



**Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Posgrado**

**EL CUIDADO DEL PSICOTERAPEUTA
A LA LUZ DEL CUIDADO NUCLEAR
Trascenderse a sí mismo en pos del cuidado del otro**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

PS. FELIPE CONCHA AQUEVEQUE

**Director:
Ps. Alejandro Olea**

**Santiago de Chile,
2015**

**EL CUIDADO DEL PSICOTERAPEUTA
A LA LUZ DEL CUIDADO NUCLEAR
Trascenderse a sí mismo en pos del cuidado del otro**

Resumen

El cuidado del terapeuta es un fenómeno que ha ido paulatinamente ganando relevancia debido a los efectos que tiene la práctica clínica sobre el desgaste personal del profesional. Sin embargo, hoy no se cuenta con una delimitación clara sobre qué es el cuidado en general y menos qué es el cuidado del psicoterapeuta.

En la presente investigación se ha intentado dar respuesta a las anteriores interrogantes a partir de una revisión de 21 teorías del cuidado provenientes de la enfermería, antropología y filosofía. A partir de tal revisión es posible hablar de un cuidado nuclear que es transversal a las teorías y que se caracteriza por ser la intención de llevar a un ente hacia su ‘posibilidad más propia’, el cual se expresa bajo tres posibles modos: la perpetuación, la restauración o la trascendencia del ente.

A partir del cuidado nuclear se considera que el cuidado profesional del terapeuta consiste en la posibilidad de trascenderse a sí mismo en pos de poder ayudar al cliente, siendo un ejemplo de tal postura la ‘actitud de *focusing*’ planteada por la terapia experiencial de E. Gendlin.

Palabras clave: cuidado nuclear, cuidado profesional del terapeuta, terapia experiencial, focusing.

*A mis queridos maestros,
Laura y Sergio.*

Agradecimientos

Quisiera agradecer profundamente a quienes han sido parte de este largo camino de crecimiento intelectual, espiritual y personal. En primer lugar, expreso mi mayor gratitud a mis maestros Laura y Sergio, por confiar en mí desde un principio y guiarme en los primeros pasos de la psicoterapia humanista y la investigación. En segundo lugar, agradezco a mis padres por brindarme todas las posibilidades de estudiar, y apoyarme desde siempre. Sin ellos esta tesis no sería más que un sueño distante.

Por otro lado, debo agradecer la compañía y profunda amistad de Mano, quien aportó una y otra vez a esta tesis con su oído atento, su crítica afectuosa y su paciencia para escuchar lo que en un principio parecía una ‘locura’. Agradezco también a Catalina y su familia por su compañía durante el proceso de esta tesis, su interés y su apoyo incondicional.

Agradezco a Alberto, y nuevamente a Mano, por la revisión constante de los manuscritos, la colaboración con ideas, su buen sentido del humor y sus palabras de aliento, las cuales tanto necesitaba al final de este camino. En el mismo sentido, agradecer a mi profesor guía, Alejandro Olea, por su confianza en el proyecto y su espíritu práctico.

En esta investigación han participado un sinnúmero de personas que, sin quererlo, han contribuido a mi crecimiento y nutrición respecto de los temas aquí abordados. En primer lugar, nombrar a mis queridas hermanas Lore y Vicki. También me gustaría destacar a Penny, Coni, Daniel y Cata, por su amistad y paciencia para ayudarme a entender a Heidegger. También quisiera nombrar a Ximena González, por ser un ejemplo encarnado del cuidado de sí, y promoverlo en todos los que trabajamos junto a ella. Expreso mi gratitud hacia Nicolás, Andrés, Amaya, Amaro, JP, Jorge, Oso, Nanette, Tamar, Su, Matías, Vele, Karen, Cristián, Tamy, Caro y Selva, sin los cuales este camino hubiese estado carente de risas y cariño.

A todos Uds. gracias totales por ser y por estar.

Nota

La presente investigación cuenta con el financiamiento de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica del Estado de Chile (CONICYT), bajo la Beca Complementaria de Magister Nacional otorgada el año 2013.

Índice

Capítulo 1. Introducción.....	1
Capítulo 2. El problema del cuidado	5
Capítulo 3. El cuidado desde el eje de la Salud.....	14
Capítulo 4. El cuidado desde el eje del Bien y el Mal.....	31
Capítulo 5. El cuidado desde el eje del Ser	41
Capítulo 6. Análisis de las teorías del cuidado.....	61
Capítulo 7. El cuidado del psicoterapeuta a la luz del cuidado nuclear	72
Capítulo 8. La psicoterapia experiencial como ejemplo del cuidado del psicoterapeuta	86
Capítulo 9. Conclusión	107
Referencias	116

Capítulo 1. Introducción

Hablar de cuidado es remitir a una de las experiencias fundamentales de lo humano. Es hablar de todo aquello que hacemos en pos de mantener la vida, y con ello es referirse al núcleo de las profesiones de salud en general (Collière, 2009). Desde la antropología, es hablar de los orígenes del Bien, el Mal, las divisiones sociales, de trabajo, de género y sus desarrollos históricos (Collière, 2009). Desde la filosofía es referirse a la espiritualidad, la subjetividad en occidente (Foucault, 2011) y el eje estructural del ser (Heidegger, 1997). Y desde lo cotidiano, nombrar el cuidado es apelar a expresiones como ‘cuidar de...’, ‘cuidate’, ‘ser cuidado’, de las cuales pocas veces nos interrogamos por su sentido y más bien pareciéramos entender sin necesidad de reflexión. Como señala M.F. Collière: “Cuando le pido a alguien ‘que cuide de mis plantas’ cuando me voy de vacaciones, a nadie le vendrá a la mente pensar que cuidar quiere decir dar medicamentos” (2009, p. 6).

En el caso particular de la psicoterapia, se señala que el cuidado cobra relevancia como una forma de prevenir el desgaste laboral asociado a las profesiones de ayuda (Cerdeira, 2012; Concha, 2013; Guerra, Mujica, Nahmias y Rojas, 2011). La psicoterapia, al igual que otras profesiones de salud, conlleva un riesgo para el profesional que la ejerce. El hecho de estar involucrado en una relación de ayuda con un otro que sufre es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la salud mental como *burnout*, desgaste por empatía, estrés traumático secundario o traumatización vicaria (Guerra y cols., 2011), trastornos del espectro ansioso y/o depresivo, mayor consumo de alcohol, aumento del absentismo laboral por licencias médicas (Guerra, Fuenzalida y Hernández, 2009) y mayor riesgo de suicidio que otros profesionales de ayuda (García, 2007). Así, el cuidado del terapeuta cobra fundamental relevancia en el quehacer clínico y la prevención de salud mental.

Sin embargo, el cuidado como variable sería un fenómeno ambiguo, difícil de operacionalizar (Guerra y cols., 2009) y diverso teóricamente. Esto supone el riesgo de que no se tenga la claridad suficiente sobre qué se está interviniendo y cómo debe hacerse. Si bien, desde la psicoterapia se han realizado intentos de operacionalización del concepto, como lo realiza Guerra y cols. (2011), estos no integran la totalidad del fenómeno y lo que se ha dicho sobre el mismo. Dicho de otra manera, hablar de cuidado puede llegar a ser tan diverso que es posible encontrar definiciones del fenómeno que apuntan a la expansión de

consciencia en dirección al universo (Newman, 2008), el cambio de patrones de conductas (Johnson, 1968) o la forma en que el *Dasein* se abre al mundo, los entes intramundanos, los otros, sí mismo y el Ser (Heidegger, 1997). Por otro lado, la intervención sobre el cuidado no es inocua, y son varios los autores que nos advierten sobre el riesgo que conlleva cuidar, llegando a señalar que incluso hay formas de cuidado que pueden ser dañinas. La autora francesa M.F. Collière (2009) señala cómo un cuidado que pone el énfasis en la técnica puede terminar transformándose en meros tratamientos médicos, olvidándose así del ser humano como un todo y enfocándose en sus partes aisladas. También está el riesgo de que aquellos cuidados que se esgrimen como hegemónicos puedan pasar a llevar formas de cuidado comunitarias y locales (Haro, 2000). Además, Heidegger (1997) nos advierte de esto al señalar que una de las formas del cuidado de otros puede implicar la desresponsabilización del que es cuidado llevándolo a la dependencia y la dominación.

Por otro lado, el cuidado se vuelve relevante para la psicoterapia no por su presencia sino por su ausencia dentro de la psicología clínica a pesar de, como se señaló previamente, ser un eje fundamental de la experiencia humana. No es posible hablar de una psicología del cuidado, salvo como una forma de referirse a las variables psicosociales implicadas en algunas líneas de la enfermería (Lluch, 2004). Si bien es posible encontrar autores que han intentado nutrir la práctica clínica a partir del cuidado, éstos sólo remiten a una revisión acotada del fenómeno (p.e. Cañal, 2011; Jiménez, 2013). Quizás el uso más profundo que se ha hecho del concepto en la psicoterapia es la inclusión de la *Sorge* [cuidado] de M. Heidegger en la psicoterapia existencialista europea dentro de la cual destacan autores como M. Boss y L. Binswanger (May, 1967).

Así, la psicoterapia se encuentra frente a dos problemas respecto del cuidado. En primer lugar, no posee una delimitación clara del fenómeno que asegure su intervención sin los riesgos antes nombrados. Y, en segundo lugar, está en deuda con el tema a pesar de la importancia que se le atribuye como fenómeno humano.

A partir de lo anterior, se considera necesario el estudio y delimitación del cuidado con miras a la psicoterapia, y en términos de cuidado del terapeuta.

Sin embargo, ante la ausencia de una teoría del cuidado desde la psicología, se torna necesario mirar los aportes desde otras disciplinas, los cuales a pesar de no corresponder a

una teoría general del fenómeno abordan profundamente las aristas del mismo. Fundamentalmente los aportes provienen desde la enfermería y la filosofía, aunque incluso dentro de estas disciplinas el cuidado es bastante diverso. Arbitrariamente, es posible clasificar las teorías del cuidado en base a tres ejes. El primer eje corresponde a las teorías que ponen el énfasis en la salud y dentro de las cuales es posible incluir seis escuelas de enfermería: la Escuela de las Necesidades, Escuela de la Interacción, Escuela de los Efectos Deseables, Escuela de la Promoción de Salud, Escuela del ser Humano Unitario y Escuela del *Caring*. El segundo eje se establece temáticamente en base al Bien y el Mal, con expositores como M.F. Collière y J. Attali. Por último, el tercer eje corresponde a las teorías que ponen el énfasis en el Ser, cuyos exponentes fundamentales son los filósofos M. Foucault y M. Heidegger.

Una exposición y análisis de los autores antes nombrados es lo que se propone en la presente investigación como el método a partir del cual poder dilucidar qué es el cuidado humano con miras a la psicoterapia. Y es necesario aclarar que a tal empresa le subyace la hipótesis de que existiría un núcleo del cuidado que es transversal a todas las teorías. En cuyo caso será a partir de tal núcleo que se pensará la psicoterapia desde el cuidado. En caso contrario, si las teorías apuntaran a fenómenos diferentes bajo el rótulo de cuidado, se realizará el análisis de la psicoterapia en base a la teoría más afín a ésta.

Así, el siguiente ensayo se estructura en tres grandes apartados que corresponden a: i) problematización y exposición de las diferentes teorías del cuidado (cap. 2, 3, 4 y 5); ii) análisis de las teorías y la búsqueda de sus núcleos transversales (cap. 6), y iii) aplicación de los núcleos teóricos del cuidado a la psicoterapia (cap. 7 y 8). Por último, se suma un capítulo final que concluye y discute la investigación (cap. 9).

La relevancia de la presente investigación radica en tres frentes: teórico, metodológico y humano. En primer lugar, y como se señaló previamente, no se cuenta con una visión general del cuidado humano o con una integración de las diferentes teorías del mismo y, por otro lado, la psicoterapia ha estado al margen del fenómeno y las teorías del cuidado han estado al margen de la psicoterapia. En otras palabras, a pesar de la amplia gama de teorías del cuidado, éstas no han logrado integrarse o apuntar a un cuidado

general, lo que implica la necesidad de llenar el vacío teórico respecto del cuidado y psicoterapia.

En términos metodológicos, tomando en cuenta la ambigüedad del concepto, dar una respuesta a la pregunta por el cuidado permitiría delimitar el fenómeno facilitando su operacionalización y con ello la investigación de la variable o de sus aristas. Por último, respecto del aporte humano de la investigación, es posible señalar que una visión del cuidado que trascienda las teorías individuales es imprescindible frente al uso indiscriminado del concepto en base al cual se desarrollan intervenciones, se desarrollan políticas públicas y se intenta proteger la salud de las personas sin tomar en consideración los riesgos que implican las malas prácticas de cuidado, tales como las posibles relaciones de dominación y la deshumanización. Y en el caso particular de psicoterapeutas y otras profesiones de ayuda, la investigación sobre el cuidado cobra particular relevancia a la luz de los riesgos de salud que presenta el ayudar a otros. J. García (2007) señalaba respecto del suicidio del psicólogo y terapeuta M. Mahoney:

A pesar de nuestra preparación, los expertos en ayudar a otros seres humanos a potenciar o cambiar sus significados, tenemos los mismos problemas que las personas a quienes tratamos de ayudar; o más, dado que a pesar de nuestra formación, no somos capaces de vislumbrar nuestro propio riesgo de suicidio. Y esto no podía dejar de verlo con una aureola de fracaso. (¶4)

Por ende, todo intento de investigación respecto del cuidado en psicoterapia, y en particular en la persona del terapeuta, no es sólo necesario sino urgente.

Capítulo 2. El Problema del Cuidado

El cuidado es un tema que ha ido ganando progresiva relevancia en los estudios de la salud. Según el motor de búsqueda *PubMed*, perteneciente a la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (2015), sólo en el año 2014 se publicaron más de 20.000 artículos en inglés en cuyo título se incluía la palabra *care* [cuidado]. Estas cifras prácticamente doblan y triplican las publicaciones de las mismas características de hace 10 y 20 años atrás, respectivamente (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, 2015). Por su parte, la *Scientific Electronic Library Online*, más conocida por su sigla *Scielo* –perteneciente a la Fundación para el Apoyo a la Investigación del Estado de Sao Paulo (2015)–, revela que para el año 2014 se publicaron 225 artículos cuyo título incluía la palabra cuidado en español o portugués, cuadruplicando las publicaciones de 1994 en la misma base de datos. Si bien esto podría explicarse por el aumento de revistas científicas electrónicas y que no necesariamente se encuentran digitalizados los artículos de principios de los '90, este crecimiento constante de publicaciones sobre el cuidado no es sólo entre décadas sino que también puede observarse su crecimiento año a año (véase Figura I)

A lo anterior, se suma la importancia que se atribuye teóricamente al cuidado como un factor fundamental en la salud (Collière, 2009), en los desarrollos de la subjetividad occidental (Foucault, 2011), en la ontología (Heidegger, 1997) y en la economía (Ezquerria, 2012; Pérez, 2006). Sin embargo, no se cuenta actualmente con una teoría que dé cuenta del fenómeno en toda su magnitud, es decir, con algo parecido a una exégesis del cuidado. A esto se agrega una falta de delimitación del concepto que promueve un uso ambiguo del mismo y la confusión entre sus sinónimos, sus derivaciones léxicas y sus traducciones al español.

La ausencia de una exégesis del cuidado no implica la ausencia de teorización respecto del mismo. De hecho son varios los autores que han intentado dar cuenta de las aristas del fenómeno, dentro de los que destacan en número las pensadoras de enfermería por ser esta profesión la – autodenominada – ciencia y arte de los cuidados (Echeverría, 2003; León, 2006). Dentro de las teóricas de enfermería es posible hablar de V. Henderson, D. Orem, H. Peplau, J. Paterson y L. Zderad, I. Orlando, J. Travelbee, E. Wiedenbach, I. King, D. Johnson, M. Levine, C. Roy, B. Neuman, M. Allen, M. Rogers, M. Newman, R.

Parse, M. Leininger y Jean Watson (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette y Major, 2002). A ellas se suma la enfermera francesa M.F. Collière (2009) quien desarrolla una visión del cuidado a partir de la antropología y mediante un método etnohistórico. Por otro lado, los filósofos M. Foucault (2011) y M. Heidegger (1997), también abordan el fenómeno desde la reconstrucción histórica de la experiencia moral y desde la ontología fundamental, respectivamente. Sin embargo, salvo ciertas integraciones que se realizan entre enfermeras y la toma de algunos presupuestos de M. Heidegger (p.e., Fernández, Barbosa y Prado, 2007) o M. Foucault (p.e., Amezcua, 2009) de parte de las mismas, no es posible hablar de una teoría general del cuidado, ya sea porque las teorías difieren en su concepción de ser humano, en su ontología o en la época a la que remiten – diferencias que serán expuestas en detalle en los capítulos sucesivos.

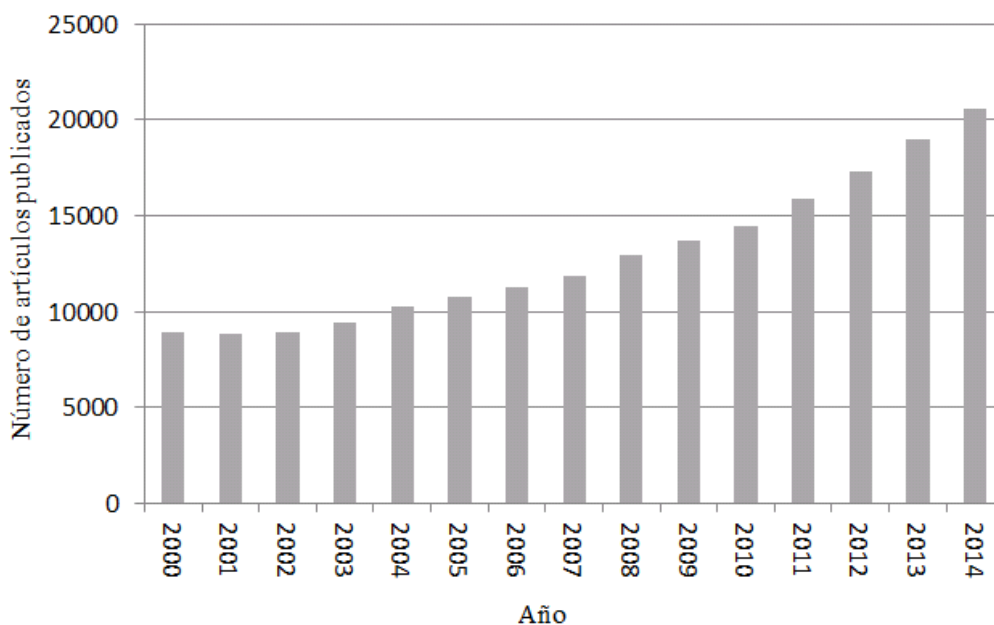


Figura I. Frecuencia de artículos publicados durante los años 2000 a 2014 en cuyo título presentan la palabra “*care*” [cuidado].

Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (2015). *Pubmed* [en línea]: sistema de búsqueda automatizado de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos y el Centro Nacional de Información Biotecnológica de Estados Unidos. [Fecha de consulta: 12 de junio de 2015]. Disponible desde: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Care%5BTtitle%5D>

Un segundo problema referente al cuidado es el concepto en sí mismo, respecto del cual se ha señalado que éste sería ambiguo y difícil de operacionalizar (Guerra y cols., 2009). Junto con ello, sería común la confusión de sus usos, sus sinónimos, sus derivaciones y traducciones. Ejemplo de lo anterior es la confusión entre autocuidado y cuidado de sí (Bub y cols., 2006), entre autocuidado, autoayuda y autoatención (Haro, 2000), entre el cuidado como prevención o promoción de salud (Uribe, 1999), entre cuidado y tratamiento o cuidado versus cura (Collière, 2009). Encontramos también diferencias en las traducciones desde idiomas extranjeros al español, dentro de los que se pueden nombrar la traducción del concepto alemán ‘*Sorge*’ de Heidegger (1967), como ‘cura’ por J. Gaos (Heidegger, 2012) o como ‘cuidado’ por J. Rivera (Heidegger, 1997), y las posibles traducciones de ‘*souci de soi*’, concepto desarrollado por Foucault (2014), como ‘cuidado de sí’ en la traducción de Varela y Álvarez-Uría (Foucault, 2006), ‘inquietud de sí’ en la traducción de T. Segovia (Foucault, 2003) o ‘preocupación de sí’, entre otras. Quizás los conceptos ‘*cure*’ y ‘*care*’ usados comúnmente por la enfermería son los que generen menos diferencias de traducción, quedando el primero como ‘cura’ y el segundo como ‘cuidado’, pero como se dijo anteriormente cura y cuidado se confunden usualmente en su uso en español.

En suma, es posible encontrar múltiples investigaciones sobre el ‘cuidado de...’ que refieren a todo tipo de objetos o sujetos de investigación. En este sentido es posible encontrar textos referidos al cuidado de: el planeta (Ward y Dubos, 1972), de hortalizas (Hessayon y Domínguez, 1999), del ganado (López, 1981), del pie diabético (Pérez y cols., 2013), del paciente cardiópata (Barrera-Ramírez, Pineda y Gúzman, 2004), del paciente adulto mayor (Ribeiro y Almeida, 2009), de los niños (Esquivel, Faur y Jelin, 2012), de los profesionales de salud (Arenas-Monreal, Hernández-Tezoquipa, Valdez-Santiago y Bonilla-Fernández, 2004), sólo por dar algunos ejemplos. Sin embargo, es necesario preguntarse frente a objetos y teorías tan diversas: ¿Cuál teoría es la correcta? ¿Es, en algún sentido, lo mismo el cuidado del planeta que el cuidado del ser? ¿Hay nexos entre la *Sorge*, *Fürsorge*, *besorgen* heideggerianos, el *souci de soi* foucaultiano, el *care* o el *soin* de la enfermería, todos los cuales pueden ser traducidos al español como cuidado? ¿Es un sólo fenómeno común o son varios que hay que diferenciar? Por otra parte, y desde la

psicoterapia, surgen dudas acerca de si a ésta le compete la pregunta por el cuidado y qué noción de cuidado sería la adecuada para la intervención sobre la salud del psicoterapeuta.

La ausencia de una teoría que dé cuenta del cuidado en su totalidad quizás se deba a que todos los autores antes nombrados han abordado el tema como un hallazgo colateral a su inquietud investigativa fundamental. Por ejemplo, en el caso de M. Foucault la pregunta por el cuidado y el abordaje del tema proviene de la pregunta mayor acerca de cómo la sexualidad se transformó en una experiencia moral en occidente (Foucault, 1984) y por las relaciones entre sujeto y verdad (Foucault, 2011). Lo mismo ocurre con M. Heidegger (1997) y M.F. Collière (2009), cuyas preguntas fundamentales refieren al ser y a la constitución histórica de la enfermería como profesión, respectivamente.

