
Artículos de reflexión

Reivindicación de la dimensión subjetiva en el cuidado de enfermería

Reclaiming the Subjective Dimension of Nursing Care



 Diana Marcela Lopera¹

Corporación Universitaria Remington, Colombia
diana.lopera@uniremington.edu.co

 John Camilo García Uribe

Universidad CES, Colombia
jgarciau@ces.edu.co

RHS-Revista Humanismo y Sociedad

vol. 12, núm. 1, e5, 2024

Corporación Universitaria Remington, Colombia

ISSN-E: 2339-4196

Periodicidad: Semestral

rhs_humanismoysoiedad@uniremington.edu.co

Recepción: 15 enero 2024

Aprobación: 18 abril 2024

DOI: <https://doi.org/10.22209/rhs.v12n1a05>

URL: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/617/6175254006/>

Resumen: Para abordar el cuidado de enfermería desde una perspectiva integral, es preciso el reconocimiento de la subjetividad en las prácticas asistenciales hospitalarias. Para ello, se propone un análisis de un entorno que pretende objetivar el síntoma, la enfermedad y el tratamiento en la intervención con los pacientes. El objetivo de este artículo es realizar un análisis que contribuya a dar respuesta a la pregunta de investigación sobre cuáles son las implicaciones de insertar el concepto de subjetividad en el cuidado de enfermería; análisis que se orienta desde los ejes temáticos a saber: esclarecer los conceptos sujeto, subjetividad, hospitalización, cuidado de enfermería e interconsulta psicológica, articulando los planteamientos y aportes que ha realizado el psicoanálisis, desde autores como Freud, Lacan, Soler, Ferrari y Luchina, con los modelos y teorías de enfermería que se ocupan de lo subjetivo y lo humano en el cuidado. Se evidencia, como hallazgo fundamental, la necesidad de un diálogo interdisciplinario que incluya la responsabilidad del sujeto frente aquello que le acontece; además, se afirma la importancia de facilitar la interconsulta psicológica para el cuidado de los pacientes hospitalizados, a través de la premisa del acompañamiento terapéutico centrado en el sujeto.

Palabras clave: cuidado humanizado, sujeto, cuerpo y enfermedad, interconsulta, humanización, cuidado de enfermería.

Abstract: To approach nursing care from a comprehensive perspective, it is necessary to recognize the subjective dimension of hospital care practices. To this end, this research proposes an analysis of an environment that aims to objectify patients' symptoms, diseases and treatments. The objective of this article is to answer the question posed for this research: What are the implications of inserting the concept of subjectivity in nursing care? The analysis in this article is guided by the following topics: the definition of the concepts of subject, subjectivity, hospitalization, nursing care and psychological consultation, their articulation with approaches and contributions made by psychoanalytic authors such as

Freud, Lacan, Soler, Ferrari and Luchina, and with nursing models and theories that deal with subjectivity and humanity in care. The results of this research revealed the need for an interdisciplinary dialogue that includes the individual's responsibility for what happens to them. The results also highlight the importance of facilitating psychological consultation for hospitalized patients care, through subject-centered therapeutic support.

Keywords: Humanized care, Subject, body and illness, Interconsultation, Humanization, Nursing care.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de la salud humana, estudiado a partir de diferentes perspectivas (Aimar et al., 2006), se ha consolidado desde hace más de seis décadas como la esencia de la profesión de enfermería (Daza de Caballero et al., 2005, párr. 1), y se caracteriza por la construcción de una relación de ayuda desde la interacción, la participación, el afecto y la ética, como dimensiones esenciales en él (Daza de Caballero et al., 2005; Henderson, 1964), lo que lo convierte en una intervención terapéutica encaminada a gestionar asuntos internos y externos de los sujetos (Salazar & Martínez, 2008, p. 108).

Para instaurar una reflexión en torno a la calidad del cuidado que debe brindarse al paciente hospitalizado, con el objetivo de hacer acogedora esta relación de ayuda, es importante reconocer que, en el entorno actual, esta relación se enmarca en una perspectiva biomédica (Castillo, 2011; Marks et al., 2008; Pereira et al., 2012; Poblete y Valenzuela, 2007), en la cual se ha protocolizado el cuidado (García Uribe, J. C., 2020) y desde la cual se ha creado “una salud enferma, que genera falsas necesidades y dependencia de las personas” (Hueso Montoro, 2006, párr. 1) y que, paralelamente, propicia la aparición de un fenómeno de deshumanización en la atención de las personas que las sufren, tal como lo plantean Hueso Montoro (2006), Calero (2006) Arredondo y Siles (2009), o una pérdida del valor del cuidado a tal punto que es preciso adjetivarlo con términos como cuidado humanizado, como lo describe García Uribe (2021).

Pereira et al. (2012) sugieren también que en la actualidad hay una priorización de los datos objetivos y los cuidados corporales (p. 346), asistiendo al paciente desde la segmentación, acto que conlleva, tal como lo plantea Soto (2013), la pérdida de la individualidad, la subvaloración de las emociones, los sentimientos, pasiones, hábitos y costumbres, reduciendo el cuidado únicamente a aspectos biológicos (párr. 1), negando así la naturaleza biopsicosocial del ser humano y deslegitimando “la importancia de las respuestas humanas que, en forma de padecimiento, acontecen ante cualquier proceso patológico” (Hueso Montoro, 2006, párr. 1).

De manera simultánea con los aspectos biológicos y orgánicos expresados en la enfermedad del paciente, durante el proceso de estancia hospitalaria se espera encontrar síntomas psicológicos importantes que se hacen necesarios intervenir (Fullerton et al., 2003; Ibarra Peso et al., 2012) por esto es necesario un cambio en el paradigma de atención actual, tal como lo sugieren Pereira, et al. (2012, p. 345), que permita cuidar del cuidado³ como concepto y práctica para cuidar de los pacientes en los servicios hospitalarios.

Diversos autores como Duque (1999), Pereira et al. (2012) e Hinostroza Robles (2014) consideran también que se cuenta en la actualidad con modelos de cuidado, basados en la enfermería, la filosofía y las ciencias sociales y humanas, que intentan abordar otras dimensiones del sujeto y no solamente el aspecto biológico en la intervención del proceso salud-enfermedad. Estos modelos permiten dar sentido a la necesidad de comprender cómo los factores sociales y personales intervienen en este proceso de cuidado. Hueso Montoro (2006) establece que:

La enfermedad es un fenómeno que se configura como una experiencia vertebrada en torno al conocimiento científico, a la subjetividad del individuo y a la interacción que éste establece con su grupo social, constituyendo una fuente de significados colectivos e individuales que condicionan el modo en que un sujeto actúa y responde ante él. (párr. 30)

Acorde a esta posición, plantear la relevancia de incorporar en el cuidado un nuevo enfoque, debe determinarse desde la inclusión de aspectos subjetivos en la relación de ayuda que se establece con el sujeto de cuidado. La demanda actual es la presencia de cuidadores que ayuden al sujeto a enfrentar el proceso de hospitalización a través del acompañamiento psicosocial (Hinostroza Robles, 2014; De la Cuesta, 2004, 2007), que incluya un cuidado basado en el entendimiento de la subjetividad.

Este proceso, abordado de esta manera, permitirá al paciente entender la enfermedad y posiblemente recuperarse de ella cuando sea posible, desde los recursos con los que cuenta él mismo, pero con el acompañamiento de los cuidadores formales, especialmente a través del establecimiento de la relación de ayuda con enfermería, tal como lo mencionan Cánovas (2008); Gómez et al. (2012).

En este sentido, facilitar a través del cuidado un acompañamiento psicosocial centrado en el sujeto, identificando la dimensión singular en él (Moreno, 2013), implica reconocer el encuentro con lo subjetivo en la enfermedad de cada sujeto que se acompaña, en tanto que la enfermedad es un proceso vivido de manera particular por un sujeto, que es permeado por aspectos psicológicos, sociales y culturales (Poblete & Valenzuela, 2007; Vidal et al. 2009; y Waldow & Figueiró, 2011).

