Strong Memorial Hospital, Rochester

Upstate Hospital, Syracuse

Nueva Zelanda

Otago Polytechnic University, Duneden

Victoria University of Wellington, Wellington

North Carolina

Moses H. Cone Memorial Hospital, Greensboro

University of North Carolina Hospitals, Chapel Hill

North Dakota

Lake Forest Hospital, Grand Forks

University of North Dakota, College of Nursing, Grand Forks

Noruega

Haukeland University Hospital, Bergen

Ohio

The Ohio State University Health System, Columbus

Oklahoma

Oklahoma State University, Oklahoma City

Perú

Catholic University, Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo

Filipinas

Brokenshire College, Santos City

College of Nursing of Dadiangas University, Santos City

Portugal

Azores University of Terceira: Escola Superior Enfermagem
do Heroísmo, Terceira Azores (Portugal Island)

Escola Superior de Enfermagem, Clumy Maderia

University of Lisbon, Lisbon

South Carolina

Bon Secours St. Francis, Charleston
Francis Marion University, Florence
Greenville Health System, Greenville
University of South Carolina, Upstate, Spartanburg

España

College of Nursing (Col'legi d'Infermeria de Barcelona),
Barcelona
Santa Madrona College of Nursing, Barcelona
University of Barcelona Nursing, Barcelona
University of Tarragona, Tarragona

Suecia

Göteborg University, Göteborg
Orebro University, Department of Caring Sciences, Orebro
School of Health Sciences, Hogskolan, Boras

Suiza

Webster University, Ballaigues

Tennessee

Mountain States Health Alliance, Johnson City

Texas

Seton Hospitals, Austin

Tailandia

The Innovation Education Development Center, Borommara-
jonnai College of Nursing, Pra-Buddhabat
Praboromrajchanok Institute for Health Workforce Develop-
ment, Ministry of Public Health, Saraburi Province
Prince of Songkla University, Songkla Province
Saint Louis Nursing College, Bangkok

Reino Unido

City University, London
University of Bedfordshire, Luton

Utah

Weber State University, Ogden

Venezuela

Carabobo University, Valencia

Virginia

Inova Health System, Fairfax and Falls Church
St. Mary's Hospital, Bon Secours Healthcare System, Richmond

Washington, DC

The Catholic University

West Indies

University of West Indies School of Nursing, Kingston, Jamaica

West Virginia

City Hospital, Martinsburg
Mountain State University, Beckley

Wisconsin

Alverno College, Milwaukee
Vitebo University, La Crosse

Wyoming

Wyoming Medical Center, Casper

Anexo II

Carta: Consorcio Internacional Cáritas

Como resultado de desarrollos recientes nacionales e internacionales en el uso de la Teoría de la Ciencia del Cuidado y la Filosofía del Cuidado Humano como guía para el trabajo transformador en la academia, educación y práctica de la enfermería, está surgiendo un grupo de profesionales invitados. Estos son profesionales comprometidos que auténticamente son-hacen y promueven el trabajo en el mundo y que desean acordar para profundizar en el Modelo Cáritas, compartir sus actividades, y aprender los unos de los otros.

El grupo se ha nombrado International Cáritas Consortium (Consorcio Internacional Cáritas). Diferentes instituciones que usan este modelo organizan reuniones de estos profesionales por invitación mía. Todos provienen de instituciones en que se están implementando los nuevos modelos de cuidado-sanación, junto con otras personas selectas que promueven la academia y prácticas de la Ciencia del Cuidado. Todos los interesados en participar pueden contactarme en la dirección jean.watson@uchsc.edu. Se puede obtener información adicional en el sitio web del Consorcio Cáritas, en www.caritasconsortium.org, y en mi sitio web: www.uchsc.edu/nursing/caring.

Los patrocinadores del Consorcio Internacional Cáritas a la fecha son:

Los patrocinadores proyectados incluyen:

CARTA DEL CONSORCIO INTERNACIONAL CÁRITAS (ICC)

Propósito

Los principales propósitos de esta Consorcio Internacional Cáritas que está emergiendo son:

1. Explorar diferentes formas de llevar la teoría del cuidado a la vida en escenarios académicos y clínicos por medio del apoyo y aprendizaje mutuos; y
2. Compartir conocimiento y experiencias de manera que podamos ayudar a orientar al ser y a otros en el viaje para vivir la filosofía y teoría del cuidado en nuestra vida personal y profesional.

Las reuniones del consorcio:

- Proveerán de un foro íntimo para renovar, restaurar y profundizar el compromiso y prácticas auténticas del cuidado humano de cada persona y de cada sistema en su vida y trabajo personal/profesional;
- Aprender mutuamente por medio del trabajo compartido de academia original, diferentes formas de indagación sobre el cuidado y prácticas modelo de cuidado-sanación;
- Desarrollar y difundir modelos de Ciencia del Cuidado de academia clínica y de excelencia profesional en los diferentes escenarios en el mundo.

Membresía

Los participantes del Consorcio Cáritas son representantes invitados de sistemas clínicos y educativos y/o personas selectas que promueven la educación, práctica profesional, e investigación de la Ciencia del Cuidado/Teoría del Cuidado Humano por medio de su rol y actividades respectivas en los Estados Unidos y en diferentes ubicaciones en el mundo.

Estructura-coordinación: Consejo Central de Coordinación Cáritas (CCCC)

El Consejo Central de Coordinación Cáritas sirve como subgrupo de la membresía y funciona como cuerpo de coordinación y comunicación con los miembros. Los miembros centrales incluyen:

- Dra. Jean Watson, fundadora de la Teoría del Cuidado Humano original, quien sirve de Presidenta/Presidenta Honoraria;
- Representantes selectos de representantes miembros de liderazgo original de organizaciones/sistemas que desarrollan y promueven el modelo de teoría y prácticas del cuidado por medio de su institución.