A partir de lo anterior debemos preguntarnos por el cuidado de una manera tal que pueda ser respondido desde sí y no como otro hallazgo colateral a una teoría mayor. Por ello, se responderá primero la pregunta por el cuidado humano para luego aplicar tales hallazgos a la psicoterapia.

En resumen, en cuanto a cuidado se trata no hay una integración interdisciplinar ni interteórica, y los abordajes del mismo suelen ser sólo resultados colaterales de preguntas mayores. Así, el cuidado es un constructo difuso y diverso, que en su estado actual tiende a un uso indiscriminado y confuso del mismo. En tal sentido, si bien abundan investigaciones respecto del cuidado, al no existir una definición consensuada podrían estar apuntando a fenómenos completamente diferentes bajo un mismo rótulo. Este vacío teórico y metodológico, en el caso particular de la psicoterapia, no es un lujo que nos podamos permitir al considerar que en la psicología clínica es la salud y la vida de las partes implicadas lo que está en juego.

La Pregunta por el Cuidado

Si bien el estado actual del cuidado abre varias preguntas, algunas de las cuales fueron enunciadas en el párrafo anterior, es necesario delimitar la pregunta central a la que se intentará dar respuesta en la presente investigación.

Actualmente carecemos de la respuesta acerca de qué es aquel fenómeno que denominamos como cuidado, y sin ello no es posible pensar en responder las preguntas

antes enunciadas de manera seria y que trascienda las teorías actuales. Sólo a partir de la respuesta a tal pregunta es que pueden evaluarse las teorías del cuidado como suficientes o insuficientes, y en qué sentido dan cuenta del fenómeno o erran en su intento. Una vez se haya definido el cuidado también es posible decir en qué sentido el cuidado del psicoterapeuta, del ser y del planeta apuntan a un mismo fenómeno pero con distinto objeto/sujeto de aplicación. Dicho de otra manera, sólo cuando el fenómeno que denominamos cuidado se haya mostrado en sí mismo se podrá tener un punto sobre el cual apoyarse para responder a las aristas del fenómeno.

Formulación de la pregunta

Una vez aclarado esto es necesario pasar a la formulación de la pregunta. Lo puesto en cuestión en esta investigación es el cuidado y su rol en psicoterapia, y por lo que se pregunta en este caso es por aquél fenómeno que trasciende los usos particulares del concepto, es decir, que trasciende las teorías actuales, la ambigüedad conceptual, sus traducciones y sus objetos. Si el tema en cuestión es el cuidado en psicoterapia y lo que se busca es aquello que trasciende lo dicho hasta ahora sobre el fenómeno, entonces podríamos decir que la pregunta apunta a un cuidado en su sentido más amplio, que incluya a lo anterior y que al mismo tiempo lo trascienda permitiendo su aplicación en la psicología clínica. Se busca entonces el cuidado en su sentido más general y que por lo tanto debe denominarse sólo como cuidado, sin prefijos ni palabras añadidas (autocuidado o cuidado de sí, p.e.)

Aclarado lo anterior es posible elaborar la pregunta por el cuidado, y ésta debe estar en sus términos más generales ya que lo que se busca, en primer lugar, es el cuidado en general y, en segundo lugar, su aplicación a la práctica clínica. Entonces, las preguntas a las que se intentará dar respuesta en la presente investigación son **¿qué es el cuidado? ¿qué relación se establece entre el cuidado y la psicoterapia? y ¿qué es el cuidado del psicoterapeuta?**

Método

Una vez formulada la pregunta es necesario delimitar cuál es la mejor forma de responderla, es decir, establecer qué tipo de estudio se hará y definir aquello que será interrogado para dar respuesta al fenómeno.

En primer lugar, es necesario hacer una aclaración previa sobre la diferencia entre el cuidado como fenómeno y el cuidado como constructo. Hay un conjunto de acciones que realizamos cotidianamente y que denominamos cuidado, por ejemplo, ‘cuidar a los niños’, ‘cuidar la casa’, o las expresiones ‘cuídate’, ‘ten cuidado con...’, etc. Todas estas expresiones apuntan a la simbolización de un fenómeno que es vivido y experimentado sin que sea necesario verbalizarlo. Siguiendo la filosofía de lo implícito, deberíamos decir que la experiencia de un fenómeno excede siempre a los símbolos (Gendlin, 1962), y el fenómeno tras aquello que denominamos cuidado no debería estar exento de tal premisa. Sin embargo, al intentar delimitar aquello que es el cuidado, al intentar asirlo como constructo, éste se muestra de distintas maneras. Como se dijo anteriormente, se muestra como la unidad estructural del ser (Heidegger, 1997), como la forma de acceder a la verdad (Foucault, 2011) o como aquello que permite la mantención de la vida (Collière, 2009), entre otras muchas formas. O se muestra desde distintos objetos, desde el ser, desde un niño, desde el ganado, desde el planeta. Y se abren las dudas sobre cuál posición tomar, qué teoría está más cercana al fenómeno, qué objeto es el más idóneo para narrarnos lo que es el cuidado. Ante la ausencia de una investigación que se haya preguntado directamente por el fenómeno – aunque no sea necesariamente una exégesis del mismo – no es posible, a priori, considerar cualquier aporte a la reflexión como incorrecto o como correcto dejándonos a la deriva. Frente a tal situación es que debemos cuestionarnos sobre la forma de responder a la pregunta por el cuidado en general, la cual debe coincidir con generar un modelo que abarque al fenómeno de la manera más amplia y que al mismo tiempo vaya más allá de lo dicho actualmente sobre el fenómeno.

La amplia variedad de teorías y la confusión que genera el concepto podría invitarnos a volver a lo fáctico y levantar empíricamente la información necesaria para responder la pregunta, es decir, ir desde el fenómeno a la teoría. Sin embargo, esta primera

opción de partir desde lo empírico, tanto si fuera cuantitativamente como cualitativamente, no da abasto con la pregunta del cuidado general.

Por un lado, si lleváramos a cabo el estudio de manera cuantitativa nos encontraríamos con la dificultad de la operacionalización del cuidado general debido a su disgregación teórica y su ambigüedad conceptual.

Esto implica dos posibles opciones, o se hace lo mismo que todas las investigaciones sobre el cuidado han hecho, es decir, investigar el fenómeno desde sus aristas, o, como segunda opción, se descarta un estudio de corte cuantitativo. Por otro lado, si el estudio se realizara cualitativamente, nos permitiría el abordaje del cuidado sin la necesidad de definirlo *a priori*. Sin embargo, por las características del método cualitativo de investigación, los resultados que de allí se obtengan estarán necesariamente circunscritos al grupo estudiado y debido a ello no podrían dar cuenta del cuidado en general.

Ante la dificultad de realizar un estudio empírico se abre la posibilidad de realizar un estudio histórico, por ejemplo. Este tipo de estudio es el adoptado por M. Foucault (2006, 2011) y M.F. Collière (2001, 2009) para dar cuenta de la evolución del cuidado. Sin embargo, un estudio histórico tampoco da abasto con la pregunta por el cuidado en general. Esto se debe a que necesariamente un estudio de este tipo debe circunscribirse a un tiempo y un espacio específico, y por ende sería una tesis tan acotada que no daría cuenta del cuidado en general o sería una tesis tan amplia que por lo mismo se volvería inviable.

Estas limitantes que se nombran tanto para una investigación empírica como para una histórica no son propias del estudio del cuidado general, sino que probablemente atañen a cualquier investigación. De hecho, perfectamente se podría realizar un estudio empírico o histórico acotado pero denso y enriquecedor para la reflexión del fenómeno. Sin embargo, para poder pasar de los datos acotados a una descripción del cuidado en general se necesitará siempre de un proceso de teorización. Dicho de otra manera, independiente del enfoque que se tome se deberá hacer uso de un método teórico para poder dar cuenta del cuidado en general. Debido a esto, se considera que una investigación teórica corresponde a la mejor opción con la que se cuenta actualmente para responder a la pregunta.

Una vez definido el tipo de estudio, es necesario delimitar aquello que se interrogará en pos de responder a la pregunta. Con ello se abren dos opciones, a saber, la reflexión pura

y sin echar mano a lo que previamente se ha dicho sobre el fenómeno o tomar en cuenta las investigaciones ya realizadas.

Considerando que la única certeza que tenemos sobre el cuidado es que carecemos de puntos fijos sobre los cuales apoyarnos para su investigación, el basarse en las investigaciones previas puede ser riesgoso y conducir la investigación a su fracaso. Pero, por otro lado, prescindir de lo dicho sobre el cuidado es una opción aún más riesgosa por el hecho de navegar a la deriva ante un fenómeno tan extenso. Ante tal situación, pareciera ser necesario complementar ambas opciones y corregir el riesgo de usar las investigaciones previas mediante la reflexión, y al mismo tiempo corregir la reflexión mediante los aportes teóricos.

Dentro de las investigaciones sobre el cuidado es posible encontrar estudios teóricos y empíricos. Sin embargo, frente a éstos últimos nos encontramos con la dificultad de no haber definido aún qué objetos/sujetos pueden ser partícipes del cuidado. Además, la gran cantidad de artículos publicados sobre el cuidado vuelve inviable basarse en estudios empíricos para poder encontrar los núcleos que trasciendan lo dicho sobre el cuidado, salvo que se someta ante algún otro criterio que permita delimitar la investigación.

Por otro lado, dentro de las investigaciones teóricas sobre el tema su número es bastante menor, aunque han abordado profundamente varias de las aristas del mismo. Sin embargo, siempre existe la posibilidad de estar omitiendo alguna teoría en idioma extranjero o de un autor de menor envergadura en cuanto a teorización del cuidado se trata. Para evitar lo anterior se ha decidido dar cuenta de una amplia gama de teorías con el objetivo de evitar sesgos, aunque reconociendo que hay autores que han quedado fuera de esta investigación y que las teorías revisadas no equivalen a la totalidad de lo dicho sobre el fenómeno sino a una ejemplificación de la teorización del mismo.

En base a lo anterior se revisarán un total de 21 autores que han abordado el cuidado dentro de sus trabajos. Como se señaló previamente, estos autores han sido clasificados en tres ejes temáticos. El primer eje, el cuidado con énfasis en la salud, incluye un total de 18 teorías de enfermería divididas en seis escuelas teóricas. El segundo eje, el cuidado con énfasis en el Bien y el Mal, incluye la antropología de M.F. Collière, junto a aportes menores de J. Attali y M. Foucault. Por último, el tercer eje temático corresponde al

cuidado con énfasis en el Ser, cuyos máximos exponentes son los filósofos M. Foucault y M. Heidegger. Respecto de este último eje se ha decidido no incluir la obra de J. Ortega y Gasset (1973, p.e.), el cual si bien aborda la ‘pre-ocupación’ – concepto que podría asociarse al cuidado– obligaría a ampliar el léxico de búsqueda teórica a todos los sinónimos del cuidado, lo cual supera las posibilidades de la presente investigación.

A partir de la exposición y revisión de estos 21 autores se pretende buscar aquellos puntos comunes a todas las teorías y que, por ende, las trascienden. El supuesto a la base de este plan de trabajo es que el cuidado tiene núcleos comunes, y que las distintas teorías difieren entre sí porque se alejan de tal centro. Esta suposición es arriesgada y podría llevar la investigación a su fracaso al considerar la posibilidad de que todos los autores apunten a fenómenos diferentes y el cuidado no sea más que un mero caso de homógrafos. En tal caso, y como se señaló en la introducción, se aplicará a la psicoterapia aquella teoría que más satisfaga las necesidades de ésta.

Capítulo 3. El Cuidado Desde el Eje de la Salud

El primer eje temático en base al cual se establecen las teorías del cuidado es la salud y la lucha por la recuperación o mantención de ésta. Las representantes por excelencia de este primer grupo provienen de la enfermería profesional, la cual se autodenomina como ciencia y arte del cuidado (Echeverrú, 2003; León, 2006). Sin embargo, sería más preciso denominarlas como ciencias y artes de los cuidados, es decir en plural, debido a que como se expondrá en el presente capítulo es posible hablar de seis escuelas de enfermería, cada una de las cuales desarrolla una visión particular de la profesión y de los cuidados. A esto se agrega el hecho de que dentro de cada escuela las autoras difieren en sus postulados y concepciones acerca de qué es cuidar.

Los desarrollos teóricos en enfermería surgen como una manera de dar sustento a la praxis profesional y a la investigación dentro de la misma (Alligod, 2014b), pues debe recordarse que la enfermería tuvo su desarrollo al alero de la medicina con la prohibición de pensarse y teorizar respecto de su quehacer (Collière, 2009). Es durante la segunda mitad del siglo pasado que viene el auge de los modelos, teorías y filosofías de enfermería (Alligod, 2014b), favorecido por las críticas al modelo biomédico de parte de grupos feministas y agrupaciones que luchaban por recuperar la autonomía perdida frente a los altos costos de salud, la medicalización de la vida cotidiana y la deshumanización de la medicina (Arenas-Monreal y cols., 2011).

Las teorías de la enfermería son clasificadas por Kérrouac y cols. (2002) en seis escuelas: Escuela de las Necesidades, Escuela de la Interacción, Escuela de los Efectos Deseables, Escuela de la Promoción de Salud, Escuela del Ser Humano Unitario y Escuela del *Caring*. Como se señaló previamente, cada una de las autoras pertenecientes a cada escuela desarrollará su propia visión de cuidado, exponiéndose aquí un total de 18 visiones del mismo, cada una con sus preguntas guías, visión del cliente, de la enfermera, de la relación entre ambos y del quehacer profesional. A continuación se expondrán brevemente cada una de estas teorías.

Escuela de las Necesidades

La escuela de las necesidades se caracteriza por considerar que el eje del cuidado radica en la satisfacción de las necesidades de la persona, su independencia y su capacidad de autocuidarse (Carbelo, Romero, Casas, Ruiz y de la Parra, 1997). La pregunta guía de esta escuela es el qué hacen las enfermeras, bajo la necesidad de delimitar el ejercicio profesional de la enfermería. Dentro de ella se incluye a Virginia Henderson y Dorothea Orem, la primera es conocida por su teoría basada en las necesidades básicas de los seres humanos y la segunda por su teoría basada en el autocuidado (Kérrouac y cols., 2002).

Virginia Henderson: Teoría de las Necesidades Fundamentales¹. La teoría de V. Henderson pone el eje en 14 necesidades básicas del ser humano. Para ella, el cuidado de enfermería correspondería a la realización, suplencia o ayuda para que las personas puedan realizar dichas necesidades de manera autónoma. Los cuidados básicos en su teoría pueden ser entendidos de la siguiente manera:

Son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma (Bellido, Ríos y Fernández, 2010, p.22)

El cuidado, señala la autora, debe realizarse desde y para la persona, poniendo el énfasis en el individuo para desarrollar el plan de cuidados de enfermería (Henderson, 1980). La persona es considerada como un ser integral compuesto por factores biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales (Bellido y cols., 2010). Se la considera un ser idealmente independiente, pero que puede dejar de serlo bajo ciertas condiciones, como la enfermedad, por ejemplo.

¹ En tanto la teoría de la autora no tiene un título específico se ha decidido ocupar este nombre para hacer referencia a su teoría.

Dorothea Orem: Teoría General de Autocuidado. La autora estadounidense desarrolla su Teoría General de Enfermería como una forma de delimitar y sistematizar la profesión (Bub y cols., 2006). Su teoría queda conformada por tres subteorías conocidas como Teoría General de Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de Sistemas de Enfermería. En ella la autora concibe el autocuidado como el conjunto de acciones que el individuo realiza de forma independiente en pos de mantener su constante funcionamiento y regulación con el medio ambiente. Sin embargo, señala, bajo ciertas condiciones el individuo requiere que otros asistan su cuidado, en cuyo caso se habla de un cuidado dependiente (Vega y González, 2007). Este sería el caso de infantes en condición normal, adultos mayores incapaces de cuidarse completamente por sí mismos, o el caso de cualquier individuo que necesite ser asistido en su proceso de enfermedad o bienestar de su salud. Cuando esto ocurre la enfermera actúa como asistente del cuidado del individuo dependiente en los diferentes grados que requiera, con la intención de que el individuo desarrolle su autosuficiencia (Félix, Nóbrega, Fontes y Soares, 2009). Dicho en otras palabras, el autocuidado es considerado por la autora de la siguiente manera:

El autocuidado es un comportamiento humano autodirigido y autopermisido. Es una conducta o acto deliberado o comportamiento dirigido desde el yo. Es un comportamiento aprendido por niños y adultos en sus contactos e interacciones como miembros de un grupo social –la familia, la escuela, grupos recreacionales, entre otros (Orem, 2003[1987], p. 212).

La visión de Orem del ser humano es similar a la de V. Henderson, es decir, aquí el individuo es visto como un ser dependiente de su entorno para la mantención de su vida y como una totalidad en la que interactúan factores biológicos y psicosociales (Carbelo, Romero, Casas, Ruiz y Rodríguez, 1997).

Escuela de la Interacción

La escuela de la interacción en enfermería se caracteriza por poner el énfasis en la relación e interacción entre enfermera y paciente como eje de los cuidados (Carbelo y cols., 1997). La pregunta que caracteriza a esta escuela ya no es el qué de las enfermeras, sino el cómo hacen las enfermeras lo que hacen (León, 2007). Este cambio en el eje de la teoría del

qué al cómo, trae también consigo un cambio de paradigma, a saber, el hecho de que la persona de la enfermera pasa a ser un factor fundamental en el cuidado, reconociendo la posibilidad de verse afectada por la praxis profesional (León, 2007). La escuela de la interacción concibe el cuidado no como un acto mecánico sino como un acto humano, en el cual la relación con el paciente es el centro, y a partir de ahí la enfermedad es vista como un proceso inevitable pero que puede convertirse en una experiencia de crecimiento si se aprende a darle un sentido (Meleis, 2012).

Dentro de esta escuela se incluyen en orden cronológico a H. Peplau, J. Paterson y L. Zderad, I. Orlando, J. Travelbee, E. Wiedenbach, e I. King (Meleis, 2012), las cuales serán descritas a continuación.

Hildegard Peplau: Teoría de las Relaciones Interpersonales. Hildegard Peplau fue una de las primeras teoristas en enfermería y comenzó a desarrollar su Teoría de las Relaciones Interpersonales alrededor de 1950 (Meleis, 2012). La autora define a la enfermería como “un proceso significativo, terapéutico e interpersonal” (Peplau, 1957, p. 16) y agrega que “la enfermera participa en la organización de las condiciones que facilitan las tendencias naturales en marcha de los organismos humanos” (Peplau, 1957, p.16). Desde esta perspectiva el eje del cuidado radica en la relación entre enfermera y cliente, es decir, el cuidado es colaborativo y basado en el respeto entre ambas partes (Peplau, 1957). Es interesante observar que H. Peplau indica que es un requisito que la enfermera cambie, o se desarrolle, profesional y personalmente para poder cuidar (Peplau, 1992 en Fawcett, 2006). Si bien la autora no define explícitamente lo que es el cuidado, es posible inferir mediante sus planteamientos que este pasaría por la ayuda y colaboración hacia otra persona en el mejoramiento de su salud junto a la educación de éste en ciertos conocimientos que podrían fomentar tal objetivo. En términos específicos Kérouac y cols. (2002) definen el cuidado desde Peplau como: “Campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados relacionados con sus salud y reforzar sus capacidades de autocuidado” (p. 49).

J. Paterson y L. Zderad: Teoría de Enfermería Humanista. Alrededor de 1960 Josephine Paterson y Loretta Zderad desarrollan su teoría de Enfermería Humanista guiadas por las interrogantes acerca del sentido de la enfermería, la interacción paciente-enfermera y por el método para desarrollar conocimiento desde la enfermería (Meleis, 2012). A partir de tales preguntas la autoras desarrollan una metateoría de la enfermería en la cual ésta es vista como “la habilidad de lidiar con otra persona a través de las experiencias cumbres relacionadas con la salud y el sufrimiento en las cuales los participantes de la situación de la enfermería son y se transforman de acuerdo a su potencial humano” (Paterson y Zderad, 1988, p. 7). A la base de esta teoría se encuentra la filosofía existencialista y el método fenomenológico, desencadenando en una visión del ser humano libre y responsable, en desarrollo de sus potencialidades, de experiencia encarnada, único y situado en el aquí y el ahora, y la relación de la enfermera con el paciente es un encuentro en el sentido de M. Buber (Paterson y Zderad, 1988). El cuidado desde esta teoría no pasaría por el alivio del malestar sino por ayudar al paciente comprender aquello que le está ocurriendo y obtener un sentido y un crecimiento a partir de su sufrimiento (Meleis, 2012).

Ida Orlando: Teoría de Proceso de Enfermería. Ida Orlando fue una de las primeras enfermeras en cuestionarse el rol del paciente en el proceso de enfermería, y desarrolló su teoría en la segunda mitad del siglo XX (Meleis, 2012). Las preguntas que guiaron su desarrollo teórico fueron el qué impulsó el actuar de la enfermería y cuáles son las propiedades de la relación dinámica entre enfermera y paciente que permiten conocer las necesidades de éstos últimos y atenderlas eficazmente (Meleis, 2012). Desde su postura es necesario diferenciar entre la enfermería lega y la enfermería profesional, ya que la primera es el cuidado cotidiano que todos realizamos por nosotros mismos o por otros (Orlando, 1987). Sin embargo, en ocasiones una persona no logra detectar su necesidades o satisfacerlas y es ahí cuando entra en juego la enfermera profesional (Orlando, 1987). En este sentido, la teoría de Orlando se asimila a la Escuela de las Necesidades, sin embargo, el factor interaccional de su teoría es lo que la diferencia de tal escuela. Para la autora, la relación entre enfermera y paciente se caracteriza por ser dependiente de ambas partes y por afectarse mutuamente (Orlando, 1961 en Fawcett, 2006). El cuidado de enfermería puede

ser comprendido desde esta autora como ayudar a identificar la causa y necesidad a la base del malestar del paciente, y ayudarlo a conocer su necesidad de ayuda (Orlando, 1987).

Joyce Travelbee: Modelo de Relación Persona a Persona. A mediados de 1960, Joyce Travelbee comienza a desarrollar su Modelo de Relación Persona a Persona en enfermería, el cual también se incluye dentro de la Escuela de la Interacción (Pokorny, 2014). Las interrogantes que inspiraron a esta autora son, por un lado, cómo se establece la relación paciente-enfermera y con qué propósito, y, por otro lado, qué permite que ciertos individuos puedan lidiar con el estrés por tiempos prolongados (Meleis, 2012). Como respuesta a sus preguntas considera a la enfermería como “un proceso interpersonal entre dos seres humanos, uno que necesita ayuda debido a una enfermedad y otro que es capaz de brindar esa ayuda” (Meleis, 2012, p. 258).