El papel de enfermería, como cuidador en la atención y en el acompañamiento que se brinde al paciente hospitalizado, debe ir encaminado a prestar un apoyo lo más congruente y competente posible con el padecimiento de dicho sujeto (Martínez, 2002), sin descuidar los aspectos sociales, culturales y psicológicos que intervienen en este padecimiento.

En esta misma línea Carper (1999) describió cuatro patrones de conocimiento como una apuesta epistemológica propia de enfermería. Un patrón configura una compleja forma de construir y validar conocimiento para cuidar; estos patrones fueron el patrón estético, ético, empírico y de conocimiento personal. El patrón empírico se expresa formalmente a través de hechos, modelos y teorías. El conocimiento ético se centra en los componentes éticos de la práctica enfermera e intenta responder a la pregunta de qué es correcto y quién es responsable. El conocimiento personal permite a la enfermera identificar sus respuestas, puntos fuertes y débiles en una situación, le permite ser consciente de los prejuicios individuales que afectan a la calidad de la relación enfermera-paciente, es una mirada interna, cierta reflexividad o cuidado de sí, una disposición a conocerse para luego cuidar al otro. El conocimiento estético o el arte de la enfermería se consigue a través de la compasión, la adaptación dinámica y la comprensión de los componentes como un todo, así como el reconocimiento de casos específicos en situaciones concretas (Forough Rafii et al., 2021). Luego White (1995) describe el patrón de conocimiento socio-político; mientras que Chinn et al., (2022), ya desde 1999, venían desarrollando el patrón de conocimiento emancipatorio descrito como la capacidad de enfermería para ser consciente y reflexionar críticamente sobre el statu quo social, cultural y político, y determinar cómo y por qué llegó a ser así (Valencia et al., 2023).

Recurrir a los patrones de conocimiento de enfermería es importante en especial porque desde allí mismo se pueden dilucidar patrones con claros componentes subjetivos como el ético, estético, el de conocimiento personal y el emancipatorio, al reivindicar la dimensión subjetiva del cuidado no se pretende ir en contravía de la objetividad o caer en la pendiente resbaladiza de la dicotomía objetividad y subjetividad. Frente a esto, en el trabajo sobre la negación Freud (1925) afirma:

La antítesis entre lo subjetivo y lo objetivo no existe en un principio. Se constituye luego por cuanto el pensamiento posee la facultad de hacer de nuevo presente, por reproducción en la imagen, algo una vez percibido, sin que el objeto tenga que continuar existiendo fuera. La primera y más inmediata finalidad del examen de la realidad no es, pues, hallar en la percepción real un objeto correspondiente al imaginado, sino volver a encontrarlo, convencerse de que aún existe. La reproducción de una percepción como imagen no es siempre su repetición exacta y fiel, puede estar modificada por omisiones y alterada por la fusión de distintos elementos. (p. 4)

Para enfocar de manera óptima el acompañamiento psicosocial que se brinde al paciente, se hace necesaria una reflexión teórica que contribuya al esclarecimiento del concepto de sujeto y que permita comprender del abordaje de las emociones, los afectos y la subjetividad e intersubjetividad en el marco del cuidado hospitalario. De esto se desprende la pregunta que orienta este artículo: ¿Qué implica insertar el concepto de subjetividad en un entorno que tiene como pretensión objetivar el síntoma, la enfermedad y el tratamiento?

La pregunta que moviliza la escritura de este artículo surge a partir del diseño de un proyecto de intervención de los problemas de cuidado y atención humanizada de los pacientes hospitalizados en un hospital de alta complejidad de la ciudad de Medellín, apoyado en la metodología de marco lógico y formulado en el desarrollo del plan de estudios de la maestría en psicología y salud mental, de la Universidad Pontificia Bolivariana durante los años 2014 y 2015. El propósito es contribuir a la comprensión del acompañamiento psicosocial que se hace al paciente en el marco de un cuidado humanizado, lo cual orienta los ejes temáticos por desarrollar: abordaje de los conceptos de cuidado en enfermería, sujeto y subjetividad, cuidado humanizado, organismo, cuerpo y enfermedad e interconsulta médico psicológica, articulando los modelos y teorías de enfermería que exponen el cuidado de lo subjetivo, con los planteamientos y aportes que ha realizado el psicoanálisis al respecto. De esta manera se propone un diálogo interdisciplinario necesario, donde se facilite la interconsulta y la preocupación por la dimensión subjetiva del paciente, y que sirva para plantear el abordaje del cuidado de los pacientes hospitalizados a través de un cuidado centrado en el sujeto. Para ello se recurre a la teoría psicoanalítica y fundamentalmente en la lectura que hace Jacques Lacan del descubrimiento freudiano, así como de los conceptos de sujeto, de subjetividad y una perspectiva ética de abordaje del mismo, que permitiría alcanzar ese esclarecimiento necesario para poder entender la relevancia de los modelos de enfermería que proponen la inserción de lo subjetivo en el acompañamiento y cuidado de otros.

MÉTODO

Características de la fuente de información

Los textos fueron elegidos por pertinencia, relevancia y accesibilidad en el desarrollo del tema: el cuidado de enfermería desde una perspectiva que incluye los aspectos psicosociales y subjetividad; además de los conceptos de sujeto y subjetividad desde los aportes del psicoanálisis. Un criterio de inclusión de estos artículos y desarrollos teóricos fue su aparición en revistas indexadas o a través de editoriales confiables. Los criterios de exclusión fueron dados por la temporalidad de los artículos, descartando aquellos que no fueran recientes —excepto los autores clásicos—; la autenticidad, excluyendo las páginas de internet o artículos donde se evidenciara poca o dudosa autoridad teórica; y la no pertinencia en relación con el modelo teórico y la especificidad del tema desarrollado. Para ello se incluyeron los términos subjetividad y cuidado, con los equivalentes en inglés, para conformar las ecuaciones de búsqueda (caring OR nursing care OR care) AND (subjectivity OR subjectiveness).

Procedimiento de muestreo de las fuentes documentadas

La selección se hizo sobre una revisión documental intencional de antecedentes sobre el tema. Las fuentes bibliográficas fueron obtenidas de las bibliotecas de la Universidad de Antioquia y la Universidad Pontificia Bolivariana de la ciudad de Medellín; se consultaron, además, bases de datos como Redalyc, Scielo, Biblioteca Virtual en Psicología y Bibliopsi.

Tamaño, potencia y precisión de la muestra

Se revisaron de manera intencional 87 artículos, de los cuales fueron seleccionados 58, dada su relevancia en el desarrollo del tema y representatividad teórica.

Técnica de registro

Como técnica se usó la observación documental, realizando transcripción a fichas de contenido y libretas de apuntes de forma manual; y, posteriormente, fueron definidos los conceptos clave necesarios para la construcción del artículo.

Diseño de investigación

El tipo de investigación realizada es teórica, basada en la observación documental, incorporando a los modelos y teorías del cuidado de enfermería los aportes del psicoanálisis sobre la subjetividad, con el propósito de fortalecer las prácticas de cuidado.

Intervención de las fuentes documentales

La revisión documental se realizó inicialmente de artículos indexados que tuvieran relación con la introducción del cuidado subjetivo, psicosocial y emocional, en las prácticas asistenciales de enfermería. Posteriormente, se revisaron autores que explicaran la objetivación de la enfermedad y la deshumanización del cuidado, para luego realizar una revisión de los modelos y teorías de enfermería, especialmente la teoría de relaciones interpersonales de Peplau; el modelo de enfermería de Travelbee basado en la relación persona-persona; el modelo de cuidado humano de Watson; la teoría general de sistemas que adapta King para el cuidado humano y la teoría de la enfermería humanística de Paterson y Zderad. Por último, se realizó una lectura desde la perspectiva psicoanalítica, especialmente de conceptos clave como sujeto, subjetividad, organismo, cuerpo y enfermedad, trauma, demanda, transferencia e interconsulta psicológica en autores como Freud, Lacan, Soler y Ferrari y Luchina.