El consejo consistirá de seis miembros o menos, quienes darán continuidad y estabilidad; coordinarán las agendas; y proveerán liderazgo para proyectos emergentes del ICC.

Reuniones

Los miembros del ICC y nuevos invitados se reunirán en la primavera y otoño de cada año, por el patrocinio de los miembros que solicitan ser anfitriones de la junta. La institución anfitriona y sus representantes servirán como el cuerpo primario de organización/agenda para la reunión en su institución, con asistencia de anfitriones anteriores, el Consejo Central de Coordinación Cáritas y la Dra. Watson.

Responsabilidades/actividades para las reuniones

- Proveer un foro seguro para explorar, crear, renovar el ser y el sistema por medio de tiempo alejado de reflexión.
- Compartir ideas, inspirar a los demás, y aprender juntos.
- Participar en el uso de indagación apreciativa en que

cada miembro facilita el trabajo del otro, con todos aprendiendo de los otros.

- Crear oportunidad para la academia original y nuevos modelos de prácticas clínicas y educativas basadas en el cuidado.
- Generar y compartir proyectos en diferentes lugares en academia de teoría del cuidado.
- Red para modelos educativos y profesionales para promover las prácticas de cuidado-sanación y los modelos transformativos de la enfermería.
- Compartir experiencias únicas para el auto-autocrecimiento auténtico dentro del contexto de la Ciencia del Cuidado.
- Educar, implementar, y y difundir experiencias y descubrimientos ejemplares a audiencias profesionales más amplias por medio de publicaciones académicas, investigación y presentaciones formales.
- Visualiza nuevas posibilidades para transformar la enfermería y el cuidado a la salud.

Anexo III
Borrador del documento de trabajo
sobre el proyecto del ICC “Alfabetización Cáritas”*

ALFABETIZACIÓN CÁRITAS

Se usa “Alfabetización Cáritas” en lugar del término más técnico “competencias” para reconocer que el cuidado y la conciencia Cáritas abarcan atributos únicos. Estos atributos humanos incluyen un enfoque intencional, cultivado y aprendido de la persona completa para tener “fluidez” y habilidades aprendidas de inteligencia emocional y centrada en el corazón, conocimiento y formas habilidosas de ser humano; cultivar una evolución consciente que abre el campo espiritual energético infinito de nivel más elevado de la propia humanidad.

“Otros” se refiere a todas las personas que uno encuentra, pacientes, familias, visitantes, compañeros de trabajo, voluntarios, todos: todas las razas, colores, credos, nacionalidades y estilos de vida.

* Reimpreso con permiso del subgrupo de trabajo del Consorcio Internacional Cáritas (junio 2007). (Subgrupo del Consorcio Internacional Cáritas: Gene Rigotti, Joanne Duffy, Jim D’Alfonso, Teri Woodward, Jean Watson.) Modificado por Jean Watson, 30 de enero, 2008.

CONCIENCIA CÁRITAS

El practicar el amor, la bondad y la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado. *Mi respeto por este paciente (otro) me permitió estar disponible para él/ella.*

- Abre a la conexión con el ser, otros, el ambiente y el universo.
- Modela el auto-autocuidado y el cuidado para otros.
- Valida la unicidad del ser y de otros.
- Reconoce actos de bondad (ej. semillas, etc.)
- Honra los dones y talentos propios y de otros.
- Reconoce vulnerabilidades en el ser y en otros.
- Trata al ser y a otros con amor y bondad.
- Escucha con respeto y con interés genuino a otros.
- Acepta al ser y a otros como son.
- Demuestra respeto por el ser y por otros.
- Escucha a otros.
- Trata a otros con bondad.
- Pone atención a otros.
- Respeta a otros.
- Honra la dignidad humana del ser y de otros.

Estar auténticamente presente y habilitar y sostener el sistema de creencias profundas del ser y del que se cuida. Al escuchar, pude honrar el sistema de creencias de este paciente (otro) y permitirle sentir su propio sentido de fe/esperanza.

- Crea oportunidades para el silencio/reflexión/pausa.
- Promueve la intencionalidad y las conexiones humanas con otros.
- Ve la vida como un misterio a ser explorado más que un problema a ser resuelto.
- Capaz de liberar el control a un poder superior.
- Interactúa con las artes y ciencias del cuidado para promover

la sanación y la totalidad.

- Incorpora al plan de cuidado los valores y creencias de otros, y aquello que es significativo e importante para ellos.
- Utiliza el contacto visual y toque apropiados.
- Llama a otros por sus nombres preferidos.
- Ayuda a otros a creer en sí mismos.
- Apoya las creencias de otros.
- Apoya el sentido de esperanza de otros.
- Anima a otros en su capacidad de seguir con la vida.

Al cultivar las propias prácticas espirituales y el ser transpersonal, yendo más allá del ego-ser (trabajando desde una conciencia más plena del centrado en el corazón: abrirse a todos los chacras, incluyendo desde el cuarto chacra en adelante). *Al ser más responsable a las necesidades y sentimientos del paciente (otro), puede crear una relación de más confianza-ayuda-cuidado.*

- Practica la auto-reautorreflexión (escribir un diario, oración, meditación, expresión artística), demuestra voluntad de explorar los propios sentimientos, creencias y valores para el auto-autocrecimiento.
- Practica el discernimiento al evaluar las circunstancias y situaciones a diferencia de ser prejuicioso.
- Desarrolla ritos significativos para practicar la gratitud, el perdón, la entrega y la compasión.
- Transforma las “tareas” en interacciones de cuidado-sanación.
- Acepta el ser y otros en un nivel espiritual básico como seres únicos y hermosos que son dignos de nuestro respeto y cuidado.
- Es capaz de bendecir y perdonar al ser y a otros.
- Demuestra interés genuino en otros.
- Valora la bondad intrínseca del ser y de otros como seres humanos.