Los conceptos fundamentales de esta autora incluyen al ser humano visto como un proceso único e irrepetible, el sufrimiento entendido como un sentimiento de malestar que se expresa en distintas intensidades, y la esperanza como aquel estado mental de alcanzar una meta junto a la sensación de que ésta puede ser posible (Jones y Fitzpatrick, 2012). El énfasis de la praxis propuesta por esta autora radica en el cuidado y el uso terapéutico del paciente consigo mismo (Jones y Fitzpatrick, 2012). Considerando lo anterior, es posible entender el cuidado de enfermería propuesto por Travelbee como la asistencia a una persona, paciente o familiar, para hacer frente a la enfermedad, aprender de ella, encontrarle sentido y transformarla en una experiencia de crecimiento, por otro lado, la vía para ello es la relación establecida entre ambos como una experiencia importante y recíprocamente significativa (Meleis, 2012).

Ernestine Wiedenbach: Cuidado como maternaje². Otra enfermera que pertenece a esta escuela es Ernestine Wiedenbach, autora que teorizó a mediados de los '60 bajo la pregunta por el cómo las enfermeras ayudan a los pacientes a conocer sus necesidades (Meleis, 2012). Uno de sus aportes fundamentales fue el introducir la noción de cuidado en la

² Los desarrollos teóricos de esta autora no reciben un nombre particular, por lo que se ha decidido denominarla de tal manera.

enfermería, junto a trasladar el foco de ésta desde la medicina hacia el énfasis en el paciente (Meleis, 2012). La teoría propuesta por Wiedenbach plantea que para llevar a cabo los cuidados de enfermería deben ser tomados en cuenta las creencias, pensamientos y sentimientos del paciente involucrado y desde ahí generar el plan de acción, para lo cual es fundamental la interacción entre paciente y enfermera (Meleis, 2012). Por último, es necesario destacar que Wiedenbach (1964, en Pokorny, 2014) considera que el cuidado de enfermería es similar al cuidado o crianza maternal.

Imogene King: Teoría del Logro de Metas. Por último, dentro de la Escuela de la Interacción, Meleis (2012) incluye a la enfermera Imogene King, sin embargo, existe una discusión sobre si puede ser clasificada dentro de una escuela o su aporte teórico excede este tipo de clasificación (Fawcett, 2006). Para este trabajo se la considerará dentro de la escuela en cuestión al ser sus postulados similares al de las enfermeras antes mencionadas en cuanto al énfasis en la interacción entre enfermera y paciente. Además su teoría está influenciada por dos grandes teorías de la interacción, a saber, la Teoría General de Sistemas y el interaccionismo simbólico, aunque respecto de este último la autora niega haberlo ocupado a pesar de los evidentes paralelismos con su teoría (Meleis, 2012).

Las preguntas que guían a King son variadas y cambian de enfoque según los desarrollos de la autora como investigadora. Sus interrogantes y trabajos incluyen la revisión de la enfermería, de sus metas, su enseñanza, la toma de decisiones en la profesión, la información que requieren conocer para su desempeño, sus alternativas de acción, la esencia de la enfermería y las preguntas por el acto humano (Fawcett, 2006), derivando éstas en su Teoría del Logro de Metas. En su teoría plantea un marco de referencia para el trabajo de las enfermeras en la cual propone que la enfermera y el paciente son seres humanos en interacción entre ellos mismos y con el ambiente (Fawcett, 2006). A partir de ello queda definida la meta de la enfermería como “un proceso de interacción humana entre la enfermera y el cliente donde cada uno percibe al otro en la situación y, mediante la comunicación, establecen las metas, exploran significados y se ponen de acuerdo para lograr la meta” (King, 1981 en Meleis, 2012, p. 233). Bajo su mirada, el cuidado de enfermería correspondería a ayudar al cliente a mantener su salud, lo cual en específico

implica que la persona esté apta para desarrollar sus roles sociales (Meleis, 2012). Para ello el cliente es empoderado de su cuidado y ello se hace a través de informarlo e incluirlo en la toma de decisiones acerca de su salud, considerando la posibilidad de que pueda rechazar el cuidado que se le propone desde la enfermería (Meleis, 2012).

Escuela de los Efectos Deseables

La tercera escuela de desarrollos teóricos en enfermería recibe el nombre de Escuela de los Efectos Deseables (Kérouac y cols., 2002) o Escuela de los Resultados (Meleis, 2012). El eje de este grupo consiste, como bien lo indica su nombre, en los efectos que se esperan del actuar enfermero (Benaventt, Francisco y Ferrer, 2003). Si en la escuela anterior el énfasis recaía en la persona de la enfermera, la persona del cliente y la relación entre ambos, en ésta los aspectos relevantes son la definición del consultante específico de la enfermería, su interacción con el ambiente o entorno y los resultados esperados desde la profesión de enfermería (Meleis, 2012). El cuidado de enfermería de esta escuela consiste en “restablecer un equilibrio, una estabilidad o en preservar la energía” (Carbelo y cols., 1997). Dentro de este grupo se incluyen, en orden cronológico de sus principales aportes, a D. Johnson, M. Levine, C. Roy y B. Neuman (Kérouac y cols., 2002).

Dorothy Johnson: Modelo de Sistemas Conductuales. Dorothy Johnson desarrolló su Modelo de Sistemas Conductuales con el objetivo de clarificar la misión social de la enfermería (Holaday, 2014) y bajo la pregunta por los conocimientos teóricos necesarios para desarrollar la profesión (Meleis, 2012). En palabras de la autora:

¿Qué propósito tiene el conocimiento? ¿qué fin? Si la enfermería es una profesión, entonces como en otras profesiones de salud, hay una meta explícita, una meta ideal en el cuidado del paciente que sólo las enfermeras son responsables de ayudar a que lo consigan (Johnson, 1990, p.23).

Bajo la mirada de Johnson el consultante es un sistema conductual, que se comporta de manera integrada, sistemática, en patrones, predecible y orientado a metas que interacciona con su ambiente en pos de su regulación (Meleis, 2012). El ser humano se

dividiría en siete subsistemas: subsistema afilitativo, de ingesta, depurativo, agresivo, sexual, de dependencia y de logro (Johnson, 1968). La labor de la enfermería correspondería entonces a ser un factor regulador externo que ayude a mantener y equilibrar el sistema de comportamiento del paciente (Johnson, 1968). De esta manera, el cuidado enfermero queda delimitado como la regulación y control de los subsistemas del cliente a través de proveer protección, nutrición, estimulación, restricción, inhibición o facilitación de las conductas (Meleis, 2012).

Myra E. Levine: Modelo de la Conservación. Otra de las autoras que se incluye en la Escuela de los Efectos Deseables es Myra E. Levine debido a su énfasis en el efecto de la enfermería sobre el paciente, es decir, la adaptación del sujeto a través de la conservación de la energía. Las preguntas que guiaron a esta autora en el desarrollo de su teoría fueron el porqué del cuidado enfermero, junto a qué metas y bajo qué formas (Meleis, 2012); a lo que se suma la motivación de encontrar una manera de enseñar la enfermería de una forma más adecuada (Moore, 2010). Bajo tales cuestionamientos es que Levine desarrolla su Modelo de la Conservación. En éste, la autora plantea que el ser humano es un ser adaptativo en constante interacción e integración con el ambiente (Meleis, 2012). La enfermería bajo su modelo tiene como objetivo ayudar al paciente a conservar su energía, mantener su integridad y su habilidad para funcionar de manera normal en la sociedad (Moore, 2014). Así, el cuidado de enfermería puede ser entendido bajo este modelo como las intervenciones que cambian el patrón de adaptación del paciente hacia un renovado bienestar social (Meleis, 2012). O, en palabras de Kérouac y cols. (2002), como la “interacci3n humana basada en principios científicos dirigidos a conservar la energía e integridad mediante cambios en el entorno y mediante los cuidados individualizados, según las necesidades de las personas, orientados a sostener su adaptaci3n” (p. 54).

Callista Roy: Modelo de Adaptaci3n. Callista Roy desarroll3 su Modelo de Adaptaci3n durante el periodo de 1970 hasta pasado el año 2000 (Meleis, 2012). Las preguntas que guiaron su trabajo fueron acerca de los objetivo, metas y cuándo se torna necesaria la enfermería (Meleis, 2012). Al igual que el resto de las autoras incluidas en esta escuela,

Roy pone el énfasis en la interacción entre la persona y su ambiente. La persona es “un ser biopsicosocial en interacción constante con un entorno cambiante” (Kérouac y cols., 2002, p. 34), y, en tanto sistema, tiene procesos internos que le permiten adaptarse y mantener su propia integridad o la del grupo (Roy y Zhan, 2010). Cuando la adaptación de la persona no tiene efectos positivos en ella o es inefectiva, entonces es que surge la necesidad de la enfermería (Meleis, 2012). De esta manera, el cuidado de enfermería puede ser entendido desde Roy como promover la adaptación de la persona en cuatro modos diferentes (Kérouac y cols., 2002). Los modos de adaptación propuestos por la autora serían el modo fisiológico, la autoimagen, los roles sociales en sus distintos grados y el modo de interdependencia, el cual alude a dar y recibir ayuda, amor y respeto (Fawcett, 2006)

Betty Neuman: Modelo de Sistemas. La última autora incluida en esta escuela es Betty Neuman, quien desarrolla su Modelo de Sistemas durante 1970 (Meleis, 2012). Su teoría está cruzada por la pregunta acerca de cómo organizar los vastos conocimientos en enfermería y por cómo los clientes reaccionan frente al estrés (Meleis, 2012). La persona es vista como un sistema en interacción con su ambiente, como es característico de esta escuela. La mantención de la integridad y estabilidad del sistema, plantea Neuman, se mantendría a partir de los círculos de protección contra factores estresores, los cuales incluyen factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, del desarrollo y espirituales (Lawson, 2014). Bajo este modelo, el estrés correspondería a la tensión que se produce en el sistema del cliente tanto por fuerzas externas como internas (Fawcett, 2006). El estresor tiene el potencial para desestabilizar al sistema generando efectos positivos o negativos en el mismo (Lawson, 2014). El objetivo de la enfermería para Neuman sería mantener el sistema del cliente estable, correspondiendo el cuidado a la prevención de los efectos de los factores potencialmente estresores para el cliente (Meleis, 2012). Además, la autora divide la prevención en tres niveles de actuación: i) prevención primaria: reducir la posibilidad de ser afectado por un estresor y fortalecer las defensas del cliente; ii) prevención secundaria: detección temprana de casos y tratamiento de los síntomas, y iii) prevención terciaria: readaptación, reeducación y mantención de la estabilidad (Deal, 2010).

Escuela de la Promoción de Salud

La Escuela de la Promoción de la Salud corresponde a la cuarta escuela de enfermería según la clasificación de Kérouac y cols. (2002). En esta escuela vuelve a reaparecer la pregunta acerca de qué hacen las enfermeras, aunque con énfasis en cómo logran su propósito, y el cuestionamiento hacia quién van dirigidos los cuidados de enfermería (Kérouac y cols., 2002). Dentro de esta escuela se incluye a una sola autora: M. Allen.

Moyra Allen: Modelo de McGill. Los aportes teóricos de Moyra Allen, se extienden desde finales de los '60 hasta casi llegar al año 2000 (Warner, 2002). Su modelo es conocido como el Modelo de McGill, por el hecho de haber sido desarrollado por Allen en la universidad del mismo nombre. Las preguntas que guiaron el desarrollo teórico de Allen son las indicadas en el párrafo anterior, a las que se agregan las preguntas por la salud familiar y las intervenciones de la enfermera en tal contexto (Allen y Warner, 2002). El modelo de Allen intenta cambiar el foco de la enfermería desde la enfermedad y lo individual hacia un modelo familiar que pone el énfasis en la salud (Allen y Warner, 2002). Para la autora, salud y enfermedad son dos entidades diferentes que coexisten. La salud es una forma procesal de ser, de vivir, de crecer y de desarrollarse que incluye respuestas de multinivel al ambiente, y que no reside exclusivamente en el individuo sino que es un fenómeno familiar o grupal (Allen, 1981). Por otro lado, la enfermedad para Allen es un fenómeno individual que, por ende, puede ser tratado individualmente, no así la salud (Allen y Warner, 2002).

Bajo este modelo la labor de la enfermería sería ayudar a las personas a moverse de un estado de dependencia a otro de independencia en cuanto a su salud, guiando a las personas a realizar patrones más saludables de vida o manejar los problemas de la enfermedad (Allen, 1967). Dicho de otro modo, los cuidados de enfermería corresponderían a "la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros mediante la activación de sus procesos de aprendizaje" (Kérouac y cols., 2002, p. 37).

Escuela del Ser Humano Unitario

La Escuela del Ser Humano Unitario se caracteriza por, como indica su nombre, concebir al ser humano como un todo y por la pregunta acerca de hacia quién se dirigen los cuidados de enfermería (Kérouac y cols., 2002). Esta escuela se nutre de los aportes de la Teoría General de Sistemas, el existencialismo y la fenomenología (Kérouac y cols., 2002). Sus exponentes son Martha E. Rogers, Margaret Newman y Rosemarie Rizzo Parse, las cuales serán ahondadas a continuación.

Martha Rogers: Ciencia de los Seres Humanos Unitarios. Martha Rogers, desarrolló los primeros atisbos de su denominada Ciencias de los Seres Humanos Unitarios a principios de 1960, pero sus escritos más relevantes ocurrieron en las dos décadas siguientes (Butcher y Malinski, 2010). Sus principales cuestionamientos guardan relación, por una parte, con el foco e identidad de la enfermería y el conocimiento que debe desarrollar, y, por otra, con el cliente de la enfermería, la relación entre persona y su ambiente (Meleis, 2012). Para contestar a estas preguntas Rogers se nutre de los aportes de diversas disciplinas, incluyendo filosofía, historia, ciencias sociales y ciencias naturales (Kérouac y cols., 2002). A partir de éstas, plantea una nueva forma de ver al ser humano para la enfermería, que considera al ser humano como un ser unitario, como un todo irreductible cuya naturaleza debe ser vista en términos de campos de energía (Rogers, 1992). Para Rogers (1981), los campos de energía constituyen la unidad fundamental de lo vivo y lo no-vivo, y es posible identificar dos campos de energía: el ser humano y su ambiente. Ambos campos son abiertos y continuos, y se integran cambiando continuamente de manera creativa e innovadora (Rogers, 1992). Así, la enfermería para Rogers correspondería al estudio del ser humano unitario y su ambiente (Rogers, 1990 en Meleis, 2012), y su labor es ayudar a las personas a alcanzar su máximo potencial de salud (Rogers, 1992). A partir de lo anterior, el cuidado de enfermería puede ser entendido desde Rogers como conocer los patrones de salud propios de la persona y, en caso de ser necesario, reformular esos patrones en conjunto con la persona en pos de promover la armonía y el bienestar (Barret, 1988 en Kérouac y cols., 2002).

Margaret Newman: Modelo de la Salud como Expansión de Consciencia. Margaret Newman es autora del Modelo de la Salud como Expansión de Consciencia, en el cual plantea una nueva forma de ver la salud, a saber, como “un proceso unitario (indivisible) de expansión de consciencia, que se mueve a través de diversas configuraciones, incluyendo la enfermedad y los trastornos” (Newman, 2008, p. xvi). A esto agrega que la salud corresponde a un patrón de evolución de la interacción entre la persona y su entorno (Falkenstern, Gueldner y Newman, 2009). La enfermedad, por su parte, debe ser considerada como una de las formas del patrón subyacente de la persona y, como patrón, existe antes de los cambios estructurales o funcionales en la persona (Newman, 1979 en Brown y Alligod, 2014). En caso de que la ‘enfermedad’ sea la única forma de manifestación de la persona, la autora señala que no puede considerársela enfermedad, y debe ser vista como la salud de ese individuo (Newman, 2008). La noción de salud y enfermedad antes planteada se sostiene en una concepción de la persona como un todo, un sistema abierto en continua interconexión con el universo y en constante evolución (Newman, 2000 en Brown y Alligod, 2014). Considerando lo anterior, la autora no sólo redefine la salud, sino también la enfermería, entendiéndola como una profesión que ayuda a las personas a avanzar hacia nuevos niveles de consciencia (Pharris, 2010). De este modo, el cuidado de enfermería puede ser conceptualizado como la “ciencia que reconoce los *patterns* y favorece la expansión de la consciencia creando una relación mutua entre la enfermera y la persona (Kérouac y cols., 2002, p. 55). O, en palabras de la autora:

una enfermera que cuida y que se centra en lo unitario, como un patrón conjunto que evoluciona, hace posible que el paciente experimente la comprensión y la paz de estar completamente presente en medio de lo que aparentan ser fuerzas disruptivas. Al estar totalmente presente uno puede relajarse en la verdad de la situación y permitir que se revele su significado. La transformación ocurre debido a que los clientes son capaces de ver su lugar en la consciencia en expansión de todo lo que existe. Esta sabiduría es uno de los crecientes grados de libertad para ser verdaderamente uno mismo (Newman, 2007, p. 204).

Rosemarie R. Parse: *HumanBecoming*. Por último, dentro de esta escuela se incluye a Rosemarie R. Parse autora de la escuela de pensamiento denominada *HumanBecoming*. Las bases teóricas y filosóficas de esta teoría vienen de autores como Dilthey, Gadamer,

Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty y la enfermera Martha Rogers (Vílchez-Barboza, Paravic-Klijn y Salazar, 2013). A partir de ellos la autora desarrolla una visión del ser humano en coexistencia con el universo y constituyendo patrones rítmicos con el mismo, abierto, libre, responsable, en busca de significado, unitario, que continuamente establece patrones de relación y que trasciende multidimensionalmente hacia sus posibilidades (Parse, 1997). A partir de ello, el *HumanBecoming*, o ‘el ser hacia su actualización’, está en constante estructuración de los significados experienciales y eligiendo libremente inmerso en la situación, configurando patrones rítmicos de relación con el *humanuniverse*, y co-trascendiendo ilimitadamente en las posibilidades emergentes (Parse, 2009). Bajo tales premisas, la enfermería es el arte viviente de la teoría del *Humanbecoming*, o en palabras de su autora: “la enfermera está en verdadera presencia con el individuo, como un individuo que está descubriendo el significado personal de la situación y tomando decisiones para llevar hacia adelante el momento actual, con sueños y esperanzas” (Parse, 1993 en Bournes y Mitchell, 2014). Dicho de otra manera, la enfermería se centra en el ser humano como un individuo que participa de su salud, la cual corresponde al proceso de actualización que el sujeto realiza (Kérouac y cols., 2002). Bajo esta escuela de pensamiento, los cuidados de enfermería dejan de estar centrados en la resolución de los problemas del paciente, y se enfocan hacia la actualización de ambas partes involucradas en la relación terapéutica, es decir, paciente y enfermera (Mitchell, 1990). Así, el cuidado puede ser entendido desde esta corriente como la “ciencia y arte centrados en el ser humano en tanto que unidad viviente en actualización y en calidad de vida mediante la participación cualitativa de la persona en sus experiencias de salud” (Kérouac y cols., 2002, p.55).

Escuela del *Caring*

La última escuela de enfermería de la clasificación hecha por Kérouac y cols. (2002) es la Escuela del *Caring*. La pregunta de esta escuela es, al igual que en la Escuela de la Interacción, cómo hacen las enfermeras lo que hacen (Kérouac y cols., 2002). Las autoras enmarcadas bajo esta escuela consideran que la enfermería debería nutrirse de nuevas dimensiones, tales como la espiritualidad y la cultura, en pos de mejorar la calidad de los cuidados enfermeros (Kérouac y cols., 2002). Dentro de esta escuela se incluye a M.

Leininger, autora de la Enfermería Transcultural, y a J. Watson, quien desarrolla su modelo de Cuidado Humano.

Madeleine Leininger: Enfermería Transcultural. Madeleine Leininger es autora de la Enfermería Transcultural, la que comienza a desarrollar a principios de los '60, pero anunciando su necesidad desde la década anterior. Fundamentalmente la autora se pronuncia frente a la ausencia de formación transcultural en enfermería y la visión unicultural y biologicista de la salud que omitía factores socio-antropológicos (Leininger, 1996). La Teoría de la Enfermería Transcultural, surge entonces como una disciplina que excede a la enfermería y que se nutre de la antropología con el objetivo de que los cuidados otorgados por las enfermeras fueran concordantes con las personas y los factores culturales que las diferencian o asemejan a otros grupos (McFarland, 2014). Este modelo se guía por tres principios fundamentales: i) las diferencias y similitudes (*commonalities*) entre las diversas culturas; ii) la importancia de la visión de mundo y factores sociales en los resultados de las intervenciones de salud, y; iii) la distinción entre cuidado profesional y el cuidado genérico, tradicional o popular (Leininger y McFarland, 2010). A partir de lo anterior plantea tres formas de intervención desde la enfermería: i) la preservación y conservación del cuidado cultural del paciente, ii) la negociación y acomodación respecto de las formas de cuidado del cliente, y iii) la reestructuración y rediseño del cuidado del cliente (Leininger y McFarland, 2010). El cuidado de enfermería puede ser entendido desde esta teoría como “la promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales” (Kérouac y cols., 2002, p. 56).

Jean Watson: Ciencia de los Cuidados, Teoría del Cuidado Humano y Cuidado Transpersonal. Jean Watson también es clasificada dentro de la Escuela del *Caring*, por sus desarrollos respecto de la Ciencia de los Cuidados, su Teoría del Cuidado Humano y su Teoría del Cuidado Transpersonal. La autora comenzó a desarrollar su teoría a finales de los '70, con la publicación de la primera edición de su libro *Nursing: The Philosophy and*

Science of Caring (Watson, 2008). Sus obra está influenciada por autores como C. Rogers, I. Yalom, S. Kierkegaard, I. Levinas, J.P. Sartre y H. Peplau (Watson, 1997).

La teoría de Watson corresponde a una lucha por resignificar y dignificar los cuidados de enfermería, los cuales estaban demasiado influenciados por el pensamiento médico (Watson, 1997). Para la autora, la visión médica implicaba que el escenario común de los cuidados correspondía a una reducción de la totalidad del ser humano, es decir, la persona es concebida como paciente, el paciente como cuerpo físico y el cuerpo es reducido a una máquina, convirtiendo a la persona en un objeto (Hills y Watson, 2011).

Desde su teoría, Watson ve al ser humano como “un estar-en-el-mundo unitario espiritual, mental, emocional y físico, que es continuo en el tiempo y el espacio” (Watson, 2011, p.59). Y la salud, desde este enfoque correspondería a la armonía entre las distintas esferas del ser y a la coherencia entre el yo percibido y el yo vivido (Watson, 1988 en Kérouac y cols., 2002). Así, el cuidado desde esta perspectiva es entendido entonces como una parte fundamental del ser, que se desarrolla en relación con otro como absolutamente otro, lo cual es la base del cuidado en general y del cuidado en enfermería (Urta, Jana y García, 2011). La particularidad del cuidado de enfermería es que es “estructurado, formalizado, y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud” (Watson 2005 en Urta y cols., 2011, p. 13). En términos específicos el cuidado de enfermería correspondería a un proceso intersubjetivo de humano a humano en el que se ayuda a otra persona a conseguir la armonía entre las distintas esferas de su ser, a través de ayudar a la persona a exteriorizar los sentimientos y pensamientos que no ha podido expresar (Watson, 1988 en Kérouac y cols., 2002).