RESULTADOS

Enfermería y cuidado

El cuidado, acto que representa la esencia de enfermería (Waldow, 2014; Watson, 1985), debe ser comprendido como una cuestión humana (Pires, 2005; Waldow, 2014), que pretende contribuir a la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida (Villegas & González, 2011), anclando a sus prácticas la sensibilidad, la subjetividad y la intersubjetividad, considerando el ser como tal, su contexto y entorno, como objeto de cuidado. La inclusión de esta dimensión, que es subjetiva, debe permitirle a la enfermería, a través de los medios y recursos que propicia la institución hospitalaria, así como los recursos humanos y teóricos con los que cuenta como profesional, procurar ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, cuerpo y alma, y generar procesos de conocimiento de sí mismo (Poblete & Valenzuela, 2007, p. 501).

Es así como surgen, dentro del desarrollo profesional, diversos modelos y teorías que aportan una serie de conceptos y miradas que permiten explicar la importancia de brindar un cuidado no solo a nivel biológico, sino un cuidado que integre en sí aspectos subjetivos de los pacientes.

Peplau (como se citó en Marriner & Raile, 2007), en su teoría de relaciones interpersonales, plantea que el cuidado de enfermería es un proceso interpersonal, en el que es necesario incorporar el significado psicológico de los sucesos, las sensaciones y las conductas, en la intervención con los sujetos, para crear una relación terapéutica con el sujeto de cuidado (p. 384).

De acuerdo con Peplau (1990), la relación que se establece entre enfermería y el sujeto de cuidado es una relación recíproca, en la que los cuidados no solo son para y en el paciente, sino con él (p. 14). Esta teoría permite orientar a la enfermera a reconocer en cada persona no solo su componente biológico, sino también los aspectos psicológicos y espirituales, dirigiendo sus acciones, tal como lo menciona K  rouac (1996), a cuidar las dimensiones social y mental del sujeto.

Paterson y Zderad (como se citó en Leite & Freitag, 2005) afirman en su teoría de enfermería humanística, que en la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, se vivencia una experiencia fenomenológica por ambos; experiencia en la cual existe una afectación recíproca y, por tanto, va más allá de un encuentro técnico entre sujeto y objeto (párr. 11).

Con respecto a esa relación, Travelbee (1971) en su modelo de relación persona a persona, aclara que no hay pacientes; solo hay personas humanas que necesitan cuidado, servicios y ayuda de otros seres humanos (p. 16).

Según Salazar y Martínez (2008), el modelo de Travelbee permite precisar que el reto para el profesional de enfermería es lograr establecer la interacción entre sí y el sujeto de cuidado, constituida como una experiencia o serie de experiencias subjetivas entre ambos (p. 112), en la que es necesario, tal como lo propone la misma Travelbee (1971), ayudarlo al sujeto a encontrar el significado de las experiencias de enfermedad y sufrimiento (p. 93). Por su parte King (como se cita en Salazar & Martínez, 2008), se basa en la teoría general de sistemas para el desarrollo del modelo de interacción interpersonal que propone, en el cual se reconoce “la persona como un ser social, actor y reactor, quien constantemente estructura y reestructura su percepción en el mundo y se comunica a través de símbolos” (p. 114).

En esta teoría, King (1981) afirma que la meta de enfermería es ayudar a las personas a mantener su salud y desempeñar sus roles (p. 3), entendida esta como “las experiencias vitales ajustadas al entorno, a través del uso óptimo de los recursos de uno mismo” (p. 5). Watson (1985) en su teoría del cuidado humano, propone que este es una práctica interpersonal en la que es necesario comprender la salud, la enfermedad y la experiencia humana. Afirma que el cuidado es un proceso difícil, ya que la salud tiene una naturaleza subjetiva; sin embargo, tratando a los demás como personas únicas, es posible percibir sentimientos del otro, porque una enfermera puede tener acceso a la mente, las emociones y la personalidad interna de una persona a través de cualquier esfera (mente, cuerpo o alma) disponiendo que el cuerpo físico no es percibido o tratado de manera separada de la mente, de las emociones y de un sentido superior de uno mismo, o su dimensión espiritual. La personalidad interior o el ala de una persona existe en y por sí mismo.

Marriner y Raile (2007) aportan que la teoría de Watson deja explícito que los seres humanos no pueden ser tratados como objetos, y no pueden ser separados de su personalidad, de la naturaleza (p. 99). Salazar y Martínez (2008) resaltan, en la filosofía del cuidado humanista de Watson, la importancia de la experiencia existencial en la que se circunscribe la relación enfermera-sujeto, mediada por la reciprocidad y el diálogo humano. El reconocimiento de estas teorías plantea la necesidad del abordaje de lo subjetivo en relación con el cuidado, además de la importancia de replantear las intervenciones a nivel hospitalario, donde se reconozcan aspectos psicológicos y emocionales en este acto, favoreciendo el proceso de acompañamiento psicosocial durante la estancia hospitalaria.

Sacipa et al. (2005) manifiestan que es necesario entender el cuidado como un proceso integral e interdisciplinario, en el cual, la concepción de cuidado humanizado, implica tener en cuenta aspectos socioafectivos y valorar la importancia del sujeto como protagonista de su recuperación, a través de su capacidad de respuesta al nuevo contexto al que se ve enfrentado (p. 11). Plantear el cuidado desde este aspecto psicosocial, implica un enfoque desde amplias perspectivas como la psicodinámica o la social comunitaria, generando intervenciones enfocadas a enseñar, apoyar, informar y, sobre todo, cuidar (Giménez Fernández & Valero merlos, 2012).

La perspectiva de lo subjetivo en los modelos y teorías del cuidado de enfermería, se amplía en un intento por brindar un cuidado desde el abordaje de la responsabilidad que tiene el propio sujeto en la enfermedad y la respuesta que da a esta, introduciendo así aspectos emocionales, los afectos y las percepciones del paciente en el proceso salud-enfermedad y en el planteamiento de las intervenciones de enfermería para la recuperación de la salud.

Sin embargo, a pesar de que las teorías de enfermería expuestas intentan abordar el cuidado desde la perspectiva subjetiva, el modelo biomédico, en el que se enmarca el cuidado de enfermería en la actualidad, presenta limitaciones a la hora de considerar las implicaciones de insertar lo subjetivo en el acompañamiento psicosocial al sujeto de cuidado, ya que el progreso de los medios técnicos y científicos logran la objetivación del paciente y se olvidan de lo subjetivo como aspecto esencial en el cuidado.

Por ello, la teoría psicoanalítica es de radical importancia, en la medida que desarrolla una teoría del sujeto del inconsciente que aporta los conceptos necesarios para ayudar a esclarecer qué implica la inserción de lo subjetivo en la relación de cuidado.

¿Puede la enfermería prescindir de la subjetividad de lo humano? De acuerdo con Mèlich (2004), las filosofías sociales modernas sostenían que lo propio de la acción social era su carácter subjetivo, de manera análoga podría sostenerse que el cuidado como acción social, siempre con otros no puede prescindir de la dimensión subjetiva, simbólica y significativa. Sin embargo, ¿cómo es posible abrazar lo subjetivo sin abandonar la objetividad de la ciencia, es acaso una tensión irreconciliable?