Desarrollar y sostener relaciones auténticas de cuidado-ayuda-confianza. Yo desarrollo relaciones de cuidado-ayuda-confianza con pacientes (otros), familias, y miembros del equipo de cuidado a la salud.

- Entra a la experiencia de explorar las posibilidades en el momento y en la relación.
- Tiene amor y respeto incondicionales para los otros.
- Busca trabajar desde el marco de referencia subjetivo del otro.
- Tiene un espacio sagrado de sanación para otros en su hora de necesidad.
- Practica actitudes no prejuiciosas.
- Responde a otros con congruencia a la experiencia vivida de otros.
- Practica la presencia auténtica:
 - Lleva el ser pleno, honesto y genuino a la relación.
 - Demuestra sensibilidad y apertura a otros.
 - Participa en relaciones Yo-Tú a diferencia de relaciones Yo-Eso.
- Demuestra consciencia del estilo de comunicaciones (verbal y no verbal) propio y de otros.
- Busca aclaraciones si son necesarias.
- Promueve comunicación directa y constructiva:
 - Participa en comunicación que promueve la vida sana; no participa en chismes.
 - Participa en comunicación efectiva y amorosa; no participa en rumores.
 - Participa en resolución proactiva de problemas; no participa en quejas excesivas/Crónicas.
 - Participa en actividades que maximizan la independencia

y la libertad individual; no participa en dependencia inapropiada.

- Participa en actividades que promueven las experiencias de crecimiento seguras, éticas, maduras y saludables; no participa en conducta antiética, ilegal, riesgosa o seductora.
- Permite que otros elijan el mejor momento para hablar sobre sus inquietudes.

Estar presente, y apoyar, la expresión de sentimientos positivos y negativos como una conexión con el espíritu más profundo del ser y del ser-que-se-cuida. Yo participo en la creación de relaciones de cuidado en entornos de cuidado para promover el crecimiento espiritual.

- Crea/tiene un espacio sagrado (lugar seguro para desplegarse y emerger).
- Reconoce la sanación como un viaje interior.
- Permite lo incierto y lo desconocido.
- Promueve la narrativa/contar historias como forma de expresar entendimiento.
- Permite que la historia emerja, cambie, y crezca.
- Incita a la plena expresión de sensaciones, sentimientos, pensamientos, ideas, emociones, creencias y valores para explorar el entendimiento y el sentido.
- Invita a la reflexión de sentimientos y experiencias.
- Ofrece bendiciones, oración y expresión espiritual según sea apropiado.
- Ayuda a otros a ver los buenos aspectos de su situación.
- Escucha activamente y deja que la energía fluya a través del ser sin ser consumida por otros sentimientos.
- Acepta y ayuda a otros a lidiar con sus sentimientos negativos.

Usar creativamente el ser y todas las formas del saber, como parte de los procesos de cuidado; participar en el arte de las prácticas de cuidado-sanación. *Yo ejerzo la resolución de problemas centrada en el otro y el trabajo académico en el cuidado de este paciente (otro).*

- Integra formas estéticas, éticas, empíricas, personales y metafísicas de saber con el pensamiento creativo, imaginativo, y crítico para la expresión plena de las artes y ciencias del cuidado.
- Reconoce e integra una conciencia que la presencia de uno se ha de incluir como un elemento efectivo del plan de cuidado para otros.
- Usa el ser para crear entornos de sanación por medio de:
 - Toque intencional
 - Voz
 - Presencia auténtica
 - Movimiento
 - Arte-expresión artística
 - Llevar un diario
 - Juego-risa-alegría
 - Espontaneidad
 - Música-sonido
 - Preparación
 - Respiración
 - Relajación-imágenes-visualización
 - Pensamientos-consciencia-intencionalidad
 - Contacto visual apropiado
 - Sonrisa, gestos positivos
 - Escuchar de forma auténtica
 - Conciencia del corazón (lo que tenemos en nuestros corazones es comunicado de forma energética)
 - Protección de la naturaleza, la luz, el sonido/ruido
 - Otros

- Invita a los otros a hacer preguntas.
- Ayuda a otros a explorar formas alternativas, a encontrar nuevo sentido en sus situaciones/viajes de vida al lidiar con sus propios enfoques de salud/auto-autosanación.

Participar en experiencias genuinas de enseñanza-aprendizaje que atiendan a la unidad del ser y el sentido; intentar permanecer dentro del marco de referencia de otro. La relación de cuidado creada en conjunto promueve el conocimiento, crecimiento, empoderamiento y los procesos y posibilidades de sanación para los pacientes (otros) y el ser.

- Escucha activamente con todo el ser a la historia de las experiencias de vida de otros.
- Habla con calma, control y respeto a otros, dándoles plena atención en ese momento.
- Busca primero aprender de otros, comprendiendo su visión de mundo; luego comparte, enseña y da información, herramientas y opciones para satisfacer las necesidades de otro (trabaja desde el marco de referencia del otro).
- Participa en creación conjunta colegiada/colaborativa.
- Acepta a otros como son y donde están con su comprensión, conocimiento, disposición a aprender.
- Ayuda a otros a entender cómo piensan sobre su enfermedad/salud.
- Pregunta a otros lo que saben sobre su enfermedad/salud.
- Ayuda a otros a formular y dar voz a preguntas e inquietudes para preguntar a los profesionales del cuidado a la salud.

Crear un entorno de sanación en todos los niveles (el entorno físico y no físico, sutil de la energía y la consciencia) donde son potenciados la totalidad, la belleza, confort, dignidad y la paz. Al promover la relación de cuidado yo creo espacio para que este paciente (otro) genere su propia totalidad y sanación.

- Crea un espacio que las conexiones humanas ocurran naturalmente.
- Participa en la conciencia de cuidado-sanación.
- Crea intenciones de cuidado.
- Crea un entorno de sanación que atiende
 - La enfermera como entorno
 - El otro como persona única
 - La luz
 - El agua
 - El ruido
 - La limpieza
 - La privacidad
 - La nutrición
 - La belleza
 - La seguridad
 - El lavado de manos
 - Las medidas de confort
 - Los marcos temporales de otros
 - Las rutinas y ritos de otros
- Está disponible para otros.
- Pone atención a otros cuando están hablando.
- Anticipa las necesidades del otro.