En conclusión, el cuidado de enfermería es bastante diverso y queda ilustrado por las 18 formas diferentes de entender el fenómeno que han sido expuestas en este capítulo. En un extremo, es posible encontrar teorías con un centro más directivo como el de Johnson (1968), para la cual el cuidado radicaría en la intervención de los patrones conductuales del cliente. Mientras que en el otro extremo es posible situar la teoría de Newman (2008), quien concibe el cuidado como la expansión de consciencia en dirección al universo, o

King (Meleis, 2012), para la cual el cliente puede incluso rechazar los cuidados de enfermería.

A pesar de sus diferencias, todas las enfermeras aquí expuestas tienen como punto en común una visión del cuidado caracterizada por su objetivo, a saber, ir hacia la salud del cliente. En segundo lugar, lo expuesto podría llevarnos a pensar que es común a la enfermería una visión monopolizadora del cuidado profesional. Es decir, la autodenominación de la enfermería como 'ciencia y arte del cuidado' puede excluir la posibilidad de que a otras profesiones de salud les competa el cuidado, como por ejemplo, a la psicología.

En contraste a esta visión monopolizadora - como veremos más adelante- el cuidado deja de asociarse a una profesión particular a cambio de quedar en manos de un rol jerárquico y una estructura del fenómeno particular, como es el cuidado mirado desde el Bien y el Mal.

Capítulo 4. El Cuidado Desde el Eje del Bien y el Mal

Tal como se expuso en el capítulo anterior, la definición del cuidado en las escuelas de enfermería se caracterizaba por un énfasis en la salud y los efectos que el cuidado de enfermería tiene sobre ésta. A diferencia de las teorías expuestas previamente, en este capítulo se expondrá una visión del cuidado que radica en la estructura del mismo antes que en su objetivo. Dicho de otra manera, el cuidado con énfasis en el Bien y el Mal se caracteriza por una estructura del fenómeno compuesta por una noción de Bien sobre la que se establecen prácticas, roles y discursos acerca del mismo. Así, esta visión permite la apertura a formas de cuidado que bajo el canon de salud nos parecerían ajenas, tales como el canibalismo, la filosofía y la religión. Abrirse a formas de cuidado que salen del paradigma salud/enfermedad nos obliga a repensar el cuidado y a expandir la visión éste más allá del modelo biomédico hegemónico.

La principal exponente de esta noción de cuidado es la enfermera M.F. Collière, quien a través de un estudio etnohistórico pretendió reconstruir la historia del cuidado desde los orígenes de lo humano hasta nuestros tiempos, con el objetivo de reformular la enfermería desde su fenómeno constitutivo. A sus escritos se ha decidido agregar las nociones de J. Attali y sus estudios sobre el origen de las prácticas terapéuticas y la lucha contra el Mal. También son considerados en esta sección autores como el médico J. Haro y los filósofos M. Foucault y P. Ricoeur, aunque no por sus aportes al cuidado en particular, sino como apoyo de los dichos de Collière – los aportes de M. Foucault al cuidado serán expuestos en detalle en el capítulo siguiente dedicado al cuidado desde el Ser.

Contexto de la Autora y la Teoría

Marie-François Collière tiene una amplia formación académica que incluye: bachillerato en educación y filosofía, enfermería, trabajo social, master en filosofía y psicología, y master en enfermería (Collière y Lawler, 1998). Su trabajo además está influenciado por la filosofía de H. Bergson, M. Merleau-Ponty, P. Teilhard de Chardin, G. Bachelar; la paleontología de Bachelar y de A. Lerio-Gourhan; la enfermería de Lavina Dock y Mary Roberts; la investigación histórica de J. Michelet, M. Bloch y F. Braudel, entre otros autores de los que se ha nutrido (Collière y Lawler, 1998). Se la considera una

de las autoras más importantes de la enfermería en Francia y su trabajo es conocido además en Canadá, Japón, y países de habla hispana y portuguesa (Lawler, 1998). A pesar de ello, destaca la omisión que se ha hecho de su trabajo en las recopilaciones sobre la teoría de enfermería – por ejemplo, Alligod (2014a), Fawcett (2006), Kérouac y cols. (2002), Melies (2012), y Parker y Smith (2010) – aunque las razones de tal omisión exceden a este trabajo.

La autora desarrolló una visión de los cuidados y la enfermería que combina sociología, antropología, filosofía y feminismo, intentando rescatar y defender la diversidad y diferencias de los cuidados en los distintos grupos humanos. Su trabajo es una lucha constante a lo que ella denominaba como ‘*ready-made thinking*’ y a cualquier forma de imperialismo que anulara la diversidad (Collière y Lawler, 1998). Junto con ello ha criticado profundamente, y a través de la investigación histórica, el modelo biomédico hegemónico y el machismo imperante en él, tanto en la práctica como en la investigación en enfermería (Collière, 2009).

La Vida, el Bien y el Mal

El cuidado, señala Collière (2001), es el primer arte y la práctica más antigua de la humanidad, cuyo objetivo es la mantención de la vida del individuo y su grupo. Está presente en todos los seres vivos y corresponde a la prolongación de las prácticas de fecundidad, es decir, luego de dar a luz lo que prosigue necesariamente es el cuidado en tanto mantención de la vida (Collière, 2009). Así, el cuidado corresponde fundamentalmente a un fenómeno práctico, a un conjunto de acciones que se desarrollan a partir de las necesidades biológicas tales como la alimentación, la búsqueda de abrigo, la protección del grupo, etc. Cada una de estas prácticas, señala la autora, está necesariamente circunscrita al entorno en el que se desarrollaron las primeras tribus humanas, haciendo surgir una verdadera ciencia de la naturaleza (Collière, 2009).

Las prácticas de mantención de la vida en relación al entorno, corresponden a lo que Collière (2009) concibe como la dimensión física del cuidado. A partir de esta dimensión se desarrollarán, en primera instancia, las primeras divisiones sexuales del trabajo. Por una parte, las mujeres de las tribus serán más cercanas a las prácticas de fecundidad, recolección, y uso de hierbas y ungüentos medicinales; por otra parte, los hombres serán

más cercanos a las prácticas asociadas a la fuerza física, como la defensa del territorio y la caza (Collière, 2009). Sin embargo, es necesario aclarar, que algunos grupos desarrollarán divisiones de género invertidas a las expuestas por Collière, como lo expone la antropóloga A. Boyé (2006) al dar cuenta de sociedades matriarcales actuales –*bijagós*, *mosuo* y las mujeres de Juchitan.

Frente a la muerte, y ante la ausencia de Dios y/o ciencia, comienzan a surgir los primeros discursos sobre el Mal en relación directa con todo aquello que pone fin a la vida (Attali, 1981). A partir de este momento se agrega una nueva dimensión al cuidado, a saber, la dimensión metafísica, y con ello una serie de prácticas y saberes que exceden el plano de la materia y la relación del humano primitivo y su entorno físico (Collière, 2009). El centro de esta segunda dimensión ya no es directamente la vida, sino la mantención y promoción del Bien, o, en otros términos, la lucha contra el Mal.

Si bien Collière (2009) extrae esto último de la obra de J. Attali (1981), no se refiere a la primera forma simbólica de mantención de la vida que aborda este autor: el canibalismo. Para las veces de esta investigación, se ha considerado importante rescatar tal forma de cuidado como ejemplo radical de la diversidad de expresiones que puede tomar el fenómeno – en el capítulo siguiente también se hará alusión a la posibilidad de quitar la vida a otro como una de las formas del cuidado de otros bajo la mirada de M. Heidegger.

Para comprender la hipótesis de Attali (1981) respecto del canibalismo debemos pensar en las condiciones precarias de las primeras tribus sin Dios, ciencia o poder al cual echar mano, donde estar enfermo era equivalente a morir, y donde la muerte de uno podía significar la muerte de todo el grupo, ya sea por la importancia de su rol social o por el contagio de la enfermedad (Attali, 1981). Así, la muerte para los primeros humanos se presenta como omnipresente y aterrizadora, originando los primeros relatos del Mal y las primeras prácticas terapéuticas. El Mal y la muerte, tienen como sus actores a los fallecidos quienes intentan llevarse a los vivos con ellos a través de la enfermedad (Attali, 1981). En otras palabras, para los primeros humanos la enfermedad no es otra cosa que la acción de los muertos sobre los vivos, por ende, es necesario actuar sobre los fallecidos para poder apaciguar la enfermedad (Attali, 1981).

Aplicando la visión del Mal de P. Ricoeur (2007) a lo anteriormente dicho, podríamos decir que el Mal de los primeros humanos era un Mal sufrido y no un Mal cometido, asociándose este último al pecado y la experiencia moral, el cual como se expondrá más adelante es bastante posterior en la historia de la humanidad. El Mal sufrido posee un carácter fundamental de padecido, poniendo al ser humano en posición de víctima, disminuyendo su integridad psíquica o espiritual. Éste aparece bajo múltiples formas como “la adversidad de la naturaleza física, enfermedades y debilidades del cuerpo y del espíritu, aflicción producida por la muerte de seres queridos, perspectiva horrorosa de la mortalidad propia, sentimiento de indignidad personal, etc.” (Ricoeur, 2007, p. 25), a lo cual deberíamos agregar el Mal sufrido – padecido – por la acción de las almas de los fallecidos.

Canibalismo: La Primera Forma Simbólica de Cuidado

Frente a este Mal sufrido y ante la ausencia de formas prácticas o simbólicas de combatirlo, surge el canibalismo como la práctica originaria de toda curación (Attali, 1981). Sin embargo, el tema ha sido “ignorado, censurado, rechazado como una mancha negra en nuestra historia, [y] subsiste como un enigma insoluble para toda cultura” (Attali, 1981, p. 18, corchete agregado). Este acto – que hoy nos parece ajeno y repudiable – tiene su origen en la creencia que mediante el canibalismo es posible separar el alma del cuerpo, evitando así la acción de los fallecidos sobre los vivos (Attali, 1981).

Las prácticas rituales del canibalismo terapéutico tienen una estructura característica que puede descomponerse en cinco operaciones sucesivas: i) seleccionar los signos del mal; ii) vigilar los signos del mal; iii) denunciar el mal; iv) negociar contra el mal, y, v) separar el mal (Attali, 1981). Dicha estructura se mantendrá en la evolución de las formas terapéuticas, aunque dejará atrás las prácticas caníbales reemplazándolas por las prácticas sacrificales (Attali, 1981). En específico, lo que se restringe en el paso de un orden al siguiente – orden caníbal al orden sacrificial – es la violencia y la necesidad de matar para poder luchar contra el Mal. Así, y en primer lugar, se prohibirá matar, comer y tener sexo³

³ Attali (1981) señala como las prácticas sexuales, el comer y el matar para comer eran sinónimos para los primeros humanos.

con ciertos individuos del grupo, dando paso a la aparición de las primeras leyes o tabúes. En esta segunda etapa no sólo se combate la enfermedad a través de los rituales contra las almas, sino también con el cumplimiento de las primeras leyes (Attali, 1981). Con ello podríamos decir que aparece una segunda noción del Mal, el Mal cometido, aquel que como se señaló anteriormente está relacionado con el pecado y la experiencia moral (Ricoeur, 2007).

Al restringir la violencia, se restringe también el poder de los muertos. Ya no son todos los muertos a los que hay que temer sino a algunos particularmente poderosos que serán los embajadores del Mal y el germen de los primeros dioses. A partir de ello, la enfermedad pasa a ser concebida como una posesión de los dioses, y a los cuales ya no se combate mediante canibalismo fáctico sino a través de su ritualización y escenificación mediada por un chamán, sacerdote o curador (Attali, 1981).

La División Jerárquica del Cuidado

El chamán es el encargado de mediar entre lo terrenal y lo espiritual, el intérprete de los signos de los dioses y sus manifestaciones, el guardián de los saberes acerca del Bien y el Mal, y el encargado de transmitirlos a la tribu (Attali, 1981; Collière, 2009). Este nuevo rol agrega una nueva división a las prácticas de cuidado, la división jerárquica y/o social, ya que no son todos los miembros del grupo los que pueden luchar contra el Mal sino sólo uno en particular.

A partir de la división sexual y jerárquica de las prácticas de lucha contra la muerte y mantención de la vida, se desarrollarán todas las prácticas de cuidado que conocemos hoy por hoy. La nodriza de la tribu, o mujer mayor que ya ha dado a luz y que es capaz de leer los signos del parto, será el germen de la matrona; el guerrero que ha aprendido a cortar, suturar y componer huesos de sus compañeros en combate será el antepasado del cirujano; el chamán, capaz de seleccionar, vigilar, denunciar, negociar y extirpar los signos del mal, es el rol que dará paso posteriormente al sacerdote y mucho más tardíamente al médico, ambos mediadores e intérpretes del Bien y el Mal (Collière, 2009). Quizás, sería necesario agregar el rol del filósofo, rol no abordado por Collière, pero que tal como señalará Foucault (2011) es el precedente directo de las prácticas sacerdotales del cristianismo.

Considerando lo planteado por Attali (1981) y Collière (2009) es posible pensar la figura del filósofo griego como aquel que denuncia el Mal y lo hace retroceder mediante la *epimeleia heautou*, el cuidado de sí, en pos de alcanzar la verdad (Foucault, 2011).

Según lo expuesto hasta acá, el cuidado es desde esta perspectiva un “*acto de vida*, en el sentido que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca” (Collière, 2009, p. 211; cursivas de original). Es un acto individual y comunitario, que se genera, evoluciona y reproduce a partir de la interacción del grupo y el entorno. A partir de tal interacción se genera una división del trabajo sexual y jerárquico, es decir, hay roles de cuidado que dentro de un grupo tienden a asociarse a mujeres, otros a hombres, y otros a sujetos con mayor poder, independientemente de su sexo, que quedan representados en la imagen arquetípica del chamán, filósofo, sacerdote y médico como aquellos encargados de interpretar el mundo metafísico de los designios del Bien y el Mal. A partir del cuidado se generarán discursos sobre el Bien o la vida y sobre el Mal o la muerte, y prácticas para combatir el Mal en todas sus formas.

Cuidados de Curación y Cuidados de Costumbre

Dentro de las prácticas de combate contra el Mal – de hacer retroceder a la muerte –, Collière (2009) distingue dos grupos: cuidados de curación y cuidados de costumbre. El primero tiende a asociarse a lo que en inglés se conoce como *cure* y el segundo a *care*. Los cuidados de curación tienen por objetivo limitar la enfermedad y suelen caracterizarse por la intervención sobre el organismo, mientras que los cuidados de costumbre tienen por objeto continuar la vida y están constituidos por todas aquellas prácticas cotidianas nacidas al alero de una cultura y relacionadas con lo ‘bueno’ para la vida (Collière, 2009). Cuando los cuidados de curación predominan por sobre los de costumbre “se aniquilan todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar” (Collière, 2009, p. 215). Esto se debe a que el objeto de los cuidados de curación es la enfermedad o el órgano enfermo, y no la persona que sufre. En nuestro tiempo serían los cuidados de curación los que predominan por sobre los cuidados de costumbre, y es por ello que Haro

(2000) denomina como cuidados hegemónicos a los primeros, y como cuidados profanos a los segundos.

División Histórica del Cuidado

Habiendo descrito lo que M.F. Collière (2001, 2009) entiende por cuidado, su origen, sus roles asociados y la división entre cuidados de costumbre y de curación, es posible pasar a la división histórica que la autora hace del desarrollo del fenómeno.

El cuidado como fenómeno habría evolucionado de manera paulatina y lenta bajo la influencia de múltiples factores – como la idiosincrasia cultural, las concepciones del mundo y el desarrollo tecnológico –, bajo los cuales se desarrollan discursos e ideologías que norman el comportamiento de los grupos (Collière, 2001). Para la autora, el desarrollo y evolución cultural del cuidado puede dividirse en cuatro etapas: i) la antropología del cuerpo; ii) la antropología de la salud o la antropología de la muerte; iii) la antropología de la enfermedad, y iv) la bio-medicina, bio-poder y la bio-política. Estas etapas no son excluyentes y, por tanto, pueden superponerse, imponerse o continuar de manera oculta dependiendo de las características geográficas, políticas, socioeconómicas, culturales, educacionales, tecnológicas y de poder involucradas (Collière, 2001).

El primer periodo del desarrollo cultural del cuidado es la etapa de la antropología del cuerpo. Esta etapa corresponde a lo desarrollado previamente en este capítulo, es decir, todo lo relacionado a las prácticas y saberes del cuidado que se originan a partir de la interacción de los primeros humanos con su ambiente. Aquí es donde se desarrollan las primeras prácticas relacionadas al cuerpo, la alimentación y la medicina popular. En esta etapa es posible encontrar el germen de las profesiones de cuidado, la división sexual de las prácticas de conservación de la vida y lucha contra la muerte, y la división jerárquica de las mismas. Otra característica fundamental de esta etapa es la forma en que se transmiten los saberes, la cual es fundamentalmente oral (Collière, 2001). Lo que surge de estas prácticas es lo que hoy podemos entender ampliamente por cuidados de costumbre (Collière, 2009) o cuidados profanos/legos (Haro, 2000).

El segundo periodo descrito por Collière recibe el nombre de *Antropología de la salud* o *Antropología de la muerte*, aludiendo a las obras homónimas de J. Delemeau y L.V.

Thomas, respectivamente (Collière, 2001). A la base de este periodo se encuentra la filosofía de Platón y Aristóteles, junto a las influencias de la religión judeo-cristiana (Collière, 2001). El cuidado aquí tiene un fuerte componente espiritual, y su objetivo está más relacionado con la vida después de la muerte que con la vida terrenal. Junto con lo anterior, el cuerpo como factor del cuidado, también se ve afectado, en tanto el pecado y el Mal guardan relación directa con lo corporal (Collière, 2001).

Este periodo estará marcado por la escritura como modo de transmitir el conocimiento, lo cual conlleva cambios significativos en las formas de cuidado. En la mayoría de los países occidentales la escritura es dominada por grupos de poder eclesiásticos y médicos, lo que se traduce en el poder de decisión sobre qué saberes son transmitidos y cuáles omitidos (Collière, 2001). Esto generará una aculturación respecto de los saberes populares, es decir, de los cuidados de costumbre (Collière, 2009) o cuidados legos (Haro, 2000). Además, el hecho de que los grupos de poder eran encabezados por hombres produjo un cercenamiento de los saberes propios de mujeres y de su influencia en los cuidados de otros (Collière, 1986). Esto conlleva a que la denuncia, vigilancia y extirpación del Mal pase a estar en manos de hombres, particularmente hombres religiosos (Collière, 1986, 2001). Por ejemplo, a la luz de la Inquisición los curanderos y curanderas son perseguidos y asesinados, y a cambio los padres de la iglesia y las mujeres consagradas o monjas serán los nuevos embajadores del cuidado (Collière, 2009). Así, desde el siglo V a.C. en adelante el cuidado ya no estará ligado sólo a la vida y las leyes, sino también a un orden moral, que es heredado desde el ‘cuidado de sí’ griego (Foucault, 2011).

El tercer periodo, o Antropología de la Enfermedad – en referencia a la obra de Laplantine (1999) – se caracterizará por la fuerza que comenzará a tomar la medicina en el cuidado y con ello la hegemonía del cuerpo como objeto de cuidado. El cuerpo que se cuida, sin embargo, es el cuerpo biológico, o lo corpóreo, y no el cuerpo sentido, o lo corporal. Es decir, comienza a haber un predominio del cuidado referido a la enfermedad en tercera persona, la enfermedad del cuerpo objetivo (Laplantine, 1999). En este tercer periodo, el Mal es entonces sinónimo de enfermedad, y la lucha contra ésta queda delegada en las nuevas tecnologías de investigación y tratamientos médicos (Collière, 2001). También en esta etapa, comenzará a tomar fuerza la figura del médico como heredero del

rol jerárquico del cuidado, es decir, será el sucesor del chamán, el filósofo y el sacerdote. Y al alero del médico surgirá la figura de la enfermera, relegada a una posición inferior y sumisa respecto del mismo, tecnificando y despersonalizando aún más el cuidado hasta la aparición de las primeras enfermeras críticas de la propia profesión (Collière, 2009) – las cuales han sido expuestas en el capítulo anterior.

El cuarto y último periodo que señala Collière (2001) corresponde a la etapa de la bio-medicina, bio-poder y bio-política, en alusión a los términos desarrollados por M. Foucault (2001, 2007). El biopoder es literalmente el poder sobre la vida, y con ello sobre la muerte, el cual “procura administrarla, aumentarla, multiplicarla, ejercer sobre ella controles precisos y regulaciones generales” (Foucault, 2007, p. 165). En nombre del bienestar de ‘todos’ es posible matar y permitir la vida, “se educa a poblaciones enteras para que se maten mutuamente en nombre de la necesidad que tienen de vivir. Las matanzas han llegado a ser vitales” (Foucault, 2007, p. 165).

El poder sobre la vida de otros ha existido desde siempre, lo veíamos en la génesis del cuidado en la cual cuidar es también matar para proteger al grupo de los invasores, o matar a alguien del propio grupo como sacrificio ante los dioses. Posteriormente, el poder de la vida quedará en manos del soberano quien mata a los que intenten acabar con su vida, como es el caso de emperadores y reyes (Foucault, 2007). En esta última etapa la diferencia radica en que el poder reside en los fenómenos masivos de la población y es manejado por los Estados (Foucault, 2007). Tiene a su base una anatomopolítica del cuerpo y una biopolítica de la población, es decir, una serie de adoctrinamientos del cuerpo, de su utilidad y su control, junto a la regulación de la natalidad, mortalidad, duración de la vida y tipo de salud, respectivamente (Foucault, 2007).

Si bien Collière no se explaya mayormente sobre este periodo, es posible decir, en base a los planteamientos de M. Foucault, que aquí se agrega al cuidado un componente político y económico, que si bien existía desde siempre, hoy alcanza un predominio por sobre las otras esferas del cuidado – la vida, las leyes y la moral. Sólo por dar un ejemplo de esta etapa en relación con la psicología, es posible aludir a los estudios sobre tratamientos médicos y psicológicos actuales, en los cuales la pregunta ya no es acerca de su efectividad, sino acerca del costo que implican. De hecho, el cuidado hoy se ha

convertido en un fenómeno económico (véase, por ejemplo, Ezquerro, 2012; Pérez, 2006), lo que nos deja no sólo frente a una objetivación del cuerpo máquina, sino también frente a una situación en la que ya no hay cuerpo que cuidar, lo que se cuida es lo monetario.