Tradicionalmente desde el positivismo se ha argumentado que solo mediante un ejercicio de control físico y estadístico de variables y gracias a un riguroso sistema de medición, la ciencia puede producir un corpus de conocimientos válidos, reemplazando los mitos y dogmas del sentido común (Hammersley & Atkinson, 1994). Una concepción tan estricta de la forma de hacer ciencia parece irreconciliable precisamente porque pretende desplazar e invalidar en sentido epistemológico y, por consecuencia, ético, los mitos y creencias del sentido común, otras formas de saber tradicionales, lo que constituye una injusticia epistémica. La enfermería siendo fiel al fenómeno de interés, el cuidado, no debe estancarse en un solo método de estudio, sino, por el contrario, optar por el reconocimiento de la validez epistémica de las interacciones simbólicas, hermenéuticas y por supuesto, de las apreciaciones materialistas en un sentido holístico para la aproximación al campo de estudio; es decir, reconocer que la objetividad y la subjetividad están en un conflicto irreconciliable en sentido ontológico y epistémico, de ahí que poner a dialogar los paradigmas naturalista, interpretativo y crítico-social, sea una necesidad en la contemporaneidad.

El mundo de la vida es el mundo anterior a toda constitución científica, es un mundo precientífico, aunque esto no significa que haya desaparecido con la irrupción de la ciencia. El mundo de la vida es subjetivo, es mi mundo en interacción con los demás; lo que siento, no es, sin embargo, un mundo particular o privado, todo lo contrario, un mundo intersubjetivo, público y común; yo me experimento a mí mismo solo en relación con el otro y el otro solo es otro en relación con la mismidad, una dialéctica en sentido de Buber, una reciprocidad mediada por la relación cara a cara y por el encuentro de la mirada del otro (Mèlich, 2004).

Sujeto y subjetividad

Cuidar, bajo una mirada humana, implica además de conocimiento científico, valorar y tener en cuenta al paciente como persona, y que lo conozcamos y tratemos como tal (Martínez, 2002, p. 114). En este reconocimiento, es necesario entender el sufrimiento que genera la enfermedad a quien, angustiado por ella, decide consultar a la institución hospitalaria. Este mismo autor menciona al respecto:

Todo padecer está constituido por dos planos: Primero, el plano de las molestias o de los síntomas: dolores, disnea, astenia, etcétera. Segundo, el plano de las interpretaciones y significados personales de estos fenómenos. A este respecto hay que recordar aquel aserto de los fenomenólogos que dice: la conciencia no percibe los sucesos como son, sino como sucesos para un sujeto. (p. 114)

Cuando se cuida, se cae en el error de interpretar la enfermedad del paciente y su sufrimiento, desde la perspectiva biomédica; aunque importante, debe completarse esta interpretación, con “el conocimiento de lo que ese malestar o padecer es o significa para la persona que lo está viviendo y que ha determinado la búsqueda o la aceptación de la ayuda médica” (Martínez, 2002, p. 114).

En esta vía, no debe reducirse el sufrimiento del paciente a una categoría nosológica (Hoyos Zuluaga, 2001), deshumanizando la atención hospitalaria, “quitándole la responsabilidad al propio paciente de su afección, impidiéndole hacerse cargo de su cuerpo atravesado por la incompletitud que señala la enfermedad, lo cual es despojarlo de lo más humano que tiene” (p. 146).

Es necesario concebir el fenómeno patológico como algo que revela el comportamiento psíquico del sujeto; además de la expresión de las relaciones entre el organismo, medioambiente e inconsciente (Hoyos Zuluaga, 2001).

Freud (1925/1976) considera que el yo debe ser leído, determinado por su posición de hacerse responsable de sí, lo que incluye los actos y el pensamiento consciente; pero también aquellos deseos inconscientes que se manifiestan, por ejemplo, a través de los sueños de castigo, los lapsus, los actos fallidos y otras formaciones del inconsciente, que revelan parte de la dimensión subjetiva desconocida para sí mismo, independientemente de si se asume en la posición de calificar como buenas o malas las aspiraciones que encuentra en sí mismo (p. 136).

A través de la lectura de Freud (1925/1976), en su texto *La responsabilidad moral por el contenido de los sueños*, puede entenderse que, a nivel ético, lo que caracteriza el sujeto se presenta como dividido entre un Yo que cree saber lo que piensa, dice y hace, y una dimensión inconsciente donde esos deseos hablan en el sujeto sin que él se pueda representar en ellos.

Adicional a la intención que propone Freud (1925/1976) de la necesidad de hacer manifiesta la responsabilidad de los actos al yo consciente para poder tramitarlos, se le suma el tener un propósito adicional que consiste en el deber ético del sujeto de saber sobre eso que ignora en la determinación inconsciente de su acto, deber que se extiende a lo que llama sentimiento de culpa inconsciente (p. 137).

De acuerdo con esto, Lacan (1960/1999) plantea el compromiso ético del sujeto de saber sobre eso que determina su acto más allá de su intención y su voluntad, para poder tomar la determinación de continuar con esa posición o renunciar a ella (p. 185). De alguna manera, encuentra el sujeto una extraña satisfacción implícita en sus actos, que tiene relación directa con lo que desea y esa es la pregunta que debe instaurarse desde el aspecto ético, para responder al interrogante del sujeto sobre si debe o no seguir buscando esa paradójica satisfacción, que vivencia como malestar o padecimiento, a la que Lacan le dio el nombre de goce.

Afirma Lacan (1960): “La hipótesis freudiana del inconsciente supone que a la acción del hombre, ya sea ésta sana o enferma, normal o mórbida, tiene un sentido oculto al que se puede llegar” (p.183); es por este motivo que las respuestas a los interrogantes planteados en intervenciones con pacientes en tanto sujetos deben buscarse del lado de estas determinaciones inconscientes y no exclusivamente en el mundo exterior o en causas genéticas, biológicas o psicológicas. Se plantea entonces que “la ética a la que nos lleva el psicoanálisis es a la relación de la acción con el deseo que la habita” (Lacan, 1985 p. 184).

La subjetividad concierne entonces, tal como lo menciona Artacho (2013), al ámbito de la dimensión inconsciente en cada sujeto, que se gesta en su propia historia y le permite percibir a su manera, la experiencia de estar enfermo. El cuidador en el ámbito hospitalario:

Ha de poner en suspenso su teoría científica, con su saber y sus certezas, no dando por supuesto ningún saber acerca de la singularidad del sufrimiento o del síntoma del sujeto, ofreciendo una escucha amplia que no condicione la palabra del paciente. Se trata aquí, de escuchar lo distinto, lo original de cada sujeto. El lugar de la subjetividad entonces habrá de ser aquel del uno por uno, del caso por caso. (p. 644)

En ese orden de ideas, la dimensión subjetiva que se pretende introducir en el cuidado del paciente hospitalizado está ligada a la comprensión del sujeto de cuidado como dividido entre lo que cree ser, lo que cree saber sobre sí, lo que piensa, y lo que es sin saberlo: es decir, de la comprensión del sujeto como ser consciente y sujeto del inconsciente; por este motivo es necesario revisar la conceptualización del concepto de sujeto, con la intención de estructurar desde una perspectiva psicoanalítica los significantes de enfermedad, transferencia y demanda de cuidado.

Lacan (1958/1999a) plantea el surgimiento del sujeto cuando expone que este, a través del lenguaje, genera un vínculo con el Otro: inicialmente el niño como viviente emite un grito que se convierte en un signo no dirigido a alguien, sino simplemente emitido por necesidad, bien sea de dolor o displacer (Freud, 1895/1992); quien acude al niño que es la madre, interpreta dicho grito y le confiere el estatuto de signifiante. Al realizar esto, el niño podrá asociar la posibilidad de instaurar ya no sólo una necesidad sino una demanda de amor más allá de la satisfacción del organismo (Lacan, 1958/1999b, p. 670).

Freud (1895/1992) explica que el grito expresa una necesidad, por dirigirse al Otro, toma el importante valor de llamado, fuente de todas las motivaciones morales y, a partir de esta inscripción y transformación de la necesidad en demanda, se establece una falta originaria.

Por el establecimiento de esta falta originaria, se establece en toda demanda un más allá que atañe al inconsciente; cuando se establece, se pide al Otro lo que en su propia constitución subjetiva se perdió (Lacan, 1958/1999b, p. 671). En este sentido, ninguna intervención va a satisfacer completamente la demanda y menos las intervenciones que se generan del lado de otro, es decir, el otro como semejante, como, por ejemplo, el cuidado en la enfermedad y la curación de la misma.