Al asistir con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado intencional; administrar “elementos esenciales del cuidado humano” que potencian la alineación de la mente-cuerpo-espíritu, la totalidad y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado. Yo

pude ayudar a satisfacer las necesidades de este paciente (otro) identificadas para él/ella:

- Ve a los otros como un todo integrado.
- Respeta las necesidades únicas individuales de los otros.
- Hace que los otros estén tan cómodos como sea posible.
- Ayuda a otros a sentirse menos preocupados.
- Es responsivo a la familia, seres amados de los otros.
- Se asegura que otros tengan el sustento que necesitan.
- Respeta la necesidad de privacidad del otro.
- Respeta las percepciones del mundo y las necesidades únicas de los otros.
- Involucra a la familia/seres amados.
- Trata el cuerpo de otro con cuidado como un misterio de la participación en la fuerza vital de otro.
- Ayuda a otros con necesidades especiales de relajación, restauración y sueño.
- Habla abiertamente a la familia.

Abrirse y atender las dimensiones espirituales-misteriosas y existenciales de la vida-muerte propia; cuidado del alma para el ser y de quien-se-cuida. Yo permito que los milagros ocurran con el ser y con otros.

- Permite que se despliegue lo desconocido.
- Participa en la paradoja de la vida.
- Entrega el control y anticipa los milagros.
- Nutre/apoya la esperanza.
- Comparte y participa en momentos de cuidado humanos según sea apropiado.
- Reconoce los sentimientos internos propios y de otros.
- Sabe lo que es importante para el ser y otros.
- Muestra respeto por las cosas que tienen significado para otros.
- Cree que el amor y bien fundamentales abundan en todas las situaciones donde existe la vida.

Anexo IV
Proyectos del ICC de Investigación
sobre Datos de Cuidado Internacionales

**BASE DE DATOS INTERNACIONAL COMPARATIVA DE
CUIDADO**

Duffy – CAT

La Base de Datos Internacional Comparativa de Cuidado es un repositorio dinámico que comenzó como un esfuerzo académico asociado con el Consorcio Internacional Cáritas (ICC). Este grupo de profesionales de la salud está conectado por el uso de la teoría del cuidado en una relación clínica-práctica-investigación.

El ICCD es una base de datos flexible y abierta administrada por Joanne Duffy PhD, RN, FAAN (Investigador Principal) de The Catholic University of America en Washington DC, en EE.UU. La base de datos recolecta y evalúa las percepciones de los pacientes de las conductas de cuidado de enfermería de instituciones de cuidado de todo el mundo. Usando CAT versión IV (Duffy, Hoskins & Seifert, 2007)¹ y algunos descriptores de los pacientes (ej. edad, género, nivel educativo), las instituciones participantes reciben reportes de datos comparativos a nivel de

unidad para su uso como punto de referencia, buscar las mejores prácticas, la mejora a localidad, e investigación. El ICCD almacena las conductas de cuidado de enfermería, indicador del proceso sensible a la enfermería. Se pueden añadir otros indicadores de procesos, como las conductas de cuidado del gerente de enfermeros y las conductas de cuidado del educador en enfermería. Estos indicadores de cuidado proveen a las instituciones participantes con información oportuna sobre la experiencia del cuidado (desde los puntos de vista del paciente, enfermeras y estudiantes). El evaluar regularmente los procesos de cuidado permite al personal clínico, educadores y administradores el monitorear las mejoras en la práctica de enfermería, vincular los procesos de cuidado con medidas de resultados sensibles a la enfermería, estudiar formas en que los indicadores estructurales como los patrones de personal o credenciales de enfermería afecten los procesos de cuidado y examinar las tendencias en el tiempo.

El ICCD es la única base de datos comparativa de conductas de cuidado realizada por enfermeras. Ha crecido de ser una “idea” a una realidad porque las instituciones de cuidado a la salud que usan la teoría del cuidado como pase para nuevos modelos de práctica profesional, y como fundamento para progresar en la práctica de la enfermería, buscan activamente formas de investigar, conectar y mejorar sus servicios.

Para participar en el ICCD, las instituciones de cuidado a la salud pueden contactar a la Dra. Joanne Duffy en el 202-319-6466 o en duffy@cua.edu convenir en unirse por un año, participar en un programa de capacitación de una hora (presencial), recolectar datos trimestralmente por medio de un proceso de selección aleatorio, y recibir y difundir reportes trimestrales para la mejora de las prácticas.

Las instituciones recibirán reportes trimestrales de sus datos comparados a otras instituciones y con tendencias representadas en el tiempo. No se utilizarán identificadores

únicos, así que se garantiza el anonimato y la confidencialidad. Se darán oportunidades de dar retroalimentación y asistencia con ideas de publicación/presentación.

El Instituto Watson de Ciencia del Cuidado (WCSI), una nueva fundación sin fines de lucro, creada para servir y extender las actividades académicas del ICC, puede servir como una vía adicional para comunicar, expandir y difundir esta base de datos global del cuidado.

EL GRUPO DE COLABORACIÓN INTERNACIONAL EN INVESTIGACIÓN SOBRE EL CUIDADO

Nelson – CPS

El Grupo de Colaboración Internacional en Investigación sobre el Cuidado fue iniciado para conectar varios grupos de investigación especializados con el propósito de compartir y explorar cómo sus áreas respectivas de investigación se conectan entre sí. La meta del grupo de colaboración es crear un Modelo de Ecuación Estructural (SEM), que es un modelo que explica cómo interactúan las variables dentro del ambiente del cuidado a la salud para impactar los resultados de los pacientes, incluyendo la percepción del cuidado. Uno de los instrumentos usados como parte de esta actividad es la Encuesta del Factor de Cuidado, que fue diseñada para evaluar el cuidado dentro del contexto de la teoría del cuidado de Watson y el trabajo reciente en la enfermería Cáritas (www.uhsc.edu/nursing/caring).