En conclusión, bajo la mirada del cuidado que pone el énfasis en el Bien y el Mal, es posible hablar de formas de cuidado tan ajenas para nosotros como lo son el canibalismo y los sacrificios humanos. Esto se debe a que bajo la mirada de M.F. Collière (2009) y J. Attali (1981) el cuidado, o la lucha contra el Mal, queda caracterizada por una estructura particular y no por sus prácticas o sus objetivos. Esta estructura se caracteriza por una noción de Bien sobre la que se establecen roles, discursos y prácticas. A partir de la evolución del fenómeno es posible señalar que, a grandes rasgos, el Bien inicialmente correspondía a la mantención de la vida, luego al respeto por las leyes y tabúes, para dar paso a una visión moral, posteriormente el auge del cuerpo objetivo y, por último, a una visión económica. Todas estas concepciones del Bien con sus respectivos chamanes, coexisten, compiten y se complementan dando pie a la complejidad de las formas de cuidado actuales. Sin embargo, hay un factor que ha sido omitido por los autores expuestos bajo este eje, a saber, la importancia del Ser en cuanto a cuidados se refiere, aspecto que será abordado en el siguiente capítulo.

Capítulo 5. El cuidado desde el eje del Ser

Hasta ahora hemos visto el cuidado desde la postura de la enfermería que pone el énfasis en la Salud y desde la antropología que pone el énfasis en el Bien y el Mal. Ambos ejes carecen de la pregunta por el Ser y su relación con el cuidado, la cual es abordada profundamente por los autores que se expondrán en el presente capítulo, M. Foucault y M. Heidegger. Si bien hay algunas enfermeras que se nutren de los aportes de M. Foucault y M. Heidegger para el desarrollo de sus teorías no toman en términos explícitos el cuidado desde estos autores (Amezcuca, 2009; Fernández, Barbosa y Prado, 2007). En este capítulo se pretende rescatar los aportes de la filosofía y el Ser para dar cuenta del cuidado.

En primer lugar, se expondrá la teoría de M. Foucault (2011) respecto de la *epimeleia heautou* o cuidado de sí, fenómeno histórico y cultural que se desarrolló en la cultura griega, helenística y romana 2.500 años atrás. En segundo lugar, revisaremos el cuidado desde M. Heidegger, el cual lo aborda colateralmente a la pregunta por el Ser y delimitándolo como la estructura ontológica fundamental del ser humano, o bajo sus términos, del *Dasein* (Heidegger, 1997).

Michel Foucault: El Cuidado de Sí

Michel Foucault, autor francés, ha recorrido una amplia gama de temas en sus trabajos tales como la psiquiatría, medicina, ciencias humanas, la sexualidad y la ética entre otros. A pesar de la amplitud de su abordaje, se considera que su obra está cruzada por un aspecto común, el interés del autor por el poder y el saber, y la relación entre ambos conceptos. Estos dos últimos conceptos estarán involucrados también en su abordaje del cuidado de sí, en el cual el autor busca la relación entre sujeto y verdad, y la relación de poder del sujeto consigo mismo.

Contexto del autor y la teoría

El cuidado de sí correspondería a uno de los últimos temas desarrollados por M. Foucault, en lo que se ha denominado como la 'etapa ética' del autor (Sossa, 2010). Esta etapa se caracteriza por el giro que toma su trabajo respecto de sus publicaciones previas, en tanto ya no será el poder sobre los otros lo que interesará al autor, sino el poder de los

sujetos sobre sí mismos (Gómez, 2005). Las preguntas que guían su trabajo referente al cuidado de sí son ¿cómo es que la sexualidad se transformó en una experiencia moral? (Foucault, 1994[1984]) y ¿cuál es la relación entre sujeto y verdad? (Foucault, 2011). Para poder responder a tales preguntas M. Foucault retrocede a la Antigüedad – Siglos V a.C al V d.C – en búsqueda de la *epimeleia heautou*, fenómeno que habría calado profundamente en el desarrollo de las prácticas de sí, la subjetividad y la moral occidental (Foucault, 2011). La respuesta a tales interrogantes quedan plasmadas fundamentalmente en el libro *Hermenéutica del Sujeto*, el cual corresponde al curso dictado por el autor entre 1981-1982 en el *College de France*, y a lo que se agregan referencias al tema en los dos últimos tomos de la historia de la sexualidad y los siguientes cursos del *College de France*.

***Epimeleia heautou* o cuidado de sí**

Para este autor, el cuidado de sí correspondería a una forma particular de relación entre sujeto y verdad – en el más amplio sentido de la palabra – que se desarrolló en la cultura griega, helenística y romana entre los siglos V a.C. y V d.C (Foucault, 2011). En otras palabras, aquí el cuidado no será un fenómeno que apunta a mantener la salud o luchar contra el Mal, sino una forma de acceso a la verdad. Sin embargo, señala el autor, esta noción del cuidado ha sido olvidada u omitida en nuestra época actual.

Las razones de la omisión del cuidado de sí griego en sus diferentes formas se debería fundamentalmente a dos razones. La primera de ellas corresponde a la hegemonía de la moral occidental de tipo sacrificial, bajo la cual cualquier remisión al propio ser es considerada como egoísta y negativa, en pos de poder entregarse a una meta colectiva (Foucault, 2011). Ejemplos de lo anterior, es la cultura cristiana en la cual el sujeto debe anularse en pos de ayudar a otros y/o alcanzar a Dios. También ocurre lo mismo en algunas ideologías políticas, en las cuales no es el sujeto lo que importa sino la clase o la colectividad, quedando los intereses personales e individuales como reprochables. Así cualquier referencia a la inquietud, ocupación o cuidado de sí, no se consideraba lo suficientemente robusta para establecerse como una moral positiva para la sociedad (Foucault, 2011).

La segunda razón de la omisión del cuidado de sí está fuertemente ligada a la relación entre sujeto y verdad de la Modernidad (Foucault, 2011). En la época moderna, el acceso a la verdad está mediado por el acto cognoscitivo de un sujeto cualquiera. Dicho de otra manera, todo sujeto que realice un acto de conocimiento podrá acceder a la verdad. Esta forma de ver la relación sujeto-verdad, es contradictoria a la noción griega desde la cual el acceso a la verdad no está garantizado para todos los sujetos, sino sólo para aquellos que hayan pasado por un camino de transformación y sean aptos para recibirla (Foucault, 2011). Este quiebre en la forma de comprender la relación sujeto-verdad implicó un distanciamiento de la *epimeleia heautou* y la hegemonía del *gnothi seauton*, es decir, el ‘cónocete a ti mismo’ antes que un ‘ocúpate de ti mismo’, puesto que para el acceso a la verdad sólo se necesitaría el conocer y no la ocupación respecto del ser, el mundo y/o los otros (Foucault, 2011).

Habiendo señalado los antecedentes necesarios para poder comprender la *epimeleia heautou*, es posible pasar a describir sus características y su desarrollo como fenómeno.

Características de la *epimeleia heautou*

La *epimeleia heautou*, o cuidado de sí, es ante todo una práctica espiritual. Esto debe ser entendido en la concepción específica que hace Foucault (2011) al respecto. Para el autor francés, si la filosofía corresponde a la disciplina que intenta delimitar las condiciones y límites del acceso a la verdad por parte del sujeto, la espiritualidad será entonces las prácticas mediante las cuales el sujeto intenta acceder a la verdad. Así, la espiritualidad tendría tres características: i) el sujeto no puede acceder a la verdad por pleno derecho, sino que debe transformarse para poder alcanzarla; ii) la transformación del sujeto consiste en un trabajo sobre sí mismo con el objetivo de convertirse en un ser capaz de lograr acceder a la verdad; iii) el acceso a la verdad tendrá un efecto sobre el sujeto brindándole la ‘sabiduría’, ‘iluminación’ o ‘salvación’ (Foucault, 2011). Todas estas características estarán presentes en la historia de desarrollo de la *epimeleia heautou*, aunque cambiarán los sujetos a los que atañe, las prácticas de sí mismo y los efectos de la verdad sobre el sujeto.

Una segunda característica del cuidado de sí es su carácter de elite, es decir, será un privilegio político, económico y/o social, desarrollándose siempre al alero de grupos de poder y dejando al margen a personas que carecían de tales atribuciones (Foucault, 2011). En términos estrictos, el cuidado de sí será un privilegio político antes que un precepto filosófico, giro que dará posteriormente y que queda representando por la obra *Alcibíades* de Platón (Foucault, 2011). En tercer lugar, para poder cuidar de sí será necesaria la relación con un otro. Sólo a través de otro es que uno puede volcar la atención hacia sí mismo. Esto se debe a que lo opuesto a la *epimeleia heautou* será la *stultitia*, es decir, un estado en el que la voluntad del sujeto se encuentra perdida (Foucault, 2011). El maestro o filósofo es aquel capaz de lograr sacar al sujeto desde la estulticia y llevarlo a una voluntad justa en la que éste pueda quererse a sí mismo y ser su propio ‘objeto de desvelos’ (Foucault, 2011). El maestro puede hacer que el alumno tome el camino de la *epimeleia* de tres modos distintos, ya sea como personaje ejemplar, como instructor y/o de poner al descubierto al alumno a modo de enseñanza socrática (Foucault, 2011).

Por último, y en cuarto lugar, la *epimeleia heautou* en sus distintos desarrollos tendrá asociadas un conjunto de prácticas que permitirán la transformación del sujeto en pos de alcanzar la verdad. Éstas preceden a la *epimeleia heautou* y corresponden a las prácticas de concentración del alma, de endurecimiento o los retiros, con la diferencia de que con la *epimeleia* éstas adquieren el carácter de técnica para la transformación del sujeto en pos de alcanzar la verdad (Foucault, 2011).

Así, en suma, el cuidado de sí puede ser entendido como la relación entre sujeto y verdad caracterizada por la necesidad de transformación del propio ser para poder alcanzar la verdad, la cual genera un efecto de retorno sobre el sujeto brindándole la iluminación o salvación (Foucault, 2011). Esta noción implica también: i) una actitud o forma de relación hacia el mundo, los otros y nosotros mismos, ii) una forma de atención hacia el propio ser que implica determinadas formas de vigilancia sobre los pensamientos y las acciones; iii) una forma de comportamiento mediante la cual el sujeto se ocupa de sí mismo y se transforma; iv) un conjunto de discursos que definen una manera particular de ser (Foucault, 2011).

Los momentos de la *epimeleia heautou*

En tanto fenómeno cultural, la *epimeleia heautou* evolucionó paulatinamente con el transcurso del tiempo cambiando la forma de alcanzar la verdad, el retorno de la verdad al sujeto y el rol del maestro, fundamentalmente. Estos cambios Foucault (2011) los dividirá en tres grandes momentos: i) momento socrático-platónico; ii) la ‘edad de oro’ del cuidado de sí, y iii) el ascetismo cristiano.

Primer momento: socrático-platónico. Este primer momento queda representado para Foucault en la obra *Alcibíades* de Platón. En ella el joven Alcibíades pretende gobernar la ciudad, sin embargo, Sócrates le demostrará que no posee ni la educación ni las riquezas necesarias para estar a la altura del cargo que quiere ocupar (Foucault, 2011). Sin embargo, hay algo que el joven desconoce que sabe y que podría ayudarlo a alcanzar su meta: la *epimeleia heautou*. Alcibíades desconoce que cuidando de sí podría llegar a gobernar la ciudad, y es Sócrates quien le ayuda a descubrirlo (Foucault, 2011).

En esta primera etapa, y a través de la obra antes citada, es posible observar cómo el cuidado de sí está ligado al ejercicio del poder. Aquí cuidar de sí será un medio para un fin mayor: el cuidar de los otros (Foucault, 2011). Para llegar a esta conclusión, sin embargo, debemos responder dos preguntas, dirá Foucault (2011): ¿qué es el ‘sí’ del que hay que cuidar? y ¿qué es cuidar de ese ‘sí’? El sí mismo que hay que cuidar será en este momento el alma, no como substancia, sino como sujeto (Foucault, 2011). Es decir, lo que se cuida es el alma como protagonista de las acciones y que se sirve de los elementos del cuerpo y el mundo para llevarlas a cabo. Por otro lado, cuidar consistirá en conocer la propia alma, en el *gnothi seauton* (Foucault, 2011). Para que el alma pueda conocerse, señala el autor, debe lograr verse a sí misma, y para ello necesitará un espejo capaz de reflejarla de la manera más pura posible (Foucault, 2011). El elemento más puro en que uno puede ver su propia alma sería el elemento divino, el cual es el principio de todo saber y conocimiento (Foucault, 2011). Entonces si el alma-sujeto logra verse en lo divino, en lo más puro, sabrá también distinguir qué es verdadero y falso en sí mismo, y por ende sabrá distinguir lo verdadero de lo falso en el mundo, haciéndose acreedor así de la sabiduría y la posibilidad de gobernar a otros gracias a ella (Foucault, 2011).

En cuanto a las características de la *epimeleia* en este primer momento aparece el componente espiritual ligado a la transformación que debe hacer Alcibíades para poder conocer lo divino – la verdad – y con ello obtener el premio de la sabiduría – el efecto de retorno de la verdad sobre el sujeto (Foucault, 2011). En segundo lugar, para poder lograr esto el protagonista necesitará de un maestro, un otro que lo saque de su ignorancia y lo guíe por el camino del cuidado de sí, que en este caso es Sócrates. En tercer lugar, si bien no hay un conjunto de prácticas explícitas en la obra, Foucault (2011) considera que en este momento y a partir de Platón, las prácticas de sí de la Grecia arcaica son reorganizadas en pos de lograr el cuidado de sí. Con ello nos referimos a la *anakoresis*, el examen de consciencia, las técnicas de prueba, etc. Por último, es necesario destacar el grupo etario al que se aplica el cuidado de sí en este momento, a saber, los jóvenes, lo cual cambiará en el desarrollo futuro del fenómeno (Foucault, 2011).

Segundo momento: La ‘edad de oro’ del cuidado de sí. El segundo momento es denominado por Foucault (2011) como la ‘edad de oro’ del cuidado de sí debido al auge que tiene el fenómeno entre los siglos I y II d.C. Las diferencias de este momento con el anterior cruzan prácticamente todos los aspectos de la *epimeleia heautou*, excepto por su carácter de privilegio político, social y económico, y por seguir implicando una transformación del sujeto en pos de alcanzar la verdad.

El primero de estos cambios corresponde a la ampliación del grupo etario al que atañe el cuidado de sí. En el primer momento eran los jóvenes los llamados a cuidar de sí, pero en esta segunda etapa desde el más joven al más viejo estarán llamados a ocuparse de sí mismos (Foucault, 2011). En segundo lugar, el cuidado ya no será más un medio para alcanzar un fin – el gobierno de las ciudad – sino un fin en sí mismo (Foucault, 2011). En otras palabras, el cuidado de sí se caracterizará por su auto-finalidad. Con ello, y en tercer lugar, cambiará la función del conocimiento, el cual ya no tiene una función mediadora puesto que cuidar de sí es el fin último (Foucault, 2011). El conocimiento en esta segunda etapa pasa a ocupar un segundo lugar en pos de lo práctico, y cambia de dirección hacia la naturaleza como el nuevo espejo del sujeto (Foucault, 2011). En ella, el sujeto puede ver su ínfimo lugar en el universo y además lo dota de una comprensión del mundo que servirá

como medio de contraste con la propia vida. Sin embargo, sólo el conocimiento que ayude a transformar al sujeto será aquel que valdrá la pena buscar (Foucault, 2011).

Otro aspecto que cambia es el giro del carácter del cuidado, el cual en el primer momento apuntaba a una pedagogía, es decir, algo nuevo. En este segundo momento, el sujeto no deberá agregar algo nuevo a su experiencia, sino eliminar y corregir aquellas voluptuosidades y malos hábitos que lo alejan del cuidado de sí (Foucault, 2011). Dicho en otras palabras, el mal ahora reside en el sujeto y debe ser extirpado, con lo cual la ocupación de uno mismo comienza a asemejarse a la medicina (Foucault, 2011). Esta corrección del ser, pone como característica fundamental la conversión del sujeto en su ser más puro, la cual no se efectúa en el yo sino para y entorno al yo (Foucault, 2011). Este proceso de conversión será para toda la vida y de manera continuada, dando como resultado un proceso de auto-subjetivación (Foucault, 2011).

En quinto lugar, durante la ‘edad de oro’ del cuidado de sí, el premio que trae consigo la transformación del sujeto ya no radicará en la sabiduría para el gobierno de otros, sino en la *pareskeue* y la *sautseia* (Foucault, 2011). La *pareskeue* puede ser entendida como una protección del yo frente a los embates del mundo y las propias voluptuosidades, y permitirá al sujeto gozar de *sautseia* o salvación (Foucault, 2011). La salvación corresponde a alcanzar la felicidad y tranquilidad de la vida, mediante la ausencia de preocupaciones y de necesidades (Foucault, 2011). Es decir, en este momento el retorno de la verdad sobre el sujeto ya no corresponderá a la ciudad, sino al sujeto mismo, el cual es capaz de brindarse su propia salvación.

Por último, las técnicas de sí también se modificarán y se agregarán otras nuevas, de las cuales es necesario destacar la ascesis y la *parrhesía* (Foucault, 2011). La primera corresponderá a un tipo de saber que implica la transformación del sujeto, una valoración de las cosas por su lugar en el todo y la posibilidad de contemplarse a uno mismo (Foucault, 2011). Es decir, las prácticas ascéticas de la ‘edad de oro’ tienen por objeto que el sujeto vuelva a sí y se posicione en torno al mundo, aspecto que cambiará radicalmente en la siguiente etapa. Por otro lado, la *parrhesía* corresponderá a una forma particular de habla entre el discípulo y el maestro: al habla veraz (Foucault, 2010, 2011). Esta es un habla que dice la verdad sin ocultar nada pero que además es encarnada por quien la dice,

quedando ligado y obligado a ella (Foucault, 2010). En tanto decir veraz, sin tapujos y ligado a lo que se dice, la *parrhesía* conlleva siempre un riesgo para con el otro, a saber, el riesgo de romper la relación con el que escucha la verdad (Foucault, 2010). Será mediante este decir veraz que el maestro dice al alumno una verdad que lo lleva hacia sí mismo y que sólo es posible de decir por la relación de amor que hay entre ellos (Foucault, 2011).

Tercer momento: ascesis cristiana. Por último, el tercer momento, es situado por Foucault en los siglos IV y V d.C., marcado por el paso del ascetismo filosófico pagano al ascetismo cristiano. El gozne entre las escuelas filosóficas y el cristianismo será la conversión del sujeto planteada en el momento anterior. Sin embargo, en este momento la conversión no apuntará a una vuelta a sí mismo, sino a una *metanoia*, es decir, la mutación del sujeto a partir de un suceso único, el paso de un estado del ser a otro y la renuncia a sí (Foucault, 2011). Ejemplos de lo anterior, son la ‘revelación divina’, el paso de la vida a la muerte y los sacrificios del propio ser en pos del prójimo o Dios, respectivamente. Este tipo de conversión implica una ruptura y mutación interior del yo, en lo que Foucault (2011) denominará una trans-subjetivación, en oposición a la auto-subjetivación del momento anterior.

En cuanto al retorno de la verdad sobre el sujeto, en este momento también corresponderá a la salvación, sin embargo, esta tiene un carácter de mediador entre la vida terrenal y la vida después de la muerte, ligada a un acontecimiento particular de carácter dramático que convierte al sujeto, como puede ser la revelación divina (Foucault, 2011).

El rol del conocimiento tendrá como objetivo ingresar al ‘arca interna’ del individuo, de hacer conscientes toda la maldad y el pecado que hay en el sujeto, los cuales pueden ser evaluados como tales gracias al conocimiento del Texto sagrado (Foucault, 2011). En tal sentido, y al igual que en el momento anterior, el mal reside en el sujeto, convirtiendo al sí mismo en el propio enemigo al cual hay que enfrentar y superar (Foucault, 2011).

Por último, respecto de la ascesis y el decir la verdad, la primera se transformará hacia prácticas del cuidado de sí que consisten en un camino para que el individuo renuncie a sí y a la maldad que hay en sí mismo en pos de alcanzar la verdad (Foucault, 2011). Por

otro lado, el decir veraz ya no será pronunciado por el maestro al discípulo, sino que es el propio sujeto quien debe extraer la verdad de su propia alma, que es lo que conoceremos como la confesión cristiana (Foucault, 2011).

En resumen, el cuidado de sí para Foucault (2011) corresponderá a una forma de cuidado ligada directamente a lo espiritual, es decir, a la necesidad de transformación del sujeto en pos de alcanzar la verdad. Ésta hará acreedor al sujeto de un estado mejor y terminado, como lo es la iluminación, la sabiduría o la salvación. Es además, una forma de relación del sujeto consigo mismo, una forma de vigilancia y un conjunto de prácticas o tecnologías del yo. Sin embargo, no se remite exclusivamente al individuo puesto que su fin es también la relación con los otros y con el mundo.

Martin Heidegger: El Cuidado Ontológico

Para el último autor que se revisará en esta investigación, M. Heidegger, el cuidado se posiciona como un fenómeno global sin el cual ningún fenómeno humano podría ser. Dicho de otro modo, es gracias al cuidado que el ser humano podrá abrirse a sus posibilidades respecto del mundo, las cosas, los otros, sí mismo y el Ser⁴. Así, el cuidado ya no corresponde a *una* posibilidad de relación entre sujeto y verdad, sí mismo, otros y mundo, como lo era para Foucault (2011), sino *la* posibilidad de que se establezca tal relación y cualquier otra.

Contexto del autor y la teoría

Para poder comprender la visión de Martin Heidegger, es necesario remitirnos a algunos de sus antecedentes relevantes. Según G. Steiner (2013), sólo es posible comprender a Heidegger desde el momento histórico y político en el que se encontraba, es decir, el periodo post Primera Guerra Mundial en una Alemania prácticamente intacta

⁴ En la obra de Heidegger es necesario distinguir entre los conceptos en su sentido ontológico y su sentido óntico, para las veces de esta investigación, y con el objetivo de facilitar la comprensión del autor alemán, los conceptos ontológicos quedarán enunciados siempre con mayúsculas. Esta regla no aplicará para las citas textuales del autor, en las cuales se ha conservado el uso original de mayúsculas y minúsculas presentes en sus traducciones.

materialmente pero destruida moral y espiritualmente. Bajo tal contexto se desarrollarán un conjunto de obras que, por una parte, vaticinan el apocalipsis frente a una época que parece no tener remedio y, por otra, intentan reconstruir el mundo desde sus bases. Para ello, los autores de la época no sólo necesitaron volver a plantearse preguntas abandonadas o desestimadas, sino volver a crear un lenguaje capaz de dar respuesta a tales preguntas. Ambos puntos caracterizan la obra de Heidegger, ya que, por una parte, se replantea una pregunta olvidada –la de la ontología–, con intención de reconstruirla y corregirla y, por otro lado, rescata y crea un lenguaje nuevo con la intención de cumplir su meta. Es en este contexto que la pregunta que guiará a Heidegger será ¿qué es el Ser? o, en otros términos, ¿por qué es el Ser y no la nada? Esta pregunta es el hilo conductor de su obra magna *Ser y Tiempo* en la cual desarrollará colateralmente el concepto *Sorge* que se traduce actualmente al español como Cuidado⁵.