Puede entenderse entonces que el sujeto surge en relación a la determinación que recibe del Otro, debido a su indefensión primaria como ser viviente; esto mediante la inscripción del lenguaje que le preexiste (Lacan, 1960/1999 p. 779), el niño lleva a cabo su encuentro con el signifiante y la realidad humana inscrita allí (Lacan, 1966/1967, párr. 2). Dicho signifiante es “lo que representa al sujeto para otro signifiante. Este signifiante será pues el signifiante por el cual todos los otros significantes representan al sujeto”, tal como lo plantea Lacan (como se cita en Muñiz, 2012, p. 799). Que un signifiante represente a un sujeto para otro signifiante, es la definición no solo del signifiante, sino que también del sujeto. Estructura del discurso que posibilitará organizar su historia, su cuerpo y el lazo social (Muñiz, 2012).

A través de esta inscripción en el lenguaje, tal como lo desarrollan Gómez y Rivera (2014), se evidencia que solo a partir de una respuesta de ese Otro, el niño como organismo viviente deviene en cuerpo que por las marcas del lenguaje (Lacan, 1956/1994) y las experiencias de goce puede estructurar las relaciones que establece con el mundo y con sí mismo.

En este entendimiento del sujeto dividido entre el yo consciente y sus deseos inconscientes, es necesario identificar que la necesidad de cuidado con un enfoque subjetivo, puesta en manos de una institución hospitalaria, así como la enfermedad misma, son parte de un proceso que devela, más que una necesidad, una demanda que surge en el sujeto en busca de aquello que se ha perdido y que el hospital y el personal asistencial debe determinar, para poder brindar un enfoque humano en los cuidados que brinda. Esta orientación subjetiva y la vez humanizada del cuidado se hace perceptible, tal como lo propone Martínez (2002):

En la medida en que existe un reconocimiento de la existencia e importancia del padecer del paciente, de la manera como él está viviendo, interpretando y sufriendo las molestias, los dolores, las impotencias, los trastornos en las funciones de su cuerpo, las modificaciones en su aspecto exterior, etcétera. (p. 115)

Cuerpo, enfermedad y trauma

El organismo no basta para dar cuenta de todos los fenómenos que ocurren en él cuando aparece la enfermedad (Hoyos & Zapata 1998, p. 1); y es en este sentido que el psicoanálisis propone la inserción del concepto de cuerpo para entender lo que sucede en el paciente enfermo.

El cuerpo no está definido solo por la anatomía, sino también por las representaciones que surgen de él en el plano simbólico; además, la imagen que le viene al sujeto siempre de fuera, de un Otro que le inscribe en el lenguaje (Soler, 1990), y que, a través de esta inscripción, va invistiendo de afectos, representaciones y huellas. Cuando algo no funciona a nivel orgánico, esta manifestación nos remite a cómo fue construido e historizado algún órgano, lo que es diferente a como lo concibe la anatomía y patología (Hoyos & Zapata 1998, p. 2).

Soler (1990) plantea en su texto *El cuerpo en la enseñanza de Lacan*, que el cuerpo es una realidad, construida a partir de la incidencia del inconsciente sobre este. Es decir, que el cuerpo, tal como lo plantea Lacan, no es más que un organismo y una imagen (p. 2); organismo que es tomado por una estructura que subvierte y modifica el equilibrio homeostático: el lenguaje. Al respecto plantea Levin (1991):

Con la influencia del lenguaje, el organismo pasa a residir no sólo como un conjunto de músculos y nervios, sino y también como una posición inscrita por el deseo del Otro en la cultura. Tenemos la realidad del cuerpo (condición de posibilidad), pero eso que es el cuerpo no es la realidad, el lenguaje lo atraviesa, lo transgrede y trasciende, hasta hacerlo existir fuera de su pura sensación carnal. (párr. 11)

Todo el personal inscrito en el modelo biomédico tiende a excluir la dimensión subjetiva del paciente y el significado que tiene esta para su enfermedad, “supervalorando el signo fisiopatológico como una verdad diagnóstica y excluyendo la significación simbólica que la enfermedad tiene no solamente para el enfermo, sino para el médico tratante” (Hoyos & Zapata, 1998, p. 3).

Como cuidadores es preciso comprender que el padecer la enfermedad representa para el enfermo un encuentro con su cuerpo, tal como lo expone Artacho (2013). Este mismo autor sostiene:

El cuerpo que tendrá una dimensión que va más allá del organismo biológico, cuerpo que será fuente de placer, que tendrá particulares maneras de gozar...cuerpo en el que la enfermedad aparece como amenaza que puede venir a romper la imagen que el sujeto tiene del mismo. (p. 647)

Es importante comprender que estar enfermo representa para el sujeto una percepción subjetiva que se expresa en él como una pérdida del confort, del bienestar, de la tranquilidad. Este estado le genera la sensación de carecer de algo, un sentimiento de incompletitud, como si algo le hubiera sido injustamente quitado y que resignifica su existencia; el sujeto hace consciente que algo falla en su cuerpo y lo expone a un “no saber” que se traduce muy frecuentemente como angustia (Artacho, 2013, p. 647).

Si la enfermedad afecta de tal manera el cuerpo del sujeto, al punto de dejar una huella inscrita a nivel psíquico que no pueda asociarse al conjunto de las otras huellas psíquicas que le darían un sentido, esta enfermedad como acontecimiento, queda fijada y constituida como trauma, produciendo un sentido que es insoportable para la consciencia, puesto que no se representa en ello (Mejía & Ansermet, 1998; Marucco, N., 2006). Cuando esto sucede, hay una puesta en relación del sentido con un acto del sujeto para salir de la repetición, para separarse de la fascinación por el trauma.

Transferencia e interconsulta psicológica

El paciente le supone un saber en la institución a la que asiste en busca de ayuda cuando ya no le es posible hacerse cargo de la enfermedad; como no se reconoce en ella busca vehiculizar a través de la relación terapéutica con el médico, el personal de enfermería o con la institución, unos fenómenos transferenciales o aspectos emocionales de su mente que tienen relación con su pasado (Ferrari et al., 1977, p. 42).

Lograr establecer transferencia entre cuidador y paciente es un proceso que se generará de manera particular con cada paciente, y debe ser entendido como una demanda consciente (en la necesidad de curación) o inconsciente (en la elevación del personal asistencial al estatuto de Otro), que el sujeto de cuidado dirige al médico, a la enfermera o a la misma institución hospitalaria.

Para atender esta demanda, es importante reconocer, tal como lo plantea Artacho (2013), que el cuidador profesional es también un sujeto, cuyos afectos, emociones, prejuicios, angustias y miedos le posicionarán en un determinado lugar de respuesta frente al paciente. Sin olvidar la propia subjetividad, el personal asistencial, independientemente de su visión científica – natural del proceso salud enfermedad, debe identificar cuándo el paciente es capaz de reconocer su enfermedad y la crisis vital que esta representa en sí (Ferrari et al., 1977, p. 47), y admitir la manifestación de la enfermedad en su cuerpo con miras al proceso de curación, que solo él mismo puede instaurar; esto es lo que Freud (1925) y Lacan (1960) llaman responsabilidad subjetiva, y es justo ahí, donde debe realizarse una intervención a nivel psíquico en el paciente, para lograr ese reconocimiento del significado de la enfermedad donde el sujeto pueda representarse.