La investigación reciente sobre el cuidado de este grupo de colaboración ha identificado que las enfermeras identificadas por los pacientes reportaron como quienes daban mejor cuidado, son la que dan el cuidado más consistente, son enfermeras con la mayor experiencia en enfermería profesional, son muy afectadas emocionalmente por el paciente, no trabajan tiempo extra, son de todas las categorías de edad, y están muy frustradas con el entorno de trabajo, en especial la carga de trabajo (Persky et al. 2008). La base de datos internacional del 2007, que incluye

más de 500 pacientes de Italia, Filipinas y los Estados Unidos, reveló que entre los factores de cuidado, las enfermeras eran consistentemente calificadas más alto en transmitir amor y bondad a su paciente y lo más bajo en atender las necesidades espirituales de los pacientes. Esta medida ayudará a probar la teoría y a refinar el proceso de cuidado.

Se planea la validación continua de la medición del cuidado al relacionar los reportes de los pacientes sobre cómo se sentían con los componentes que están presentes en la sangre cuando siente tensión (cortisol), amor (DHEA) y físicamente resiliente (IgA). El comprender cómo el reporte de los pacientes que se cuidan se relaciona con su estado físico va más allá de validar la medición del cuidado para articular la relación que tiene este sentimiento con la sanación. Este desafío requerirá la medición de otras variables que posiblemente influirán en la sanación, incluyendo los aspectos ambientales de donde trabajan las enfermeras, médicos y otros proveedores de cuidado.

Los factores que actualmente se están examinando en relación con el cuidado incluyen la carga de trabajo, enfermería primaria, gestión, competencia, administración del conocimiento, HeartMath, cuidado, HIV/SIDA, Estudio de Ambiente en Cuidado a la Salud (HES), personal, “flotante”, reporte de enfermería, tiempo extra, control de posición, equipo de respuesta rápida, cuidadores, administración, competencia, educación, administración esbelta, seguridad del paciente y cuidado basado en relaciones. Los países involucrados hasta enero del 2008 son las Bahamas, Bélgica, Brasil, Camerún, Inglaterra, Irlanda, Italia, Filipinas, Serbia, Suiza, Tanzania, y los Estados Unidos.

Se usa un enfoque jerárquico entre los participantes para comprender cómo persisten estas variables y otras en múltiples escenarios alrededor del mundo, y cómo operan dentro de cada país y cada institución participante. Este grupo puede encontrar que el cuidado es un factor moderador de otros resultados clínicos y organizacionales.

El rápido crecimiento y diálogo efectivo del grupo durante los dos últimos años, creciendo de 4 a más de 130 miembros, se ha atribuido al interés en el fenómeno del cuidado así como el cuidado entre las personas. Los miembros se sirven entre sí usando sus talentos únicos, ya sea que sea administrador, investigador, educador, personal clínico o consultor. Es la esperanza que los rigurosos métodos científicos compartidos abiertamente apoyarán la evolución del cuidado como elemento vital de la sanación pero no solo del paciente sino también los proveedores de cuidado y entornos de cuidado a la salud en un nivel mundial, nacional y a nivel clínica.

La Escala de la Encuesta de Factor de Cuidado se puede descargar del sitio web de Watson: www.uchsc.edu/nursing/caring. Para comprender más sobre este grupo y la investigación sobre el cuidado y el instrumento de la Encuesta de Factor de Cuidado y otras medidas de cuidado a la salud, contacte a John Nelson.

John W. Nelson
Presidente, Ambiente de Cuidado a la Salud
888 West County Road D., Suite 300
New Brighton, MN 55112 USA
Teléfono Oficina: 651-633-4505
Teléfono Móvil: 651-343-2068
Teléfono Skype: 651-314-4505
Fax: 651-633-6519
jn@hccenvironment.com
www.hccenvironment.com

NOTA

La Herramienta de Evaluación del Cuidado (CAT – versión IV) determina el grado de cuidado de enfermería según perciben los pacientes. Es un instrumento basado en teoría tomada de *Theory of Human Caring* de Watson (1979, 1985). El instrumento ha sido revisado dos veces, primero para permitir su uso

en diferentes contextos y segundo para evaluar la confiabilidad y establecer la validez del constructo (Duffy et al., 2007). Las preguntas están dirigidas a cómo las enfermeras realizan actividades específicas dentro de la situación de cuidado a la salud. Las respuestas indican con cuánta frecuencia ocurre una actividad. El CAT consiste en 36 elementos y está diseñado para ser completado por quien recibe el cuidado (el paciente).

Anexo V

El Instituto Watson de la Ciencia del Cuidado

TRANSFORMANDO EL CUIDADO A LA SALUD UNA ENFERMERA/UN PRACTICANTE A LA VEZ

El Instituto Watson de la Ciencia del Cuidado (WCSI) es una fundación internacional sin fines de lucro creada para fomentar las filosofías, teorías y prácticas de cuidado humano, originadas por la profesora distinguida Jean Watson, quien tiene la Cátedra Murchinson-Scoville en Ciencia del Cuidado en la *University of Colorado Denver and Health Sciences Center*. La Teoría y Ciencia del Cuidado Humano busca restaurar la profunda naturaleza del cuidado-sanación y llevar la ética y ethos del amor de vuelta al cuidado a la salud. Por medio de una extensa red de profesionales, personal clínico, y colegas académicos, la WCSI traducirá el modelo de cuidado-sanación/Cáritas a programas y servicios más sistemáticos que continuarán transformando el cuidado a la salud una enfermera/un practicante/un educador/un sistema a la vez.