La necesidad de volver a preguntarse por el Ser radicaría en primera instancia en que a pesar de que cotidianamente decimos ‘esto *es* tal o cual cosa’, ‘tú *eres* así’, ‘eso de allá *es* un cerro’, no tenemos claridad sobre cuál es el sentido de ‘ser’. Dicho de otra manera, no se ha respondido la pregunta acerca de qué es eso en común que permite que las cosas sean, o, lo que es lo mismo, la pregunta por el Ser de los fenómenos. Respecto de esto Rivera y Stiven (2008) señalan: “Si no nos hallamos perplejos por no entender (teóricamente) lo que significa ‘ser’ es porque ‘creemos’ ya saberlo” (p. 20). O, lo que es lo mismo, “cuando se dice: el ‘ser’ es el concepto más universal, ello no puede significar que sea el más claro y que no esté necesitado de una discusión ulterior. El concepto de ‘ser’ es, más bien, el más oscuro” (Heidegger, 1997, p. 27). Esto último, será uno de los tres prejuicios que nos han alejado de la pregunta por el Ser, es decir, considerarlo como el concepto más universal. Los otros dos prejuicios son que el concepto de Ser es indefinible y que es un concepto evidente en sí mismo (Heidegger, 1997). En suma, a pesar de tener una

⁵ El concepto que ocupará Heidegger (1967) será *Sorge*, lo cual es la traducción al alemán del vocablo latino *Cura*. El traductor J. Gaos (Heidegger, 2012) mantiene el concepto *Cura* para referirse a *Sorge*, y será J. Rivera (Heidegger, 1997) quien lo traducirá como ‘cuidado’. Hoy se considera que ‘cuidado’ es una mejor traducción debido a que ‘cura’ correspondería más a un arcaísmo en español que hace perder el sentido práctico que Heidegger quiere dar al concepto (Adrian, 2009).

comprensión cotidiana del Ser, su sentido ‘teórico’ nos ha quedado oculto y se ha abandonado tal pregunta, lo que obliga a volver a replanteársela.

El *Dasein* como aquel que puede responder la pregunta por el Ser

De entre todos los entes, es decir, todas las cosas que *son*, el único que será capaz de responder la pregunta por el Ser es el *Dasein*. El concepto ‘*Dasein*’ literalmente significa ‘existir’, pero corresponde a una expresión cotidiana del idioma alemán con la cual el autor intenta dos cosas (Moreno, 2002). Por una parte, intenta evadir conceptos como ‘ser humano’, ‘hombre’, ‘sujeto’, etc. y, por otra, intenta dar cuenta del Ser en su facticidad (Moreno, 2002). Esto último queda claro al descomponer la palabra ‘*Dasein*’ que significa Ser/estar [*Sein*] aquí/ahí/allí [*Da*], dicho de otra manera, es el ‘Ser’ en su ‘aquí’, no el Ser en lo etéreo o lo abstracto, sino el Ser fáctico en su aquí y su ahora (Moreno, 2002). Así, el *Dasein* será el ser humano conceptualizado desde su existencia, es decir, jamás concebido como cosa ya hecha o terminada, sino un ente abierto a las posibilidades cuyo ser está siempre en juego y que posee la libertad de superarse (Waelhens, 1986). La existencia es la forma de ser del *Dasein* y sólo de él, y por ende debe contraponerse a la *Vorhandenheit* [estar-ahí], palabra que hace alusión a las cosas que “se presentan ahí delante de nosotros como algo que es previo a nuestra intervención, esto es, como algo dado de antemano” (Rivera y Stiven, 2010, p. 20). Esta distinción entre existencia y el estar-ahí como posibles formas de ser es de radical importancia para la comprensión del cuidado desde M. Heidegger. Esto se debe a que al ser el cuidado un fenómeno del *Dasein* debe ser delimitado a partir de la existencia y no podrá ser conceptualizado como algo dado de antemano y que es con independencia de mí. Dicho de otra manera, el cuidado no puede ser buscado en su ‘objetividad’, o como ‘substancia’, o como parte de la ‘res extensa’.

A partir de lo anterior es necesario agregar otra distinción que hace el autor alemán en Ser y Tiempo: lo ontológico versus lo óntico. En palabras de Xolocotzi (2009), lo ‘ontológico’ “sólo puede aparecer en la analítica del ser-ahí [*Dasein*] en tanto esté orientado hacia la pregunta que interroga por el sentido del ser. Por el contrario, el análisis del ser-ahí ónticamente experimentado se ocupa sólo de describir fenómenos que muestran en cada caso, sin preguntar más acerca de su fundamento” (p. 292). Es así como el *Dasein*

es óptico-ontológico, es decir, tiene características propias de sí en tanto ente, pero, por otra parte, puede preguntarse por el sentido del Ser que trasciende aquellas características y que, en definitiva, permite que sean. En tal sentido, las características ontológicas del *Dasein* serán denominadas como Existenciales [*esistenzales*] y las características ópticas del mismo serán denominadas como Existenciales [*existenzielle*]. Dreyfus (2003) señala respecto de lo anterior: “Comprensión *existencial* es una comprensión explicitada de las estructuras ontológicas de la existencia. [...]. Comprensión *existencial* es la comprensión que un individuo tiene de su propio modo de ser” (p. 22; cursivas de original; corchetes agregados). Así, si yo me comprendo como investigador estaré comprendiéndome Existencialmente, pero si comprendo las estructuras del *Dasein* estaré bajo una comprensión Existencial. Es decir, la comprensión ontológica o Existencial remite exclusivamente a la estructura del *Dasein*.

El cuidado ontológico

Habiendo aclarado la diferenciación anterior, se debe enunciar entonces que el cuidado expuesto por Heidegger corresponderá a lo ontológico-existencial, y por ende, “queda excluida de su significación toda tendencia de ser de carácter óptico, tal como la preocupación o, correlativamente, la despreocupación” (Heidegger, 1997, p. 214). Así también, es necesario aclarar que el cuidado tampoco puede ser tomado como un conjunto de conductas del ser humano respecto de sí (Heidegger, 1997), como se expuso en Orem (2003[1987]), Guerra y cols. (2011) o Foucault (2011), entre otros. Es decir, “la totalidad ontológicamente elemental de la estructura del cuidado no puede ser reducida a un ‘elemento’ óptico ‘primordial’, así como el ser tampoco puede ‘ser explicado’ por los entes” (Heidegger, 1997, p. 217) y, por ende, como se señaló más arriba el cuidado debe ser buscado desde lo ontológico, y desde el único ente entre todos los entes capaz de preguntarse por el Ser: el *Dasein*.

A partir del *Dasein*, mirado desde su cotidianidad media –e.d. no el *Dasein* ópticamente caracterizado como médico, filósofo, chamán– comenzará a despuntar el Cuidado ontológico en la obra de M. Heidegger. En último término el Cuidado será una estructura ontológica y aquello que permite que el *Dasein* sea (Heidegger, 1997). Dicho de

otra manera, es la estructura fundamental del *Dasein* o el ser del *Dasein* (Heidegger, 1997). Sin embargo, para poder comprender tal afirmación será necesario revisar algunos de los conceptos fundamentales del autor que lo llevan a tal conclusión. En otras palabras, será necesario esbozar algunos de los Existenciales fundamentales del *Dasein* antes de poder comprender la definición del Cuidado ontológico como “anticiparse-a-sí-estando-ya-en-(el-mundo-) en-medio-de (el ente que comparece dentro del mundo)” (Heidegger, 1997, p. 214), ya que “no debe sorprender que lo conocido en el saber ontológico le parezca extraño al entendimiento común cuando lo relaciona con lo único que le es ópticamente familiar” (Heidegger, 1997, p. 205).

En primer lugar, y tal como se señaló previamente, el *Dasein* será tomado desde su Cotidianidad [*Alltaglichkeit*] la cual no se desarrolla en un espacio etéreo sino que siempre es en un Mundo [*Welt*], en otras palabras el *Dasein* es un estar-en-el-mundo [*In-der-Welt-Sein*] (Heidegger, 1997). Este estar en el mundo no es en la forma en que el agua está dentro de un vaso, sino en la forma de un *habitar* con familiaridad el Mundo circundante que se revela en la existencia fáctica del *Dasein* (Heidegger, 1997). Así, el Mundo ontológico no es ese espacio que está fuera de mí y que es distinto de mí, sino un Existencial del *Dasein*. En otras palabras, el Mundo es parte del *Dasein* y no tiene la forma de ser de la *Vorhandenheit*, no está dado de antemano.

En este Mundo ontológico el *Dasein* se encuentra con entes que están ‘en’ el Mundo, los llamados entes intramundanos. Éstos comparecen frente al *Dasein* y se revelan en lo que son mediante el uso que el *Dasein* hace de éstos (Heidegger, 1997). Es decir, los entes intramundanos no son con independencia del *Dasein*, sino que son en su uso para algo, en otras palabras, son útiles o instrumentos [*Zeug*] para éste (Heidegger, 1997). Por ejemplo, el Ser del lápiz, en tanto ‘ser para algo...’, se revelará en el uso que se haga de él para escribir, pero también puede revelarse en otros usos que se hagan del mismo, como por ejemplo, un instrumento para percutir ritmos en la mesa, o un proyectil hacia alguien con quien uno está enojado. Es decir, el lápiz no *es* debido a sus propiedades inherentes y distintas de mí, sino que revelará su Ser mediante el uso que yo haga de él, y en la medida en que lo incluya en una determinada ‘obra’. Por otro lado, el lápiz necesitará de otros Útiles [*Zeug*] para poder dar cuenta de su Ser para mí. El lápiz puede ser lápiz, según el

ejemplo anterior, en tanto haya en el mundo ‘papel’ sobre el que escribir, ‘mesa’ sobre la cual apoyarse, una ‘silla’ en la que me siento, etc. Pero, también remitirá a otros útiles como lo son la tinta, el metal de su punta, el plástico de su ‘cuerpo’, a la fábrica donde se hizo cada parte y, en última instancia, a la naturaleza de dónde se obtuvieron sus materias primas. Así, el lápiz *es* en tanto ser para algo y en tanto hay una red de útiles sobre los cuales éste se referencia. Con ello, el Mundo no se revela como el lugar que contiene un conjunto de entes, sino como un entramado de relaciones y significados que permite que el útil individual ‘aparezca’ (Heidegger, 1997). Es decir, el Mundo es la condición necesaria para que las ‘cosas’ puedan ser (Heidegger, 1997).

A partir de lo anterior, Mundo y entes intramundanos, se revelará uno de los primeros modos ontológicos del Cuidado, a saber, la ocupación [*besorgen*]. En alemán, ‘*Sorge*’ y ‘*besorgen*’ poseen una raíz común que no es posible apreciar en sus traducciones al español, Cuidado y Ocupación⁶, respectivamente. La Ocupación [*besorgen*], en tanto Existencial, corresponde ampliamente a “habérselas con algo, producir, cultivar y cuidar, usar, abandonar y dejar perderse, emprender, llevar a término, averiguar, interrogar, contemplar, discutir, determinar...” (Heidegger, 1997, p.83). Todas estas formas de la ocupación, y otras, serán el modo en que el Ser de los entes del Mundo comparecen frente al *Dasein*. En otras palabras, el cuidado de las ‘cosas’ del Mundo estará caracterizado por tener la forma de la ‘ocupación’ que corresponderá al uso que éste haga de los entes intramundanos en su propio proyecto (Heidegger, 1997).

En segundo lugar, en este Mundo en el que hay útiles con los cuales el *Dasein* se relaciona gracias al entramado de relaciones y significaciones, es posible también encontrar a otros *Dasein* distintos de él, que también comparecen mediante la ocupación de los útiles del Mundo (Heidegger, 1997). Así, el lápiz que sirvió de ejemplo anterior puede que sea el lápiz que me prestó un amigo, o el lápiz que me vendió el dueño del negocio de la esquina y es también un lápiz que hicieron otros, todos distintos de mí. Es decir, el *Dasein* ontológicamente está en un Mundo Compartido [*Mitwelt*] y bajo el modo de un estar-con

⁶ Esta relación queda más clara en la traducción de J. Gaos (Heidegger, 2012), quien traduce *Sorge* como ‘Cura’ y *besorgen* como ‘curarse de’. Sin embargo, tal expresión peca de ser un español inusual que dificulta la comprensión de los términos heideggerianos (Adrián, 2009).

[*Mitsein*] (Heidegger, 1997). El modo de comportarse⁷ del *Dasein* respecto de los otros, no tendrá el carácter de su relación con los Útiles sino que será bajo el modo de la ‘Solicitud’. La Solicitud o *Fürsorge* es la forma en que el *Dasein* se comporta respecto de los otros que también son parte de su mundo (Heidegger, 1997). Ésta, tomará una amplia gama de posibilidades –que Heidegger no abordará – pero que van desde el extremo de sacrificar la vida por otro, al otro extremo de arrebatar la vida, y entre ellas hay un sinfín de posibilidades de relación entre un *Dasein* y los otros (Moreno, 2002), dentro de las cuales sería posible incluir las teorías previamente expuestas respecto del cuidado como expresiones ónticas de la *Fürsorge*. Así, se revela la segunda forma del Cuidado ontológico y queda caracterizada como un Existencial del *Dasein* que lo abre a la posibilidad de ser-con otros en un Mundo.

Sin embargo, “‘los otros’ no quiere decir todos los demás fuera de mí, y en contraste con el yo; los otros son, más bien, aquellos de quienes uno mismo generalmente *no* se distingue, entre los cuales también se está” (Heidegger, 1997, p. 143; cursivas del original).

Con esto último se hace alusión a que el *Dasein* desde siempre ha estado en un mundo compuesto por una red de discursos sociales acerca de cómo se hacen las cosas (Vattimo, 2002). Esos discursos hacen que el *Dasein* se encuentre perdido entre ellos y que haga las cosas que *se* deben hacer, lea lo que *se* debe leer, coma lo que *uno* debe comer y piense como *uno* debe pensar. Esta característica de la existencia del *Dasein* será denominada por Heidegger precisamente como el ‘Uno’ o el ‘se’ [*das Man*]. Así, el *Dasein* existe en su cotidianidad media desde la dictadura del Uno, y, por ende, se vive de una manera impropia [*Uneigentlichkeit*] y desresponsabilizada. Dicho en otros términos, el *Dasein* está originalmente en el Mundo indiferenciado de los otros, antes que como alguien distinto. Es decir, el ‘quién’ del *Dasein* en su Cotidianidad Media es el Uno, y sólo en la medida en que el *Dasein* pueda librarse de la dictadura de éste podrá alcanzar su ser más propio [*Eigentlichkeit*], podrá apropiarse de su Ser. Sin embargo, es necesario aclarar que a los modos de ser propio o impropio del *Dasein* jamás se le deben atribuir connotaciones

⁷ En esta expresión debe comprenderse ‘comportar’ en el sentido expresado por Rivera y Stiven (2010), es decir, “‘Com-portarse’ significa llevarse a sí mismo hacia otra parte. En este caso, el *Dasein* se porta o se lleva hacia su propio ser” (p.19)

valóricas. Por ende, el Uno no es un aspecto ‘negativo’ de la existencia sino uno de los modos posibles de estar-en-el-mundo.

Bajo el Uno, el *Dasein* siempre intentará volver a ese falso ‘punto medio’ que es lo que ‘se’ debe hacer y nivelarse a partir de ello (Heidegger, 1997). Así, el *Dasein* está perdido en lo público, es decir, en el Uno que son todos pero que a la vez no es ninguno (Heidegger, 1997). Además, el *Dasein* en su cotidianidad media se caracterizará por una comprensión vaga y sin compromiso de las cosas [*Gerede/habladuría*], que lo lleva a saltar de un tema novedoso a otro [*Neugier/curiosidad*] y, por ende, “la comprensión cotidiana es esencialmente ambigua [*Zweideutigkeit*] en la medida que sólo repite y propaga las opiniones ya establecidas sin una apropiación originaria de los fenómenos” (Adrián, 2009, p. 216; corchete agregado). Tanto la *besorgen*, la *Fürsorge* y el Uno con sus aspectos ‘internos’ son necesarios para acercarnos al Cuidado como estructura ontológica del *Dasein*, pero aún falta por abordar la forma en que el *Dasein* se encuentra en su Cotidianidad Media, es decir, su disposición afectiva y la Caída.

El *Dasein*, señalará el autor de la Selva Negra, estará siempre ontológicamente desde una Disposición Afectiva particular [*Befindlichkeit*], que no es otra cosa que lo que ónticamente se manifiesta como estado de ánimo o temple anímico (Heidegger, 1997). “En la disposición afectiva, el *Dasein* ya está siempre puesto ante sí mismo, ya siempre se ha encontrado, no en la forma de una auto-percepción, sino en la de un encontrarse afectivamente dispuesto” (Heidegger, 1997, p.160). Este estar siempre afectivamente dispuesto abre al *Dasein* al Mundo pero también lo sitúa frente al hecho de que *es* y *tiene que ser*, poniéndolo frente a sí mismo y a la carga de su propia existencia (Heidegger, 1997). Dicho en términos metafóricos, no es que el *Dasein* se encuentre frente a sí cuando se mira en el espejo o cuando reflexione sobre lo que hace, sino que radicalmente se encuentra consigo mismo en todo momento, y desde siempre, por el mero hecho de encontrarse en un determinado modo afectivo que lo abre cada vez al Mundo de una manera particular. El hecho de que el *Dasein* tiene obligatoriamente que ser, a pesar de no tener claridad desde dónde es y hacia dónde tiene que ser, es lo que se conoce como la Condición de Arrojado del *Dasein* [*Geworfenheit*] la cual queda abierta gracias a la Disposición Afectiva (Heidegger, 1997).

Esta ‘obligación’ de ser del *Dasein* y su modo cotidiano e impropio de estar en el mundo perdido en el Uno, sitúan al *Dasein* en lo que Heidegger (1997) denominará como la Caída [*Verfallen*]. La cual no es otra que lo siguiente:

el *Dasein* está inmediatamente y regularmente *en medio* del ‘mundo’ del que se ocupa. Este absorberse en... tiene ordinariamente el carácter de un estar perdido en lo público del uno. Por lo pronto, el *Dasein* ha desertado siempre de sí mismo en cuanto poder-ser-sí-mismo propio, y ha caído en el ‘mundo’. El estado de caída en el ‘mundo’ designa el absorberse en la convivencia regida por la habladuría, la curiosidad y la ambigüedad (Heidegger, 1997, p.198; cursivas del original).

En la Caída, es decir, el modo de ser cotidiano del *Dasein* bajo el cual no se ha apropiado de su existencia, el *Dasein* se ha dado la espalda a sí mismo, huye de su posibilidad de ser más propia para perderse en lo intramundano y en el Uno (Heidegger, 1997). Sin embargo, será una de las expresiones de la Disposición Afectiva la que permitirá al *Dasein* volver a sí mismo y salir de su cadente modo de estar en el Mundo, y avanzar hacia la apropiación de su Ser.

La Disposición Afectiva bajo el modo de la Angustia, permitirá al *Dasein* la apropiación de sí (Heidegger, 1997). Ésta –a diferencia del miedo p.e.– no tiene un ‘objeto’ particular sino que remite al *Dasein* al Mundo, es decir, lo que angustia al *Dasein* es su propio estar-en-el-mundo. Por ende, si el *Dasein* impropio se refugia y desresponsabiliza de su existencia en el Uno y en el Mundo, bajo la Angustia el Mundo ya no tendrá nada que ofrecerle al *Dasein*, pues es este mismo lo que lo angustia (Heidegger, 1997). Ni los entes intramundanos ni los otros podrán aliviar su existencia. “De esta manera, la angustia le quita al *Dasein* la posibilidad de comprenderse a sí mismo en forma cadente a partir del ‘mundo’ y a partir del estado interpretativo público” (Heidegger, 1997, pp. 209-210). Entonces, si el *Dasein* no tiene donde refugiarse, se ve obligado a encontrarse consigo mismo y volver hacia su propio poder-ser, a tomarse entre sus propias manos, quedando así libre frente a la totalidad de las posibilidades de ser (Heidegger, 1997).

A partir de lo anterior, y en tanto al *Dasein* se le ha abierto la posibilidad de ser su ser más propio, también se revela que ontológicamente el *Dasein* se ha anticipado siempre a sí mismo. Esto quiere decir, en palabras del autor: “el *Dasein* ya siempre está ‘más allá de

sí', pero no como un comportarse respecto de otros entes que *no* son él, sino, más bien, en cuanto está vuelto hacia el poder-ser que él mismo es" (Heidegger, 1997, p. 213, cursivas del original). Recordemos, pues, que el *Dasein* en su esencia es existir, es decir, jamás es una 'cosa' terminada, sino que está siempre abierto a las posibilidades de ser y con la posibilidad de trascender aquello que está siendo. El Anticiparse-a-sí [*Sich-vorweg-sein*] es un Existencial, y por ende debe ser comprendido como tal. En otras palabras, Anticiparse-a-sí no será como quien se anticipa a abrir la puerta en un gesto de 'caballerosidad', sino un carácter del *Dasein* que da cuenta de que éste está abierto a la posibilidad de apropiarse de sí. Esta estructura es lo que para Heidegger da cuenta de la totalidad del *Dasein*, al ser éste un ente que está entregado a sí mismo y que está en un mundo, en palabras del autor: "anticiparse-a-sí-estando-ya-en-un-mundo" (Heidegger, 1997, p.213).

Habiendo delimitado que el *Dasein* es un estar-en-el-mundo, en medio de los entes intramundanos, y compartiendo ese mundo con otros, de los cuales no se diferencia hasta que la Angustia lo lleve hacia sí mismo, recién ahora es posible encontrarnos directamente con el Cuidado ontológico, es decir, el ser del *Dasein*. Sin embargo, éste no corresponderá jamás a la suma de sus Existenciales o un ensamblaje de elementos constitutivos, lo cual implicaría la comprensión de este ente como mera *Vorhandenheit* (Heidegger, 1997). El ser del *Dasein* se revelará como un fenómeno unitario, que es desde siempre un todo y que no puede ser descompuesto más que teóricamente (Heidegger, 1997).

Tal como se enunció previamente, *Sorge* será la estructura fundamental del *Dasein* y alude a que el ser del *Dasein* es Cuidado. Aquello que cuida el *Dasein* es de su propio ser, "es un ente que vuelve sobre sí mismo y cuida de sí mismo" (Rivera y Stuenkel, 2010, p. 217). Sin embargo, esto no se refiere a prácticas ópticas respecto de sí, sino que, en su ser más propio – e.d. sin refugiarse en el Mundo y el Uno– al *Dasein* le va su ser, o lo que es lo mismo, su ser le importa y tiene la obligación de ser (Rivera y Stuenkel, 2010).