Hay que permitirle al sujeto constituirse en sujeto de la enunciación; a través de su propia palabra, analizar el discurso en el que se encuentra, puesto que este tiende a la singularidad de la persona en tanto que la lengua es del orden de lo social generalizable (Mejía & Ansermet, 1998, p. 3). Cuando el personal asistencial logra reconocer en las prácticas de cuidado “la emergencia de la subjetividad inconsciente habrá de ser de suma importancia para la relación médico paciente y por ende a la modalidad del vínculo que sostendrá con el mismo”. (Artacho, 2013, p. 645). El cuidado subjetivo consistirá entonces en no dar por supuesto ningún saber frente a la singularidad del sufrimiento o del síntoma del sujeto; habrá que escuchar ampliamente sin condicionar al sujeto, escuchar lo distinto, lo original de cada paciente como sujeto. Para esta intervención, es imprescindible que se resalte con mayor impulso en los hospitales la necesidad de la interconsulta psicológica, como una herramienta que permita abordar subjetivamente el cuidado con un enfoque psicodinámico, haciendo consciente una demanda que no ha podido ser interpretada por el médico o no ha sido satisfecha parcialmente por el paciente (Ferrari et al., 1977). Como lo plantea Lacan, citado por Hoyos (1998):

La medicina debe responder a algo que habla en el paciente y que se ha convenido en llamar enfermedad, pero que si insistimos más en la resonancia de su significación, es un llamado, un grito finalmente una demanda de alguien a Otro. (p. 5)

DISCUSIÓN

Tras el análisis y desarrollo de estos conceptos, la inserción de lo subjetivo en el cuidado de enfermería implica comprender de manera integral lo que significa cuidar, lo cual trasciende con creces los hechos, los biomarcadores y los fármacos, para tener en cuenta aspectos socio-afectivos o psicológicos; es necesario reconocer a las personas como sujetos vulnerables, y en situaciones de hospitalización es menester la ruptura del orden interno de quien la vivencia, confiriéndole mayor vulnerabilidad emocional, física y psicológica (Fernández-Silva, Mansilla-Cordeiro, et al., 2022b). En esa lógica, la persona enferma es un ser frágil que depende de los cuidados, a través del acompañamiento psicosocial; porque al encontrarse en una situación de doble vulnerabilidad, enfermo y aislado en el contexto hospitalario requiere resignificar no solo la experiencia subjetiva de la enfermedad misma, sino de todo lo que ello implica al estar inmerso en un ambiente ajeno y que le enajena de sí mismo. Por tanto, se requiere valorar la importancia del sujeto como protagonista de su enfermedad, su proceso de cuidado y curación.

Para lograr esta valoración, es necesario concebir el fenómeno patológico como algo que revela el comportamiento psíquico del sujeto. Además, hay que tener en cuenta que los síntomas patológicos son la expresión de las relaciones entre el organismo, medioambiente e inconsciente. Por esto, debe priorizarse en el proceso de cuidado del cuerpo en sentido material, pero también en sentido simbólico y existencial, como una forma de contemplar el rostro del otro en el sentido de Lévinas: de otro que sufre, para el abordaje de lo subjetivo, desde el acompañamiento al sujeto de cuidado, ya que, como expone Laurell (1994), la enfermedad no es solo un fenómeno biológico individual y, en el caso de Watson (1985), es un asunto transpersonal. Si se promueve, a través del cuidado, la intervención de disciplinas como la psicología, se potencia adecuadamente el abordaje psicosocial y el cuidado de la dimensión subjetiva del paciente (Martínez, 2002, p. 115), a través de patrones de conocimiento que trasciendan lo empírico.

Retomar algunas hipótesis del psicoanálisis para el cuidado implica reconocer que los sujetos, ya sea que estén sanos o enfermos, normales o mórbidos, tienen una dimensión oculta pero constitutiva de lo humano. Un aparato psíquico no palpable, difícilmente materializable, medible y objetivable, pero que estando y siendo que se mueve entre el placer, el dolor y la realidad, y a su vez está constituido por las imposiciones morales y culturales, las cuales, en la contemporaneidad son la producción, el consumo y la tecnociencia. El primer paso para resistir en el cuidado de lo radicalmente otro es identificar cómo desde diferentes dispositivos socioculturales se tiende a no reconocer lo subjetivo y lo afectivo a la vez que se excluye lo patológico y no concordante al sistema de valoración moral (Fernández-Silva et al., 2022a).

La inclusión simultánea de lo médico y lo psicológico en el contexto del cuidado del paciente que se encuentra hospitalizado, necesariamente, es una perspectiva que acorta distancias entre aquello que la medicina entiende como cuerpo y mente. Al incluir dicha relación en el cuidado de los pacientes, se le permite al profesional de la salud ubicarse en una perspectiva más amplia frente al dolor y la angustia de sus pacientes (Ferrari et al., 1977, p. 12).

Reconocer lo subjetivo, es pensar la angustia, la existencia, la vulnerabilidad y la finitud. Todas estas sistemáticamente acalladas y ocultadas tras discursos de tradición racionalista y positivista. La pérdida del cuidado de lo subjetivo y afectivo tiene raíces ontológicas y epistemológicas, arraigadas en la percepción del ser y su relación con otros entes, así como en la construcción del conocimiento y discursos “verdaderos”, y el fomento de una objetividad basada en la distancia entre el observador y lo observado. El positivismo opta por una mirada jerárquica entre sujeto y objeto, en la que si sitúa al hombre (masculino), la cura, cultura, mente, civilizado y secular sobre lo corpóreo, la naturaleza, el cuidado, los afectos, lo femenino y lo sagrado (Giraldo & Toro, 2020).

Si se admite, siguiendo a Wittgenstein, que los juegos de lenguaje son formas de vida, la técnica es una forma de vida, el homo faber absorbe la vida activa en el sentido de Arendt, la acción política, la acción con y por el otro. Una sociedad hipertecnológica y racionalista orienta acciones y formas de vida tecnocráticas, con valores como eficacia, rapidez, eficiencia, progreso, control, evaluación, evidencia y utilidad. La racionalidad instrumental ha devorado otras formas de racionalidad (Mèlich, 2004). En el caso de enfermería, parece ser que el patrón de conocimiento empírico ha devorado a los otros patrones; no es de extrañar que asignaturas como ética, sociología de la salud, antropología de la salud y, en general, las ciencias humanas sean consideradas asignaturas de relleno para un colectivo de estudiantes inmersos por un paradigma tecnocrático, ya esto ha sido discutido por autores como Kottow (2014), quien afirma que las humanidades son percibidas como “materias blandas frente al currículo nuclear y las asignaturas duras. El auge de la biomedicina ha enfatizado el carácter cientificista y basado en evidencia, marginando aún más las disciplinas de las humanidades”. Esta misma disposición tiene implicaciones no solo teóricas, sino también prácticas, que se traducen en una práctica profesional vacía de humanidad.

El nacimiento de la clínica moderna, tal como lo describe Foucault (2016), implicó un cambio en la mirada médica, en la que se desplazaron o se encerraron en la singularidad del enfermo aquellas dolencias o síntomas subjetivos, los cuales ya no constituyen para el médico el modo del conocimiento, sino el mundo de los objetos por conocer. En esta mirada, estar enfermo es convertirse en retrato de una enfermedad, de una entidad nosológica, de una categoría y, por tanto, ser tratado como tal. Resistir a una objetividad asidua y descubrir la subjetividad implican una postura emancipatoria y a la vez crítica-propositiva, no para medicalizar cada aspecto de la vida, sino pensar la existencia misma, la vida cotidiana, las vivencias y la propia subjetividad sujeta al mundo, porque medicalizar la vida nos expropia la salud y nos incapacita como sujetos (Cerecedo Pérez et al., 2013).

Una resistencia frente a la mirada cosificadora y frente al paradigma hegemónico requiere justamente de los otros patrones de conocimiento de enfermería: el ético, el estético, el emancipatorio y el social-político (Osorio Castaño, 2016); pensar la subjetividad del cuidado, implica hacer crítica de la razón instrumental, no para optar por posturas tecnofóbicas, sino para pensar más allá de la utilidad como valor, situando al cuidado per se cómo un valor intrínseco de las sociedades contemporáneas; el cuidado como preocupación, compasión, movilización por el otro implica reconocer la diferencia, la contingencia y la finitud de lo humano, para identificar aquello que sujeta al sujeto y aquello que subyace en el sujeto (Gil Fernández, 2018).