El WCSI está dedicado a ayudar al sistema actual de cuidado a la salud a retener su recurso más preciado – enfermeras profesionales competentes y proveedoras de cuidado – al tiempo que prepara una nueva generación de profesionales de la salud dentro de un modelo más amplio de la Ciencia del Cuidado. El WCSI ayudará a garantizar cuidado y sanación para el público, reducir la rotación de enfermeras y reducir costos al sistema.

El WCSI pretende:

1. Crear una red profesional de practicantes de la Ciencia del Cuidado/Cáritas, quienes llevan el cuidado-sanación profundo y el amor de vuelta al cuidado a la salud.
2. Proveer un vehículo para el desarrollo continuo, implementación e integración de los programas clínicos-educativos de la Ciencia del Cuidado/Cáritas, modelados por su desarrolladora, profesora distinguida Jean Watson, PhD, RN, FAAN, y por medio de una red de colegas profesionales, clínicos y académicos.
3. Apoyar y archivar el desarrollo continuo del estimado trabajo de toda la vida de la Dra. Watson en la Ciencia del Cuidado como fundamento para sostener el cuidado-sanación para practicantes, pacientes y el público, así facilitando la transformación de la enfermería y el sistema de cuidado a la salud.
4. Honrar “primero” a los individuos y organizaciones donadoras en la Carta WCSI.
5. Patrocinar a los miembros con un paquete de privilegios por venir.

“Nosotros somos la luz...”
Jean Watson

POSDATA: PRECEPTO

Tú no lo sabes todavía – pero
ya estás siendo y convirtiéndote en Enfermera Cáritas
a medida que participes en este trabajo.
Entrando a lo que la enfermería siempre ha sido
sin embargo, todavía falta darse cuenta plenamente.
Lleva tu visión de cuidado y sanación adelante:
Continúa siguiendo tu corazón, tu cabeza y tus acciones
hacia lugares y espacios no conocidos y no visitados.
Desafía y date cuenta plenamente de
tus dones y talentos personales/profesionales.
Responde a tu llamado interno de cuidado y sanación compasivo
para el ser y otros.
Accede a tu fuente, para prácticas que te sostengan a ti y a la humanidad.
Recibe bendiciones del guía al

elegir cada paso.

Estoy honradade de ser peregrina contigo en este camino que creamos y caminamos juntos, el cual se despliega continuamente en el universo de lleno de infinitas posibilidades.

El final y el principio.

Bibliografia

- Azkerknecht, E. H. (1968). *A Short History of Medicine*. New York: Ronald, 1968.
- Aiken, L.H., H. K. Smith, and E. T. Lake. (1994). Lower Mortality Among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care. *Med. Care* 32:771-787.
- Arrien, A. (2005). *The Second Half of Life*. Boulder, CO: Sounds True.
- Astin, J. (1991). *Remembrance* (compact disc). Santa Cruz, CA: Golden Dawn Productions.
- Bacge, C. (2001). *Transformative Learning*. Sausalito, CA: Noetic Sciences Institute.
- Bent, K., et al. (2005). Being and Creating Caring Change in a Health care System. *International Journal of Human Caring* 9(3):20-25.
- Bjerg, S. (2002). Jakob Knudsen. Totality Through Life Experience. In R. Birkelund, ed., *Existence and Philosophy of Life*. Copenhagen: Gyldendal.
- Blegen, M. A., and T. A. Vaughn. (1998). A Multisite Research of Nurse Staffing and Patient Occurrences. *Nursing Econ.* 16(4):196-203.
- Boyce, J. (2007). Nurses Making Caring Work: A Closet Drama. Unpublished PhD dissertation. Victoria University, British Columbia, Canada.
- Boykin, A., and S. Schoenhofer: (2001). *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*. New York: National League for Nursing.
- Buber, M. (1958). *I and Thou*, 2nd ed. New York: Scribner's.
- Chinnery, A. (2001). Asymmetry and the Pedagogical I-Thou. In *Philosophy of Education Yearbook*. Champaign: University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Chodron, P. (2005). *No Time to Lose*. Boston: Shambhala.
- Dossey, B. M., L. Keegan, and C. Guzzetta. (2005). *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*, 4th ed. Boston: Jones & Bartlett.

- Dossey, L. (1991). *Meaning and Medicine*. New York: Bantam.
- . (1993). *Healing Words, the Power of Prayer and the Practice of Medicine*. San Francisco: Harper.
- Duffy, J., (1992). The Impact of Nurse Caring on Patient Outcomes. In D. Gaut, ed., *The Presence of Caring in Nursing*. New York: National League for Nursing.
- . (2003). The Quality-Caring Model. *Advances in Nursing Science* 26(1): 77-88.
- Duffy, J., L. Hoskins, and R. F. Seifert. (2007). Dimensions of Caring: Psychometric Properties of the Caring Assessment Tool. *Advances in Nursing Science* 39(3): 1-12.
- Emerson, R. W. (1982). *Ralph Waldo Emerson: Selected Essays*. New York: Penguin American Library.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Eriksson, K. (1999). *The Trojan Horse*. Vasa, Finland: Abo Akademi, Institutionen for Vardvetenskap.
- Foucault, M. (1975). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Trans. A. M. Sheridan Smith. New York: Random/Vintage Books.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's Search for Meaning*. New York: Washington Square Press.
- Greene, M. (1991). Texts and Margins. *Harvard Educational Review* 61(1):25-39.
- Halldórsdóttir, S. (1991). Five Basic Modes of Being with Another. In D. A. Gaut and M. Leininger, eds., *Caring: The Compassionate Healer*, New York: National League for Nursing.
- Harman, W. W. (1990-1991). Reconciling Science and Metaphysics. *Notic Science Review* 40:5-10.
- . (1991). *A Re-examination of the Metaphysical Foundation of Modern Science*. Sausalito, CA: Institute of Noetic Sciences.
- . (1998). What Are Noetic Sciences? *Noetic Science Review* 47:32-33.
- Hanh, Thich Nhat, (2003). *Creating True Peace*. New York: Free Press.
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*. New York: Harper and Row.
- . (1971). The Nature of Language. In M. Heidegger, ed., *On the Way to Language*. New York: Harper & Row.
- Hernan, K. (1993). Reassessing Predictors of Therapist Competence. *J. Counseling Dev.* 72(5):29-32.
- Hesse, H. (1951). *Siddhartha*. Trans. Hilda Rosner. New York: New Directions.
- Horvath, A. O., and B. D. Symonds. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-