Así, el Cuidado queda delimitado bajo la siguiente forma: "el ser del *Dasein* es un anticiparse-a-sí-estando-ya-en-(el-mundo-) en-medio-de (el ente que comparece dentro del mundo)" (Heidegger, 1997, p. 214). Con ello se da cuenta de la totalidad del *Dasein* y de los tres Existenciales fundamentales. El 'anticiparse-a-sí' remite a la Existencia, el 'estar-ya-en...' remite a la Facticidad, y el 'en-medio-de' alude a la Caída. Por otro lado, también

dará cuenta de la temporalidad del *Dasein*, “la existencialidad en cuanto capacidad proyectiva (*Entwurf*) de salir de sí (*ex*) abre al futuro, la facticidad como reflejo de la condición de arrojado (*Geworfenheit*) remite al pasado y la absorción en la caída (*Verfallen*) devela el presente” (Adrián, 2009, p. 157). Así queda revelada la tercera y principal acepción de Cuidado desde la teoría de Heidegger, es decir, el fenómeno que da cuenta y posibilita el ser del *Dasein*.

Muerte y cuidado

Por último, se considera necesario destacar la muerte como posibilidad ontológica, la cual al ser un fenómeno del *Dasein* también se encuentra fundada en el Cuidado. La Muerte, señalará Heidegger (1997), no debe confundirse con la muerte biológica, sino que corresponde a la posibilidad de que el *Dasein* no sea más ahí. Sin embargo, si el *Dasein* no puede ser más ahí, si deja de existir, no puede ‘vivenciar’ su propia muerte. Así, la Muerte será la posibilidad que jamás puede llevarse a cabo, y por ende, la posibilidad por excelencia (Heidegger, 1997). Todas las demás posibilidades ontológicas del *Dasein* pueden hacerse fácticas, menos la Muerte. Con ello, y bajo el riesgo de forzar la Ontología Fundamental del autor, es posible señalar que el Cuidado en tanto ser del *Dasein* es desde siempre y en todo momento mientras el *Dasein* sea. Dicho en términos negativos, la posibilidad de que no haya Cuidado es im-posible desde una visión ontológica. Con ello también, se genera un contrapunto con las teorías antes expuestas en las cuales el cuidado puede estar ausente o deficiente. Esto último, es el punto de entrada de la enfermería al cuidado del cliente, por ejemplo. En Collière (2009), habrá prácticas que no poseen la estructura del cuidado o que vayan hacia el Mal y tampoco podrán ser clasificadas como cuidado. Y en Foucault (2011), tan sólo basta con que esté ausente la espiritualidad para que ya no podamos hablar de *epimeleia heautou*.

En resumen, bajo la mirada de la ontología fundamental de M. Heidegger, el Cuidado corresponderá a la estructura fundamental del *Dasein* que lo abre al Mundo, los entes intramundanos, los otros, sí mismo, el Ser y el Tiempo. Además corresponderá a una unidad que no puede ser descompuesta y que permite que el *Dasein* quede caracterizado

por existir, ser fáctico y cadente en un Mundo. Debe también recordarse que tal noción de Cuidado es siempre ontológica y no puede ser considerada como conductas determinadas respecto de otros entes. En suma, el Cuidado será el fenómeno que permite que todos los demás sean.

Conclusión

El cuidado con énfasis en el Ser, expuesto a la luz de los escritos de M. Foucault y M. Heidegger, nos plantea una visión más amplia del fenómeno que las propuestas provenientes de la enfermería y la antropología. La principal diferencia que es posible apreciar entre el cuidado con énfasis en la salud y en el Bien/Mal es que éstos no exigen la transformación del sujeto para poder alcanzar la ‘salvación’. Es decir, todos los seres humanos están posibilitados para acceder a la salud y al Bien, sin mayores exigencias. Bajo el eje del Ser, el cuidado exige una transformación del ser para poder acceder a la ‘salvación’, en la cual el fenómeno es un camino o estructura necesaria, y que su fin último es la revelación del ser de las ‘cosas’, es decir, la verdad en Foucault (2011) y la respuesta a la pregunta por el Ser en Heidegger (1997).

Una segunda diferencia respecto de lo expuesto previamente, es que al menos para Heidegger (1997) el cuidado no corresponde a una de las aristas del ser humano sino a su estructura fundamental bajo la cual todo el resto de los fenómenos se abre. En otras palabras, el cuidado, en tanto fenómeno, puede estar ausente o deficiente en las teorías de enfermería, antropología y en M. Foucault. Sin embargo, desde Heidegger (1997), es un fenómeno siempre presente e irrenunciable.

En suma, al haber mirado un total de 21 posturas teóricas respecto del cuidado, divididas en tres grandes ejes – Salud, Bien/Mal y el Ser – podemos confirmar la ambigüedad teórica del concepto que señalan algunos autores y la diversidad de objeto a las que se aplica el fenómeno. Esto nos obliga a intentar encontrar puntos comunes respecto del cuidado que nos permitan poder aplicarlo al cuidado del psicoterapeuta, aspectos que se revisarán en los siguientes capítulos.

Capítulo 6. Análisis de las Teorías del Cuidado

Hasta este punto hemos recorrido la importancia del cuidado del terapeuta (Cap. 1) y los problemas respecto del cuidado en tanto fenómeno, de los cuales destaca la amplia gama de concepciones respecto del mismo (Cap. 2). En tal sentido es posible hablar de 18 nociones diferentes provenientes de la enfermería (Cap. 3), una desde la antropología (Cap. 4) y dos desde la filosofía (Cap. 5). Al considerar el conjunto de teorías aquí expuestas no sólo es posible apreciar la diversidad disciplinaria sino también diferentes filosofías, epistemologías, ontologías e intenciones de estudio del fenómeno que traen consigo 21 formas de concebir al ser humano y su cuidado. Tal panorama nos exige delimitar aquello a lo que nos referimos cuando hablamos de cuidado. Un primer camino posible corresponde a comparar las teorías con el objetivo de poder elegir aquella que se imponga al resto por su mayor poder explicativo. En tal sentido, serían dos los autores que nos otorgan una visión del cuidado lo suficientemente amplias como para incluir a las demás: La ontología fundamental de Heidegger (1997) y la noción etnohistórica de Collière (2009).

En primer lugar, se podría argumentar que tanto Heidegger como Collière podrían dar cuenta de todas las demás teorías a partir de sus postulados. Por su parte, Heidegger (1997) nos plantea una ontología fundamental en la cual el *Dasein* queda caracterizado como Cuidado y a partir del cual éste se abre al resto de los fenómenos. Respecto de esto el autor señala que “el preguntar ontológico es ciertamente más originario que el preguntar óptico de las ciencias positivas” (p.34) y agrega que la ontología fundamental “apunta también a determinar la condición de posibilidad de las ontologías mismas que anteceden a las ciencias ópticas y las fundan” (p.34). Es decir, toda otra delimitación del ser del cuidado desde la antropología o la enfermería sería *a posteriori* de una ontología fundamental. Incluso podría agregarse que, desde el autor, el resto de las teorías del cuidado no sólo carecen de una ontología fundamental, sino que además serían meras descripciones ópticas del fenómeno visto como *Vorhandenheit*, recordando que el autor señalaba: “la totalidad ontológicamente elemental de la estructura del cuidado no puede ser reducida a un ‘elemento’ óptico ‘primordial’, así como el ser tampoco puede ‘ser explicado’ por los entes” (Heidegger, 1997, p. 217).

Por otro lado, Collière (2009) da cuenta del cuidado desde sus orígenes antropológicos como un conjunto de prácticas, roles y discursos que tienen por objeto la mantención de la vida y la promoción del Bien. Desde su teoría es posible re-construir cada profesión de cuidado y cada noción que se tenga del mismo desde la concepción de Bien a la base y el rol que ocupa un ser humano respecto del cuidado. Así, sería posible dar cuenta de cada autor aquí tratado como un ‘chamán’ del cuidado, es decir, alguien capaz de interpretar los designios del Bien, y transmitir aquello que sería el fenómeno para un determinado grupo. En otras palabras, es posible mirar la teoría de Heidegger como uno de los posibles discursos del Bien, desde un ‘chamán’ que ha logrado interpretar los signos del Ser, quedando así supeditado al cuidado de M.F. Collière (2009).

Sin embargo, tal interpretación de las teorías de ambos autores adolecen de un problema insuperable, a saber, no contar con una base segura sobre la cual poder apoyarnos para indicar que un autor se ha acercado más al cuidado que otro. Es decir, sin una base segura que nos permita señalar que la teoría de un autor guarda más relación con el fenómeno que el resto, no podemos tomar partido por ninguna. No obstante lo anterior, no habría impedimentos para comparar las teorías entre sí, ni para buscar puntos transversales a ellas. Es debido a esta razón que se ha decidido tomar este segundo camino para la búsqueda del cuidado nuclear, es decir, se establecerán los puntos comunes a las teorías para luego extraer desde ahí el núcleo del fenómeno.

Desde la revisión del cuidado con énfasis en la Salud, el Bien y el Ser, destacan cuatro aspectos transversales y comunes a todas las teorías: i) el ser humano es el ente que puede encarnar el fenómeno; ii) el cuidado tiene un carácter relacional; iii) siempre tiene un carácter positivo; iv) intenta que los entes sean aquello que *deben ser*.

El Carácter Antropocéntrico del Cuidado

La primera característica transversal del cuidado es la concepción del ser humano como ente que puede encarnar el fenómeno. Es decir, el cuidado es un fenómeno que se hace posible a partir de lo humano, y si bien se nombra la posibilidad de que los animales cuiden (Collière, 2009), ningún autor ahonda en tal hipótesis ni la comprueba, teórica o empíricamente.

El cuidado como fenómeno humano se manifiesta bajo dos modos no excluyentes, como propiedad y como deber. El primero de estos, la propiedad, alude a una concepción del cuidado como algo que caracteriza a lo humano, o dicho de otra manera, una posibilidad que lo habilita para cuidar o ser cuidado por otros entes. El segundo modo, alude al fenómeno como un deber humano, es decir, una obligación. Esta obligación, como se mostrará, cobrará ribetes ontológicos, biológicos, profesionales o morales, dependiendo de cada autor.

En primer lugar nos referiremos al cuidado como propiedad de lo humano, es decir, como una característica de este ente. Dentro de esto encontraremos a algunos autores que consideran que el cuidado es una propiedad siempre presente y para otro será una propiedad adquirida.

En el primer extremo nos encontramos con la teoría del M. Heidegger (1997), para el cual el cuidado corresponde a la estructura fundamental del *Dasein* y aquello que posibilita la apertura al mundo, los entes intramundanos, los otros, el *Dasein* y el Ser. Para el autor alemán, el Cuidado es constitutivo del *Dasein*, y por ende no se puede ‘renunciar’ a él. Lo único que podría hacer que el *Dasein* no sea Cuidado es la muerte, sin embargo, como se señaló en capítulos anteriores, la muerte ontológica es sólo una posibilidad que jamás se hará fáctica mientras el *Dasein* siga siendo. Es decir, el *Dasein* será Cuidado desde siempre y por siempre, mientras siga siendo.

Siguiendo con el continuo del cuidado como propiedad siempre presente o adquirida, nos encontramos con M.F. Collière (2009) para la cual el cuidado está presente en todo momento en tanto el fenómeno tiene por objetivo la mantención de la vida. La distinción de la autora con la postura de M. Heidegger, radica en que éste expone una visión ontológica del fenómeno mientras que Collière (2009) apunta más bien a una visión óntica. Por otro lado, la *Sorge* heideggeriana tiñe todos los fenómenos humanos, mientras que el *soin* de Collière (2009) abre la posibilidad de que hayan fenómenos que no tienen a su base el cuidado. En este caso nos referimos a las prácticas que acercan al ente a la muerte o al Mal simbólico. Así también, la autora se diferencia de Heidegger al proponer que habría ciertos humanos más aptos para el cuidado que otros: el chamán (Collière, 2009). Es decir, si bien el cuidado está presente en todo momento, hay quienes tienen

mayor propiedad para encarnarlo o, en sentido negativo, habría personas menos aptas para cuidar de sí y de otros. Este punto nos da paso a la enfermería, bajo la cual el cuidado está siempre presente (Allen y Warner, 2002; Henderson, 1978; Leininger y McFarland, 2010; Neuman en Lawson, 2014; Roy y Zhan, 2010) pero que puede manifestarse de forma deficiente en algunas personas – el paciente –, de forma suficiente en personas ‘normales’ y de manera exaltada en la enfermera. De ahí que algunas autoras conciben el cuidado como el retorno del paciente a la forma suficiente de su cuidado (Johnson, 1990; King en Meleis, 2012; Henderson, 1978; Leininger y McFarland, 2010; Levine en Meleis, 2012; Orem, 2003[1987]; Wiedenbach en Meleis, 2012). En otras palabras, el cuidado desde la enfermería es algo que una persona puede perfeccionar y convertirse en enfermera o que se puede perder convirtiéndose así en paciente.

Al final del continuo encontramos al autor que mejor expone el cuidado como algo adquirido, M. Foucault (2011). El autor francés señalará explícitamente que la *epimelia heautou* es un privilegio al que sólo pueden acceder las elites. Pero no bastará sólo con ello, sino que además para poder adquirir el cuidado se deberá pasar por la instrucción de un maestro que nos guiará en la transformación del propio ser para poder ser merecedores de la verdad (Foucault, 2011). En comparación con la enfermería, el cuidado aquí no es algo que se tenga desde siempre y que se puede mostrar de formas deficientes, sino que es algo que el sujeto debe ganar. En suma, el cuidado tiene siempre el carácter de fenómeno humano, ya sea como fenómeno constitutivo o adquirido.

En segundo lugar, cabe hablar del cuidado como deber u obligación, en el sentido de algo a lo que no se puede renunciar y que tiene que ser llevado a cabo. Tal punto en común queda expresado fundamentalmente en Heidegger (1997), para el cual el *Dasein* tiene que cuidar de su propio ser, si no, no podría seguir siendo (Rivera y Stiven, 2010), es decir, aquí el cuidado tiene el carácter de deber ontológico. En Collière (2009), por otro lado, el cuidado tiene el carácter de deber biológico, en tanto es aquello que permite que nos mantengamos con vida a nosotros y a nuestro grupo. En tercer lugar, para la enfermería el cuidado toma ribetes de imperativo profesional, es decir, como se señaló en el capítulo referente a estas teorías, la enfermería profesional ha monopolizado el cuidado posicionándose como la profesión capaz de cuidar y por ende que debe hacerlo. De hecho

sólo una de las autoras tratadas concibe explícitamente que es válido que el paciente pueda llegar a rechazar el cuidado enfermero (King en Meleis, 2012). Por último, para Foucault (2011) la *epimeleia heautou* tiene un sentido moral en tanto llevará al ser humano hacia su bien y su salvación. En otras palabras, cada autor propone un cuidado asociado a una noción particular de humano que tendrá la obligación de llevar a cabo el cuidado, es decir, seguir siendo ahí para el *Dasein* (Heidegger, 1997), mantenerse vivo para las personas (Collière, 2009), cuidar la salud de otros en la enfermería y cuidar de sí en los griegos (Foucault, 2011).

El Carácter Relacional del Cuidado

Un segundo punto en común respecto del cuidado es su carácter relacional, es decir, el cuidado aparece siempre como aquello que posibilita las relaciones o como una forma de relación particular. Dicho de otra manera, no es posible hablar de cuidado de un ente aislado, el cuidado será siempre ‘cuidado con algo’ o ‘cuidado de algo’. Incluso al hablar del cuidado de sí mismo debemos considerarlo como una relación, en tanto el sujeto se abre a sí mismo como si fuera un otro (Foucault, 2011). En el caso de Heidegger (1997), no podemos hablar de cuidado de sí, en tanto sería redundante, puesto que el *Dasein* es cuidado, y tal afirmación sería equivalente a decir cuidado del ente que es Cuidado. Sin embargo, fuera de las limitaciones del lenguaje ya se ha señalado que aquello de lo que cuida el *Dasein* es de su propio ser, es decir, de sí (Rivera y Stuvén, 2010). En otras palabras, el cuidado siempre se manifiesta en una relación, ya sea del ente consigo mismo u otro ente.

Una primera forma en la que el cuidado se revela como relación es bajo el modo de aquello que permite que el ser humano pueda ponerse en relación. Será M. Heidegger (1997) quien exprese esto con mayor claridad, para el cual el Cuidado es el ser del *Dasein* y aquello que lo abre al Mundo, los entes intramundanos, los otros y el Ser. Es decir, sólo porque el *Dasein* es *Sorge*, es que puede relacionarse con los entes intramundanos del Mundo bajo el modo de la *besorgen* y, además, encontrarse con otros *Dasein* bajo el modo de la *Fürsorge* (Heidegger, 1997). La forma en que el *Dasein* se encuentra con el ser de las ‘cosas’ y los otros es a partir del Cuidado, y jamás a la inversa.

Por otro lado, en Collière (2009) el cuidado surge en los primeros humanos en relación con un entorno físico, es decir, las formas del cuidado dependen de dónde se desarrolle el ser humano. Además el cuidado se da en relación con otros, al quedar definido como la mantención de la vida del individuo y su grupo. La misma autora agrega que el cuidado tiene un fuerte componente grupal, en tanto se desarrolla a partir de nociones del Bien, prácticas, roles y discursos que sólo se pueden producir en lo social. Es decir, para la autora la existencia de una relación es requisito para el cuidado, a diferencia de lo que plantea Heidegger (1997), para el cual el cuidado es requisito para cualquier relación. A partir de esto se abre la posibilidad de que hay tipos de relaciones en las que el cuidado está ausente, y tales corresponderían a los fenómenos del Mal, o el acercamiento a la muerte (Collière, 2009).

En el caso de la enfermería, se concibe a la persona siempre en relación con un entorno, pero el cuidado enfermero se dará en la relación entre paciente y profesional. Dentro de este grupo destaca la Escuela de la Interacción como la que más énfasis pone en el aspecto relacional del cuidado. Para esta escuela el cuidado *es* lo relacional, es decir, aquello que ‘sana’ al paciente es la relación con la enfermera generando en el paciente la experiencia de crecimiento y de sentido (Meleis, 2012).

Por último, en Foucault (2011), el cuidado también surge *en* una relación, la del discípulo con el maestro. Sin embargo, a partir del cuidado el sujeto alcanzará la verdad y podrá establecer una relación nueva y particular con su mundo, la de distinguir lo verdadero de lo falso. En tal sentido, el cuidado de sí queda posibilitado *en* la relación pero luego será *la* posibilidad de relación con lo verdadero.

Así, el segundo punto en común de las teorías del cuidado corresponde al carácter relacional con que lo conciben los autores en cuestión, ya sea como *la* posibilidad de relacionarse o como *una* posibilidad de relacionarse.

El Cuidado Como Apertura de Posibilidades Positivas

El tercer punto en común de las teorías de cuidado corresponde a la caracterización del mismo como un fenómeno que tiene consecuencias positivas sobre un ente en particular, o en sentido opuesto, que jamás se presenta como algo perjudicial. Sin embargo,

los diferentes tipos de cuidado apuntan a expresiones del mismo que frente al sentido común pudieran parecer bastante ‘negativas’ o ‘perjudiciales’. Con ello nos referimos a las prácticas caníbales y sacrificiales expuestas por Attali (1981), el arrebatarse la vida a otro como modo de la *Fürsorge* en Heidegger (1997) e incluso el suicidio en la obra de Foucault (2011). Sin embargo, para poder comprender este punto necesitamos definir el ‘quién/qué’ del cuidado. Es decir, el cuidado no sólo es humano y relacional, sino que además se dirige a un ‘quién/qué’, sólo comprendiendo esto es que se podrá hablar del cuidado como apertura de posibilidades positivas. Entonces, el cuidado necesita la delimitación del ente al que se dirige, y a partir del ser de éste se abrirán unas posibilidades antes que otras.

A partir de la delimitación del ente en cuestión en una relación de cuidado es que puede entenderse que para la enfermería haya 18 formas diferentes de definir el cuidado. Es decir, en tanto el ser humano es el ente en cuestión de la enfermería, y en tanto cada enfermera lo concibe de un modo diferente, es que podemos hablar de tal diversidad de cuidado. Así, cuando Johnson (1968) delimita el cuidado como equilibrar el sistema de comportamiento de un paciente, es porque a su base concibe que el paciente *es* un ente que se comporta a partir de patrones predecibles que pueden ser intervenidos (Meleis, 2012). Dicho de otro modo, la delimitación del ser humano como la suma de sus partes es lo que permite concebir una forma de cuidado como la de D. Johnson (Meleis, 2012). Por otro lado, sólo en tanto M. Rogers concibe al ser humano como campos de energía es que el cuidado corresponderá a la integración de éste con el entorno también concebido como campo de energía (Kérouac y cols., 2002). En *Ser y Tiempo*, Heidegger (1997) se dedica a delimitar el ser del *Dasein* durante toda la primera parte del libro, y sólo una vez lo ha delimitado es que señala en qué sentido el Cuidado es la estructura fundamental y el ser del *Dasein*. En suma, al menos para las teorías revisadas, el cuidado queda delimitado según el ente en cuestión al que se refiere.

Habiendo comprendido lo anterior es que podemos señalar que el cuidado contiene en sí la intención de abrir posibilidades positivas, las cuales están circunscritas a la delimitación de un ente particular. De ahí que el canibalismo puede comprenderse como posibilidad positiva, en tanto aleja el Mal para un ser humano particular, el ser humano primitivo. Así también el quitar la vida a otro como modo de la *Fürsorge* es una posibilidad

positiva en tanto el *Dasein* no está cruzado por una moral, sino que su ser queda definido por tener que ser, y no por cómo éste esté siendo ónticamente. Esto último también puede llegar a ser cuidado para Collière (2009) en tanto el ente de su teoría es un ente que lucha por mantener la vida a toda costa, incluso si ello implica la lucha y muerte de otro ser humano.

Considerando lo anterior, a grandes rasgos, el cuidado queda definido en base a los entes en cuestión como aquello que permite que: el *Dasein* siga siendo ahí (Heidegger, 1997), acceder a la verdad (Foucault, 2011), mantener la vida (Collière, 2009), que la persona sea independiente de su salud (Henderson, 1978; King en Meleis, 2012; Levine en Meleis, 2012; Orem, 2003[1987]), conocer la propia enfermedad y salud (Orlando, 1987; Peplau en Kérouac y cols., 2002; Rogers, 1992), crecer y expandirse a partir de la enfermedad (Newman, 2008; Paterson y Zderad, 1988; Travelbee en Meleis, 2012), adaptarse al entorno (Roy y Zhan, 2010), recuperar la salud (Johnson, 1990; Leininger y McFarland, 2010; Wiedenbach en Meleis, 2012), mantener los sistemas estables (Neuman en Lawson, 2014), promover la salud (Allen y Warner, 2002), actualizar y armonizar el ser (Parse, 1997; Watson, 1988 en Kérouac y cols., 2002), todas posibilidades positivas que dependen de la noción de ser humano a la base de cada teoría.

Entonces, el cuidado es un fenómeno humano y relacional que se dirige hacia un ente en particular, es decir, el cuidado siempre es ‘cuidado de algo...’ como se señaló previamente. La delimitación del ente al que se dirige el cuidado es lo que definirá las posibilidades que se llevarán a cabo respecto de ese ente. Tales posibilidades guardan relación con lo positivo para ese ente, y jamás lo perjudicial.