CONCLUSIÓN

Para terminar, es importante resaltar que se hace necesario enfocar la interconsulta psicológica como una tarea asistencial primordial, en la que se dé respuesta a las necesidades terapéuticas del cuidado planteadas por el cuidador profesional, y que permita satisfacer la demanda del paciente conduciéndolo a responsabilizarse subjetivamente de lo que le sucede, además de permitirle identificar a los cuidadores formales aspectos como la transferencia y contratransferencia (Ferrari et al., 1977).

Un cuidado que contemple la dimensión subjetiva, lo simbólico y representacional en el marco de las relaciones permite al sujeto de cuidado responsabilizarse de la enfermedad que está padeciendo, de la afección que esta le genera, haciéndose cargo de su cuerpo atravesado por la incompletitud que señala la enfermedad. El aporte del psicoanálisis es fundamental, en tanto que permite apuntar al despliegue de la subjetividad y no tiene como objetivo la adaptación ni la normalización en referencia a estándares sociales, lo que permite hacer énfasis en la capacidad y autonomía del sujeto, al reconocer su propio deseo y la verdad que este encierra (Artacho, 2013; Kern, 2014).

La orientación humanizada del cuidado se hará visible en la medida en que se reconozca la existencia e importancia del padecer del paciente, de la manera como él vive, interpreta y sufre sus molestias, dolores, impotencias, trastornos en las funciones de su cuerpo o modificaciones en su aspecto exterior. La construcción simbólica y fenoménica del estar sano o enfermo dan significado a la experiencia, a la acción y a la decisión. Una mirada comprensiva del sujeto en su subjetividad se hace más que necesaria para cuidar siempre y para sanar siempre que sea posible; olvidar la dimensión subjetiva, olvidarse del sujeto es olvidarse del cuidado como fenómeno situado, compasivo y subjetivo.

REFERENCIAS

- Aimar, L., Videla, N., Torre, M. (2006). Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermera. *Enfermería Global*, 5(2). <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/385>
- Arredondo, C., & Siles, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Índex Enfermería*, 18(1), 32-36. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Artacho, J. (2013). *Psiquiatría del adulto; relación médico paciente y subjetividad*. Área Crecimiento y Desarrollo. Escuela de Medicina – Facultad de Ciencias Médicas – UNR. <https://areacyd.files.wordpress.com/2014/04/4-psiQUIATRIA-ADULTO-INDD.pdf>
- Calero, P. (2006). Humanizar los cuidados desde el ingreso. *Índex Enfermería*, 15(55), 71. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300017&lng=es
- Cánovas, M. (2008). La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Universidad de Murcia, España.
- Carper, B. (1999). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Perspectives on philosophy of science in nursing: An historical and contemporary anthology*. ANS. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>. PMID: 110216.
- Cerecedo Pérez, M. J., Tovar Bobo, M., & Rozadilla Arias, A. (2013). Medicalización de la vida. “Etiquetas de enfermedad: Todo un negocio”. *Atención Primaria*, 45(8), 434-438. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.014>
- Castillo, D. (2011). El rol de la psicología social comunitaria en comunidades y contexto hospitalario en la práctica académica realizada en la E.S.E Hospital Santa Mónica de Dosquebradas. Universidad Católica de Pereira. <https://repositorio.ucp.edu.co/entities/publication/5bc1a41a-238e-44a5-aa15-ce8987caf417>
- Chinn, P., Kramer, M., & Sitzman, K. (2022). *Knowledge development in nursing* (11.a ed.). Elsevier, Inc.
- Daza de Caballero, R., Torres Pique, A. M., Prieto de Romano, G. I. (2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería: interacción, participación y afecto. *Índex Enfermería*, 14(48-49), 18-22. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es&tlng=
- De la Cuesta, C. (2004). La artesanía del cuidado: estrategias para cuidar pacientes con demencia avanzada. En C. de la Cuesta, *Cuidado artesanal: La invención ante la adversidad* (pp. 100-107). Universidad de Antioquia.
- De la Cuesta, C. (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 106-112. <https://doi.org/10.17533/udea.ice.2900>
- Duque, S. (1999). Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la salud y la producción de conocimiento. *Investigación y educación en enfermería*, 17(1), 75- 85.
- Fernández-Silva, C. A., Hernández-Pérez, F. J., & Vidal Vidal, E. N. (2022a). Social stigmas towards people living with HIV in the Sars-CoV-2 vaccination process. *Universidad y Salud*, 24(Supl 1), 287-293. <https://doi.org/10.22267/rus.222403.284>
- Fernández-Silva, C. A., Mansilla-Cordeiro, E. J., Aravena Flores, A., Antiñirre Mansilla, B., & Garcés Saavedra, M. I. (2022b). Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2635. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2635>

- Ferrari, H., Luchina, I., & Luchina N. (1977). *La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Ediciones Nueva Edición.
- Forough Rafii, Alireza Nikbakht Nasrabadi, & Fereshteh Javaheri Tehrani. (2021). How Nurses Apply Patterns of Knowing in Clinical Practice: A Grounded Theory Study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 31(1). <https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i1.16>
- Foucault, M. (2016). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (2.a ed. revisada). Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1925). *La negación*. Edición electrónica de www.philosophia.cl / Escuela de Filosofía Universidad ARCIS. <https://elespressodoble.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/01/32730964-sigmund-freud-la-negacion.pdf>
- Freud, S. (1895/1992). Proyecto de psicología para neurólogos. En: *Obras completas* (Vol. I, pp. 362-366). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1925/1976). *La responsabilidad moral ante el contenido de los sueños*. Amorrortu.
- Fullerton, C., Acuña, J., Florenzano, R., Cruz, C., Weil, K. (2003). Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41(2), 103-109. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000200003&lng=es&tlng=pt.10.4067/S0717-92272003000200003
- García Uribe, J. (2021). La deconstrucción de la humanización: Hacia la dignificación del cuidado de la salud. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 60, 19-32.
- García Uribe, J. C. (2020). Cuidar del cuidado: Ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 24(57), 52-60. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.57.05>
- Gil Fernández, R. (2018). Hacia una construcción del sujeto en Michel Foucault. *Wimb Lu*, 13(1), 9-26. <https://doi.org/10.15517/wl.v13i1.32740>
- Giménez Fernández, M., & Valero Merlos, E. (2012). Paciente terminal y duelo. En: R. Gómez Sánchez, M. Gómez Díaz, & R. Gómez Sánchez, *Manual de atención psicosocial* (p. 297). Instituto Monsa.
- Giraldo, O. F., & Toro, I. (2020). *Afectividad ambiental: Sensibilidad, empatía, estéticas del habitar* (1.a ed.). El Colegio de la Frontera Sur.
- Gómez, A., & Rivera, N. (2014). *Urgencia psiquiátrica y clínica de las urgencias subjetivas en el ámbito hospitalario*. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.
- Gómez, R., Gómez, R., & Gómez, M. (2012). *Manual de atención psicosocial*. Instituto Monsa.
- Hammersley M, & Atkinson P. (1994). *Etnografía: métodos de investigación*. Paidós Ibérica.
- Henderson, V. (1964). The Nature of Nursing. *The American Journal of Nursing*, 64(8), 62-68. <https://doi.org/10.2307/3419278>
- Hinostroza Robles, N. (2014). El cuidado profesional de enfermería: un enfoque humanístico. *Enfermería vanguardista*, 2(1), 86-97. <https://doi.org/10.35563/revan.v2i1.284>
- Hoyos Zuluaga, J. E. (2001). La relación médico paciente: entre la supremacía del signo y la exclusión del síntoma. *Iatreia*, 14(2), 141- 148. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.3800>
- Hoyos, J., & Zapata, I. (1998). Subjetividad y prácticas asistenciales. *Affecto Societatis*, 1(2), 1-5. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.5440>