- Analysis. *Journal of Counseling Psychology* 38(2):139-149.
- Housden, R. (1005). *How Rembrandt Reveals Your Beautiful, Imperfect Self*. New York: Harmony Books.
- Jarrin, O. (2006). An Integral Philosophy and Definition of Nursing: Implications for a Unifying Theory of Nursing. Unpublished manuscript, July.
- Joldersma, C. W. (2001). Pedagogy of the Other: A Levinasian Approach to the Teacher-Students Relationship. In *Philosophy of Education Yearbook*. Champaign: University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Kabat-Zinn, J., and M. Kabat-Zinn. (1997). *Everyday Blessings*. New York: Hyperion.
- Kandinsky, W. (1997). *Concerning the Spiritual in Art*. New York: Dover.
- Kaplan, S. H., S. Greenfield, and J. E. Ware. (1989). Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease. *Medical Care* 27(Suppl. 3):S110-S127
- Kluckhohn, C. M., H. A. Murray, and D. M. Schneider, eds. (1953). *Personality in Nature, Society and Culture*. New York: Knopf.
- Kornfield, J. (2002). *The Art of Forgiveness, Loving Kindness, and Peace*. New York: Bantam.
- Kovner, C. T., and P. J. Gergen. (1998). Nurse Staffing Levels and Adverse Events Following Surgery in US Hospitals. *Image. J. Nursing Scholarship* 30:315-321.
- Lafo, R. R., N. Capasso, and S. R. Roberts. (1994). Introduction. Body and Soul: Contemporary Art and Healing. In *Body and Soul: Contemporary Art and Healing*. Lincoln, NE: De Cordova Museum.
- Leininger, M. M. (1981). *Caring: An Essential Human Need*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Levin, D. (1983). The Poetic Function in Phenomenological Discourse. In W. McBride and C. Schrag, eds., *Phenomenology in a Pluralistic Contest*, Albany: State University of New York Press.
- Lévinas, E. (1969). *Totality and Infinity*. Pittsburgh, PA: Duquesne University (14th printing, 2000).
- Løgstrup, K. (1997). *The Ethical Demand*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame.
- Luborsky, L., P. Crits-Cristophy, and A. T. McClellan. (1986). Do Therapists Vary Much in Their Success? Findings from Four Outcome Studies. *American Journal of Orthopsychiatry* 56(4):501-512.

- Macrae, J. A. (2001). *Nursing as a Spiritual Practice*. New York: Springer.
- Malkin, J. (1992). *Hospital Interior Architecture: Creating Healing Environments for Special Patient Populations*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Martin, D. J., J. P. Garske, and K. M. Davis. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *J. Consulting Clinical Psychol.* 68(3):438-450.
- Martinsen, K. (2006). *Care and Vulnerability*. Oslo, Norway: Akribes.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a Psychology of Being*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Mitchell, S. (1994). *A Book of Psalms*. New York: HarperPerennial.
- Muff, J. (1988). Of Images and Ideals: A Look at Socialization and Sexism in Nursing. In A. H. Jones, ed., *Images of Nursing: Perspectives from History, Art, and Literature*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Myss, C. (1996). *Anatomy of the Spirit: The Seven Stages of Power and Healing*. New York: Harmony Books.
- Newman, M. (1994). *Health as Expanding Consciousness*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Newman, M., A. M. Sime, and S. A. Corcoran-Perry. (1991). The Focus of the Discipline of Nursing, *Advances in Nursing Science* 13:1-14.
- Nightingale, F. (1969). *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. New York: Dover.
- Okri, B. (1997). *A Way of Being Free*. London: Phoenix.
- Orlinsky, D. E., and K.I.L. Howard. (1985). Therapy Process and Outcome. In S. Garfield and A. Bergin, eds., *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Palmer, P. (1987). Community, Conflict and Ways of Knowing. *Magazine of Higher Learning* 19:20-15.
- . (2004). *The Violence of Our Knowledge: Toward a Spirituality of High Education*. 21st Century Learning Initiative. Kalama zoo, MI: Fetzer Institute.
- Pew Fetzer Report. (1994). See Tressolini. C. P., and Pew-Fetzer Task Force.
- Persky, G., Nelson, J. Watson J., et al. (2008). "Creating a Profile of a Nurse Effective in Caring." *Nursing Administration Quarterly* 32(1): 15-20.
- Plath, S. (1962). "Tulips." In *Ariel* by Sylvia Plath. Harper & Row.
- Quinn, J. F. (1989). On Healing, Wholeness and the Haelan Effect.