- Hueso Montoro, C. (2006). El padecimiento ante la enfermedad: Un enfoque desde la teoría de la representación social. *Índex Enfermería*, 15(55), 49-53. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300011
- Ibarra Peso, J., Hernández Castro, A., Meza Vásquez, S. (2012). Percepción de la transición del modelo biomédico al modelo biopsicosocial en usuarios internos del CESFAM Pinares, comuna de Chiguayante. *Medwave*, 1-5. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.01.5290>
- Kern, H. D. (2014). Reflexiones sobre subjetividad y contexto en la práctica de salud. *Archivos de medicina familiar y general*, 11(2), 28-33. <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/91>
- Kérrouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. Elsevier, España.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. Wiley.
- Kottow, M. (2014). Humanidades médicas: ¿Decorativas o substantivas? El caso de literatura y medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(3), 293-298. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300002>
- Lacan (1960). Seminario 7, Clase 24: Las paradojas de la ética. Paidós. <https://www.psicopsi.com/seminario-7-clase-24-paradojas-etica-6-julio-1960/>
- Lacan, J. (1956/1994) Teoría de la falta de objeto. En: Seminario 4 La relación de objeto (pp. 9-94). Paidós.
- Lacan, J. (1958/1999a). La lógica de la castración. En: Seminario 5 Las formaciones del inconsciente (pp. 145-256). Paidós.
- Lacan, J. (1958/1999b) La significación del falo. En: *Escritos 2* (pp. 665-675). Siglo XXI.
- Lacan, J. (1960/1999). Subversión del sujeto y la dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano. En: *Escritos* (pp. 773-807). Siglo XXI.
- Lacan, J. (1966/1967). La lógica del fantasma: Clase 1 - noviembre 16 de 1966. <http://www.lacanterafreudiana.com.ar/lacanterafreudianajaqueslacanseminario14.html>
- Lacan, J. (1985). *Psicoanálisis y medicina*. En: *Intervenciones y textos* (Vol. 1). Manantial.
- Laurell, A. (1994). La salud-enfermedad como proceso social en M. I. Rodríguez (Coord.), *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud* (Serie Desarrollo de Recursos Humanos nro. 101, pp. 1-11). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3095/Lo%20biologico%20y%20lo%20social.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Leite, M., & Freitag, L. (2005). Análisis de Contexto del concepto de Ambiente en la Teoría Humanística de Paterson y Zderan. *Índex de enfermería*, 14(48-49), 42-45. http://www.index-f.com/index-enfermeria/48-49revista/r48-49_articulo_42-45.php
- Levin, E. (1991). *La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje*. Editorial Nueva Visión. https://estebanlevin.com/wp-content/uploads/2020/01/INTRODUCCION_LA-CLINICA-PSICOMOTRIZ-1.pdf
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Kenyon, A., Willig, C., Woodall, C., Syke, C. M. (2008). *Psicología de la Salud: Teoría, investigación y práctica*. Manual Moderno.
- Marriner, A., & Raile, M. (2007). *Modelos y teorías de enfermería*. Ed. Elsevier.
- Martínez, F. (2002). Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica. *Historia y filosofía de la medicina. Anales Médicos*, 47(2), 112-117.

- Marucco, N. (2006). Actualización del concepto de trauma en la clínica psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis*, 63(1), 9-19.
- Mèlich, J. C. (2004). *Antropología simbólica y acción educativa*. Paidós.
- Mejía, C., & Ansermet, F. (1998). Trauma y lenguaje. Notas para una metodología de investigación clínica. Inédita. Trabajo presentado en: Servicio Universitario de Psiquiatría para niños y Adolescentes (SUPEA), Psiquiatría pediátrica anexa al CHUV, Hospital Nestlé, CH-1011, Lausanne-CHUV, Francia.
- Moreno, M. (2013). *Psicoanálisis e intervención social*. CS. 11(1), 115- 142.
- Muñiz, O. (2012). *Discurso y subjetividad contemporánea. La responsabilidad puesta en cuestión*. Universidad Pontificia Bolivariana e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Medellín.
- Osorio Castaño, J. H. (2016). Patrón de conocimiento socio-político en enfermería: Reflexiones conceptuales. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1352. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.319>
- Peplau, H. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica*. Salvat, Barcelona.
- Pereira, A., Souza, R., De Camargo, C., Ribeiro, R. (2012). Volviendo a los planteamientos de la atención sensible. *Enfermería Global*, 11(25), 343-355. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412012000100021>
- Pires, M. (2005). Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 13(5) ,729-736. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500018>
- Poblete, M., & Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm.*, 20(4), 499- 503. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis* (1.a ed.). Paidós.
- Sacipa, S., Tovar, C., & Galindo, L. (2005). Guía de orientaciones para el acompañamiento psicosocial a población en situación de desplazamiento Versión nro. 2. CHF International. <https://nortedecentroamerica.iom.int/sites/g/files/tmzddl1276/files/documents/2023-08/guia-de-orientaciones-para-el-acompanamiento-psicosocial-a-poblacion-en-situacion-de-desplazamiento-version-2.pdf>
- Salazar, A., & Martínez, C. (2008). Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-pacientes es el núcleo del cuidado. *Avances en enfermería*, 26(2), 107-115. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12945>
- Soler, C. (1990). El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan. <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/colettesoler-elcuerpoenlaensenanzadejacqueslacan.pdf>
- Soto Silva, H. (2013). *Percepción del cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados [Tesis de pregrado, Universidad Veracruz, México]*.
<http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/682030>
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd edition). F.A Davis, Philadelphia.
- Valencia, M., Rivera, F., & Villa, J. (2023). Desarrollo del patrón del conocimiento emancipatorio: Una oportunidad desde la investigación-acción. *Revista de enfermería ENE*, 17(2), 1-3.

- Vidal, R., Adamuz, J., & Feliu, P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global*, 8(3), 1-8. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/75311>.
- Villegas, M., & González, F. (2011). La investigación cualitativa de la vida cotidiana. Medio para la construcción de conocimiento sobre lo social a partir de lo individual. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 10(2). <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/147>
- Waldow, V. R. (2014). Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Índex de enfermería*, 23(4), 234- 238. <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/9478r.php>
- Waldow, V., & Figueiró, R. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paul Enferm.*, 24(3), 414-418. <http://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care- A theory of nursing*. Appleton-Century-Crofts.
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86. <https://doi.org/10.1097/00012272-199506000-00007>

NOTAS

- 3 Pleonasmos para exaltar que el cuidado como categoría conceptual y práctica debe ser blindado en términos epistemológicos y éticos tal como se describe por García Uribe (2020).
4. Otro: Lacan distingue el otro con minúscula del Otro con mayúscula, donde el otro con minúscula hace referencia al registro del imaginario al compañero o partener. Al Otro con mayúscula, Roudinesco y Plon (1998) lo definen así: “Término utilizado por Jacques Lacan para designar un lugar simbólico el significante, la ley, el lenguaje, el inconsciente o incluso Dios que determina al sujeto, a veces de manera exterior a él, y otras de manera intrasubjetiva, en su relación con el deseo” (p.769).
5. Goce: Es aquello que del cuerpo se representa en lo psíquico fijado a una representación (pulsión) y que se traduce en la conciencia como montante de afecto. Se trata de una extraña satisfacción que se vive como sufrimiento.

AmeliCA

Disponible en:

<https://portal.amelica.org/ameli/ameli/journal/617/6175254006/6175254006.pdf>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en portal.amelica.org

AmeliCA

Ciencia Abierta para el Bien Común

Diana Marcela Lopera¹, John Camilo García Uribe

Reivindicación de la dimensión subjetiva en el cuidado de enfermería

Reclaiming the Subjective Dimension of Nursing Care

RHS-Revista Humanismo y Sociedad

vol. 12, núm. 1, e5, 2024

Corporación Universitaria Remington, Colombia

rhs_humanismoysociedad@uniremington.edu.co

ISSN-E: 2339-4196

DOI: <https://doi.org/10.22209/rhs.v12n1a05>