- Nursing and Health Care* 10(10):553-556.
- . (1992). Holding Sacred Space: The Nurse as Healing Environment. *Holistic Nursing Practice* 6(4):26-35.
- . (1997). Healing: A Model for an Integrative Health Care System. *Advanced Practice Nursing Quarterly* 3(1):1-7.
- . (2000). Transpersonal Human Caring and Healing. In B. Dossey, ed., *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*, 3rd ed. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Quinn, J. M. Smith, C. Ritenbaugh, K. Swanson, and J. Watson. (2003). Research Guidelines for Assessing the Impact of the Healing Relationship in Clinical Nursing. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 9(3) (Suppl.):A65-A79.
- Roach, M. S. (2002). *Caring, the Human Mode of Being: A Blueprint for the Health Professions*, 2nd ed. Ottawa: Catholic Health Association Press.
- Rogers, M. E. (1970). *A Theoretical Basis of Nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- . (1994). The Science of Unitary Human Beings. *Nursing Science Quarterly* 2:33-35.
- Rosenberg, S. (2006). Utilizing the Language of Jean Watson's Caring Theory Within a Computerized Clinical Documentation System. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 24(1):53-56.
- Rotter, J. B. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rumi, J. (2001a). *Hidden Music*. Trans. M. Mafi and A. Kolin. London: Thorsons/HarperCollins.
- . (2001b). *The Glance: Rumi's Songs of Soul Meeting*. Trans. C. Barks. New York: Penguin Compass.
- Ryan, L. (2005). The Journey to Integrate Watson's Caring Theory with Clinical Practice. *International Journal of Human Caring* 9(3):26-30.
- Samueli Conference on Definitions and Standards in Healing Research (2002). San Diego, CA.
- Sartre, J. P. (1956). *Being and Nothingness*. New York: Philosophical Library.
- Schlitz, M., E. Taylor, and N. Lewis. (1998). Toward a Noetic Model of Medicine. *Noetic Science Review* 48:45-52.
- Schultz, W. C. (1967). *Joy: Expanding Human Awareness*. New York: Grove.
- Shattell, M. (2002). Eventually It'll Be Over: The Dialectic Between Confinement and Freedom in the Phenomenal World of

- the Hospitalized Patient. In S. Thomas and H. Pollio, eds., *Listening to Patients: A Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice*. New York: Springer.
- Smith, M. (1992). Caring and the Science of Unitary Human Beings. *Advances in Nursing Science* 21(4):14-28.
- Solomon, R. C., and K. M. Hadley. (1997). *A Passion for Wisdom: A Brief History of Philosophy*. Oxford, UK: Oxford University.
- Strupp, H. H., and S. W. Hadley. (1979). Specific vs. Nonspecific Factors in Psychotherapy: A Controlled Study of Outcome. *Archives of General Psychiatry* 35(10):1125-1136.
- Swanson, K. (1999). What Is Known About Caring in Nursing Research: A Literary Meta-Analysis. In A. S. Hinshar, S. Feetham, and J. Shaver, eds., *Handbook of Clinical Nursing Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tarnas, Richard. (2006). *Cosmos and Psyche: Intimations of a New World View*. New York: Viking.
- Tolle, E. (1999). *The Power of Now*. Novato, CA: New World Library.
- . (2003). *Stillness Speaks*. Novato, CA: New World Library.
- Tolstoy, L. (1989). *My Religion*. London: Walter Scott.
- . (1889 [1968]). *The Wisdom of Tolstoy*. Trans. Huntington Smith. New York: Philosophical Library. An abridgement.
- Tressolini, C. P., and Pew Fetzter Task Force. (1994). Health Professionals Education and Relationship-Centered Care. San Francisco: Pew Health Commission.
- Van de Berg, J. H. (1966). *Psychology of the Sickbed*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Vaughn, F. (1995). *Shadows of the Sacred: Seeing Through Spiritual Illusions*. Wheaton, IL: Quest Books.
- Walker, L. O., and K. C. Avant. (2005). *Strategies for Theory Construction in Nursing*, 4th ed. Englewood Cliffs, NJ: Pearson Education/Prentice Hall.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boston: Little, Brown. Reprinted/republished 1985. Boulder: Colorado Associated University Press.
- . (1985). *Nursing: Human Science and Human Care, a Theory of Nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts. Reprinted/republished 1988.
- New York: National League for Nursing. Reprinted/republished 1999. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- . (1997). The Theory of Human Caring: Retrospective and Prospective. *Nursing Science Quarterly* 10(1):49-52.
- . (1999). *Postmodern Nursing and Beyond*. Edinburgh, Scotland:

- Churchill Livingstone. Reprinted/republished 2005. New York: Elsevier.
- . (2002a). Intentionality and Caring-Healing Consciousness: A Practice of Transpersonal Nursing. *Journal of Holistic Nursing Practice* 16(4): 12-19.
- . (2003). Love and Caring: Ethics of Face and Hand. *Nursing Administration Quarterly* 27(3):197-202.
- . (2004a). Caring Science Web site: www.uchsc.edu/nursing/caring.
- . (2004b). Commentary: Relational Core of Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing* 47(3):241-250.
- . (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F. A. Davis.
- . (2006). Caring Theory as Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices. *Nursing Adm. Quarterly* 30(1):48-55.
- . (2008a). The International Caritas Consortium Web site: www.caritasconsortium.org (under construction)
- . ed. (2002b). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. New York: Springer.
- Watson, J., and M. Smith. (2002). Caring Science and the Science of Unitary Human Beings: A Transtheoretical Discourse. *Journal of Advanced Nursing* 37(5):452-461.
- Weber, R. (1986). *Dialogues with Scientists and Sages: The Search for Unity*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Wilber, K. (1998). *The Essential Ken Wilber*. Boston, Shambhala.
- . (2001a). *A Theory of Everything*. Boston: Shambhala.
- . (2001b). Website: <http://Wilber.shambhala.com/html/misc/haberman/index.cfm/xid,5837/yid,5049275>.
- Williamson, M. (2002). *Everyday Grace*. New York: Riverhead.
- Yalom, I. D. (1975). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 2nd ed. New York: Basic Books.
- Young, S. (2006). Web site: <http://shinzen.org>.

Esta edición de
Enfermería:
La Filosofía y Ciencia del Cuidado
se terminó de imprimir
en el segundo semestre del 2019
en IMAP (Impresos y Artículos de Publicidad S.A. de C.V.)
E. Octavio Paz No. 185, Complejo Industrial Chihuahua, Chih.
Tel. Fax. 614 481 0155, Chihuahua, Chih., México,
con un tiraje de 300 ejemplares.
Supervisión y cuidado: Susana Cristina Perea Ochoa
Diseño editorial: Ángel Javier Machado Favela