El Cuidado Como un ‘Deber Ser’ del Ente

En cuarto y último lugar, es común a todas las teorías que el objetivo del fenómeno es que un ente se acerque a aquello que *debe* ser. Esto se deriva de los puntos anteriores, e implica que en tanto el ente queda delimitado en la relación que un ser humano guarda con éste, entonces las posibilidades positivas a abrir dependerán de lo que tal ser humano conciba como el ‘deber ser’ del ente.

Heidegger (1997) ilustra claramente este punto al considerar que los otros y los útiles no comparecen frente al *Dasein* como *Vorhandenheit* sino en tanto el *Dasein* los incluye en su proyecto. Volviendo a un ejemplo de un capítulo anterior, el cuidado de un lápiz dependerá de cómo se inserte éste en mi proyecto y podrá corresponder a abrir las posibilidades positivas de éste en tanto instrumento para percutir sonidos en la mesa, útil para escribir o como proyectil hacia alguien con quien se está disgustado. Otro ejemplo donde puede observarse esto es en cómo aquello que se espera de un niño, desembocará en distintas formas de cuidarlo. Es decir, si se espera que sea un gran matemático, que sea un hombre fuerte o simplemente que sea feliz, las formas del cuidado tomarán ribetes diferentes, porque el cuidador lo concibe de formas diferentes.

En el caso de la enfermería se tiene la concepción de que el ser humano debe ser saludable y por ende el cuidado apuntará a mantener al ente en ese estado. En el caso de Newman (2008), por ejemplo, para la cual el ser humano *es* un ser en expansión de consciencia, la enfermedad no define al ente y por ende puede ser considerada como una forma válida de ser. No así en Johnson (1990), Leininger (Leininger y McFarland, 2010) o Wiedenbach (en Meleis, 2012) para las cuales lo que define al ser es la mantención y recuperación de la salud, por lo cual la enfermedad no es una posibilidad que se ‘permita’ en el ser, ser enfermo no es lo que el ente ‘debe ser’.

Ahora bien, si cada autor tiene una noción acerca de lo que el ente ‘debe ser’ hay un punto que es transversal a todos, ya sea implícita o explícitamente. Con ello nos referimos a la finitud del ente. En algunos autores esto queda delimitado como la muerte, por ejemplo en Collière (2009). Sin embargo, la muerte biológica no necesariamente implica la finitud del ente. De ahí que podamos pensar en el mundo de las almas expuesto por Attali (1981), la vida después de la muerte en el momento cristiano de la *epimelia heautou* (Foucault, 2011), o en la muerte ontológica como posibilidad por excelencia expuesta por M. Heidegger (1997). Es decir, no es el hecho de que el ente ‘muera’ sino la posibilidad de que deje de ser lo que ‘debe ser’, o en su defecto, que se manifieste en formas de ser deficientes respecto de su ‘deber ser’. Así, la finitud del ente es aquello a lo que el cuidado se enfrenta. No es sólo que el ente ‘deba ser’ de una u otra manera, sino que ante todo ‘debe seguir siendo’. En términos concretos, el ser humano debe seguir vivo para Collière (2009), el

Dasein debe seguir siendo ahí para Heidegger (1997), en la enfermería el ser humano debe seguir siendo saludable, etc. debido a que si no siguiera vivo, si no fuera más ahí o si no pudiera alcanzar la salud, entonces diríamos que el cuidado ha fallado ya que el ente no pudo seguir siendo lo que era, lo que más le corresponde ser. Esto que el ente debe seguir siendo es lo que denominaremos como ‘la posibilidad más propia del ente’. Y tal como se señaló previamente el ‘deber ser’ de un ente quedará definido por el ser humano que lo incluye en su proyecto.

En tanto el cuidado siempre se presenta como aquello que intenta llevar a un ente a su ‘posibilidad más propia’, es posible observar tres modos del fenómeno: la perpetuación, la restauración y la trascendencia. El primer modo apunta a que un ente siga siendo lo que ya es en un momento dado, es decir, lo que se intenta es perpetuar al ente. Por ejemplo, en Heidegger (1997) y Collière (2009) el cuidado apuntará a que el *Dasein* siga siendo ahí y que el ser humano siga siendo un ente vivo. O sea, el cuidado lo que posibilita es la perpetuación de tal característica de ambos entes.

El segundo modo, corresponderá a la recuperación de la ‘posibilidad más propia’ de un ente, y con ello se alude a la situación en la que un ente ha perdido algo que lo constituía o, en su defecto, presenta en forma deficiente una de sus características. Lo que se busca con el cuidado desde este segundo modo es que el ente vuelva a ser algo que era. Este modo del cuidado es posible observarlo en King (en Meleis, 2012), Orem (2003[1987]), Henderson (1978), Levine (en Meleis, 2012), Roy (Roy y Zhan, 2010), Johnson (1990), Wiedenbach (en Meleis, 2012) y Leininger (Leininger y McFarland, 2010), por ejemplo, para las cuales el cuidado apunta a una vuelta del sujeto a su integración con el entorno, o la recuperación de la salud. Dicho de otro modo, para estas autoras es más propio y más característico de lo humano el estar saludable e integrado en un entorno que el estar enfermo y deficientemente integrado.

Por último, el tercer modo del cuidado es el de la trascendencia, en el cual el ente aún no ha alcanzado su ‘posibilidad más propia’ y podrá hacerlo en la medida en que sea cuidado. Es decir, el ente debe trascender aquello que es porque su ser ‘auténtico’ aún no ha sido alcanzado. Ejemplo de este último modo son las posturas de Foucault (2011), Newman (2008), Parse (1997), Paterson y Zderad (1988), Travelbee (en Meleis 2012) y Watson

(1988 en Kérouac y cols., 2002) bajo los cuales el ente en cuesti3n no se ha mostrado en su ‘real’ ser, quedando el cuidado delimitado como algo que ayuda a que el ente se trascienda a sí mismo, es decir, que alcance la sabiduría, que crezca y se desarrolle a partir de la enfermedad, que se autoactualice y/o alcance la armonía del ser.

En resumen de este último punto se puede decir que la cuarta característica en común del cuidado es la descripci3n del mismo como un fen3meno que busca que los entes sean su ‘posibilidad más propia’, o lo que ‘deben ser’, y se expresa bajo tres modos: la perpetuaci3n, la restauraci3n o la trascendencia del ente. Este punto, que se sostiene en los tres anteriores, corresponderá al núcleo del cuidado.

En conclusi3n, a partir de los puntos en comunes y transversales de las 21 teorías del cuidado aquí expuestas, se nos revela el núcleo del fen3meno como la intenci3n de que los entes sean su ‘posibilidad más propia’ ya sea a partir de la perpetuaci3n, restauraci3n o trascendencia. Además queda delimitado el fen3meno como una propiedad y deber del ser humano que se muestra siempre desde lo relacional y que se traduce en la apertura de posibilidades positivas en los entes de la relaci3n.

Habiendo comprobado que a la base de las teorías sobre el cuidado hay un núcleo común a todas ellas, es posible retomar la pregunta inicial de la presente investigaci3n:  qu  es el cuidado humano con miras al psicoterapeuta?

Capítulo 7. El Cuidado del Psicoterapeuta a la Luz del Cuidado Nuclear

Retomando lo señalado en el capítulo anterior, el cuidado nuclear queda definido a partir de sus puntos comunes, es decir, el ser una propiedad y/o deber humano, de tipo relacional, que intenta abrir posibilidades positivas en un ente para llevarlo hacia lo que ‘debe ser’. A partir de ello, podemos entender el núcleo del cuidado como la intención de llevar a un ente hacia su ‘posibilidad más propia’. Esto quiere decir que cuidar no es otra cosa que intentar que aquello que cuidamos sea lo que más le corresponde ser. Por ejemplo, cuidar un objeto preciado es evitar su desgaste, porque en su cuidado pretendemos que siga siendo lo que es. Por otro lado, el cuidado de un familiar enfermo será ayudarlo a recuperar su salud, en tanto estar enfermo no es lo que más le corresponde ser. En cambio cuidar de un niño puede ser procurar que se desarrolle y crezca, y jamás que siga siendo un niño por siempre, en tanto es propio de la infancia el ser una etapa de tránsito hacia la adultez. En estos tres ejemplos observamos los tres modos del cuidado: i) la perpetuación del ente como el intento de que éste siga siendo algo que ya es; ii) la restauración del ente como el intento de que éste recupere algo que ha perdido, y iii) la trascendencia del ente como el intento de que éste sea algo que aún no es.

Las implicancias del cuidado visto desde su núcleo son amplias y no menores respecto de lo que se ha concebido hasta el momento sobre el fenómeno en psicología. En primer lugar, debemos considerar que el cuidado siempre es un fenómeno concreto y que ocurre en un aquí y ahora, es decir, a pesar de que podamos referirnos al fenómeno en términos teóricos, esto no es otra cosa que uno de los modos concretos del cuidado, en tanto práctica discursiva del mismo. En segundo lugar, las diferentes expresiones del cuidado nuclear, tales como las 21 teorías aquí expuestas, compiten y se complementan entre sí. Recordemos pues las diferencias teóricas entre los autores respecto del mismo fenómeno o, por otro lado, la complementariedad y competencia de los cuidados hegemónicos y legos (Haro, 2000), cuidados de costumbre y curación (Collière, 2009) o los cuidados de enfermería profesional y legos (Orlando, 1987). En tercer lugar, las diversas nociones del cuidado quedan encarnadas y expresadas por un individuo particular en un momento y espacio dado. Recuérdese que la intención de llevar a un ente hacia su ‘deber ser’ o

‘posibilidad más propia’ no quedaba definida por el ente en sí, sino por aquel que encarna el cuidado y lo dirige hacia tal ente. Así, cada una de las autoras de enfermería cuida y concibe el cuidado desde su modo particular de ver al ser humano y lo que éste ‘debe ser’. En cuarto lugar, si el cuidado depende de aquel que encarna el fenómeno y lo dirige hacia otro ente, entonces éste exige la pregunta por el ‘quién’ del que cuida y la indexicalización del fenómeno. En otras palabras, el cuidado cobra sentido en la medida que es encarnado por una persona particular situada en un momento y espacio particular, y a partir de su existencia particular. Por último, y en quinto lugar, la visión del cuidado a partir de su núcleo exige que el fenómeno sea considerado en toda su amplitud, o en su defecto que se delimite a qué aspecto del todo se hace referencia. Esto último cobra relevancia al considerar las implicancias biológicas, ontológicas, antropológicas, históricas, económicas y morales respecto del cuidado, que nos invitan a mirar el fenómeno como algo más allá de la salud/enfermedad.

Considerando el cuidado nuclear y sus implicancias, es momento de pensar en el cuidado del psicoterapeuta, pero antes de ello debemos posicionar a la psicoterapia como una disciplina relacionada al cuidado.

La Psicoterapia y su Relación con el Cuidado

Al igual que el cuidado, la psicoterapia como disciplina y como constructo está cruzada por un sinnúmero de definiciones, teorías y prácticas. Se suele agrupar las distintas psicoterapias en cuatro grandes grupos o ‘fuerzas’, a saber, terapia psicoanalítica-psicodinámica, terapia cognitivo-conductual, terapia humanista y terapia sistémica. Sin embargo, estas corrientes se subdividen y se integran en tantas combinaciones posibles que Karasu en 1986 (en Lazarus, 1996) ya contaba más de 400 psicoterapias y Opazo (1992) señala que para el año 2300 habrían más psicoterapias que personas en el mundo. A lo anterior se debe sumar qué es la psicoterapia para cada terapeuta que la aplica, para el cliente que consulta y para las personas en general, teniendo así una multiplicidad de nociones que dificultan el hablar de la psicoterapia en general. Este problema debe ser superado si es que se quiere mirar la psicoterapia desde el cuidado, o en caso contrario se estaría hablando de sólo un tipo particular de terapia.

Sólo por dar algunos ejemplos clásicos sobre la diversidad de enfoques, en 1872 la psicoterapia podía ser entendida como “la influencia general del médico sobre el paciente correspondiente a la excitación de aquellos estados mentales que actúan beneficiosamente sobre el cuerpo durante la enfermedad” (Tuke en van Deth, 2013, p.3). Posteriormente, en 1905, S. Freud indicaba en una conferencia que su psicoterapia se fundaba en que “la traducción del material inconsciente dado en la vida anímica del enfermo tiene que corregir su desviación de lo normal” (Freud, 1992[1905], p. 255). El discípulo de Freud y posterior disidente del psicoanálisis, C.G. Jung señalaba respecto de la psicoterapia que esta es: “una técnica para cambiar la actitud mental ... [que] consiste primordialmente en la integración de los contenidos inconscientes en la consciencia” (Jung, 1986[1948], p.93; corchetes agregados por el autor). Luego C. Rogers señala respecto de la psicoterapia que es “un proceso por medio del cual el hombre se convierte en su propio organismo, sin autodecepción ni distorsión alguna” (2013 [1953], pp. 99-100). En los años 80 uno de los fundadores de la terapia cognitiva, A. Beck, definía su psicoterapia como “un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010, p. 13). Es decir, en todos estos ejemplos es posible observar diferentes nociones para un mismo fenómeno.

Por otro lado, también es posible encontrar posturas críticas respecto de la psicoterapia que intentan anular cualquier definición que se pueda dar de ella, como es el caso de T. Szasz (2004) quien señala que la terapia no sería más que un mito, carente de realidad fáctica, e incluso la posiciona como una forma de tortura. Según Szasz (2004), la psicoterapia no es terapéutica y puede ser definida como “el nombre que damos a una clase particular de influencia personal” (p. 19) y agrega críticamente que “virtualmente todas las interacciones de una persona con otra pueden definirse ahora como psicoterapéuticas” (p.9).

Sin embargo, y a pesar de las múltiples definiciones y prácticas de la psicoterapia, hay ciertos aspectos comunes que las trascienden y que nos permitirían establecer su relación con el cuidado nuclear.

El punto en común a las psicoterapias que nos permite considerarla desde el cuidado nuclear es su objetivo. Toda psicoterapia tiene por meta ser terapéutica, es decir, lograr que

el consultante cambie para ‘mejor’ durante el proceso. En este sentido, la *American Psychological Association* (APA) señala bajo una resolución del año 2012 titulada *Reconocimiento de la efectividad en psicoterapia* que la psicoterapia es “una práctica diseñada para proporcionar alivio sintomático, cambios de personalidad, reducir futuros episodios sintomáticos, mejorar la calidad de vida, promover la adaptación en el trabajo/estudios y las relaciones, aumentar la probabilidad de tomar decisiones de vida sanas” (¶4). A partir de lo anterior, el no cumplimiento de tal premisa debiera convertir inmediatamente a una psicoterapia en no-terapéutica, ya sea por no generar ningún cambio atribuible a sí misma o ya sea por sus efectos iatrogénicos.

Ahora bien, distintas terapias pueden incluso tener concepciones opuestas sobre qué cambio es el que intentan generar en el cliente. Sólo por dar uno de los múltiples ejemplos –recuérdese que habrían más de 400 psicoterapias susceptibles de ser comparadas– V. Frankl (2013 [1946]) indica que la terapia individual adleriana y el psicoanálisis freudiano son opuestas tanto en sus nociones de psicopatología como de obtención de la cura. Por una parte, la terapia individual concibe la psicopatología como producto de la desresponsabilización del sujeto respecto de sus tendencias anímicas radicando la cura en la responsabilidad y, por otra parte, el psicoanálisis freudiano pone el eje de la psicopatología en la represión de la sexualidad y radica la cura en la apropiación por parte de la conciencia de los contenidos reprimidos (Frankl, 2013 [1946]). Agrega el autor que ambas terapias son opuestas, además, en que la primera es de orden temporal y la segunda espacial, que la primera es de orden formal y la segunda de orden material y también que la terapia adleriana pone el énfasis en la finalidad mientras que el psicoanálisis pone el énfasis en la causalidad (Frankl, 2013 [1946]).

Al ejemplo otorgado por Frankl (2013[1946]), podemos sumar las definiciones de psicoterapia antes nombradas y nos encontraremos con un objetivo común expresado bajo formas diferentes: la psicoterapia tiene como objetivo que el cliente alcance un estado ‘mejor’ que aquel en que se encuentra. Tal aspecto, común a las disciplinas de salud, coincide con el tercer punto en común de las teorías del cuidado, es decir, la apertura de posibilidades positivas en un ente. En términos del cuidado nuclear podríamos señalar que la psicoterapia intenta llevar al ente humano hacia su ‘deber ser’ o su ‘posibilidad más

propia’, la cual queda definida por las concepciones que cada terapia tenga sobre aquello que ‘debe ser’ el cliente. Así, si bien se reconocen distintas corrientes psicológicas con antropologías, ontologías, técnicas y prácticas diferentes, toda psicoterapia tiene a su base la intención de generar un cambio en la persona que sea para mejor, y para que se acerque a lo que ‘debe ser’. En otras palabras, implícitamente la psicoterapia tiene la forma de una relación de cuidado nuclear.

El objetivo común de la psicoterapia revela que ésta no es otra cosa que una expresión del cuidado nuclear, tal como lo es la enfermería, y diferenciada de ésta y otras disciplinas de salud por su marco de referencia sobre el que se establecen los discursos, prácticas y roles del cuidado: la *psykhe*.

La psicoterapia como expresión del cuidado

A partir de lo señalado en el capítulo anterior el cuidado queda definido como la intención de que un ente alcance su ‘posibilidad más propia’. En el caso de la enfermería, arte y ciencia del cuidado, observábamos cómo a partir de una delimitación del cliente se desarrollaba el cuidado como la apertura de posibilidades positivas de éste hacia lo que se supone que ‘debe ser’. Dicho en otros términos, el cuidado enfermero desarrolla un conjunto de prácticas que tienen por objetivo que el paciente recupere o se mantenga en un estado saludable. La psicoterapia no dista mucho de tal concepción en tanto, como se señaló más arriba, ésta intenta que la persona se dirija hacia un estado mejor. Lo ‘mejor’ hacia donde debe tender la persona no es otra cosa que la delimitación de ser humano propia de cada teoría psicoterapéutica. En otras palabras, la psicoterapia presentaría a su base el cuidado nuclear y sería ante todo una especialización del fenómeno.

El poder mirar la psicoterapia como una especialización del cuidado, no es sólo una propuesta de la presente investigación, sino que se la puede encontrar implícita en autores como M.F. Collière (2009) y M. Heidegger (1997). Para la autora francesa el cuidado es el primer arte de la vida y las distintas profesiones de salud serían especializaciones de tal fenómeno primigenio (Collière, 2009). Así, las actuales matronas serían herederas de las nodrizas primitivas, los cirujanos de los guerreros encargados de componer y suturar a su compañeros, el médico del chamán, el farmacéutico de los primeros recolectores de plantas

medicinales, etc. (Collière, 2009). Si bien la autora no nombra específicamente a la psicología, es posible pensarla como una especialización del arte de mantención del Bien y la vida, como una posible heredera de las funciones del chamán y la disciplina encargada de ‘leer’ los designios del mal psíquico para su posterior erradicación.

Por otro lado, M. Heidegger (1997) señala que todas las disciplinas científicas son *a posteriori* de la estructura ontológica del *Dasein*. Por ende, si el *Dasein* es estructuralmente Cuidado [*Sorge*] la psicología es *a posteriori* del Cuidado y es posible sólo en tanto el *Dasein* queda abierto a las posibilidades de estar-con en un mundo compartido bajo el modo de la *Fürsorge* [Solicitud/cuidado de otros]. Desde aquí es posible pensar la psicología como expresión óptica del Cuidado, especialización y tecnificación de la *Fürsorge*. En tal sentido, L. Binswanger, psiquiatra alemán, desarrolló una psicoterapia basada en los postulados heideggerianos, particularmente con énfasis en las nociones de ‘proyecto’ y ‘cuidado’, al igual que lo hará M. Boss aunque con mayor énfasis en la noción de tiempo (Lopez, 2011). Así también, el cuidado de sí expuesto por M. Foucault (2011) también ha tenido repercusiones en la psicoterapia, situándolo como la base y un aspecto irrenunciable de ésta (Cañal, 2011) o como una forma de estar en la supervisión clínica (Jiménez, 2013), por nombrar algunos ejemplos.

Lo que podría extraerse de los autores del cuidado antes nombrados, queda expuesto aquí de un modo radicalizado, es decir, bajo la mirada del cuidado nuclear la psicoterapia es una de las posibles expresiones del fenómeno por su intención de llevar a al ente a su ‘posibilidad más propia’.

En resumen, a partir del objetivo común de la psicoterapia es posible considerar que ésta, como un todo, guarda estricta relación con el cuidado nuclear y no es otra cosa que una expresión del mismo.

El Cuidado del Terapeuta

Si el cuidado nuclear es la intención de llevar a un ente hacia su ‘posibilidad más propia’ y la psicoterapia queda delimitada como una expresión del cuidado nuclear, corresponde retomar la pregunta fundamental de la presente investigación: ¿qué es el cuidado con miras al psicoterapeuta? o ¿qué es el cuidado del terapeuta?

Tal como se expuso en los primeros capítulos, el cuidado del terapeuta se asocia actualmente a la prevención del desgaste laboral producto de trabajar en relaciones de ayuda, es decir, cuidarnos como terapeutas sería el conjunto de acciones que realizamos en pos de mantener nuestra salud mental. La siguiente definición es quizás lo más representativo de este modelo: “conjunto amplio de conductas que, al ser emitidas, se asocian a bajos niveles de desgaste laboral” (Guerra y cols., s.f. en Guerra y cols., 2009, p. 74). En esta línea encontramos los estudios sobre habilidades de autocuidado en psicólogos en formación (González, Gaspar, Luengo y Amigo, 2014), cuidado de psicoterapeutas novatos versus experimentados (Cerdeira, 2012; Concha, 2013), autocuidado en terapeutas que trabajan con población infanto-juvenil (Werner, 2010), con pacientes con enfermedades crónicas (Figley, 2002), con pacientes difíciles (Rodríguez y Arias, 2013), autocuidado e intervisión de terapeutas desde el psicodrama (Filgueira, 2014a; Filgueira, 2014b), autocuidado desde intervención cognitiva conductual (Guerra y cols., 2009), autocuidado desde mindfulness (Chambers y Maris, 2010), autocuidado desde la asertividad generativa (Durruty, 2005), autocuidado de equipos psicoterapéuticos (Orellana y Paredes, 2006), frecuencia de conductas de autocuidado en psicoterapeutas (Betta, Morales, Rodríguez y Guerra, 2007) e instrumentos para medir el autocuidado de terapeutas (Guerra y cols., 2011), entre otros. Por otro lado, también es posible hallar algunos estudios que refieren el autocuidado desde la promoción de salud antes que de la prevención de enfermedad como puede ser el caso de Torres-Godoy y Romero (2006) o Norcross y Guy (2007).

A pesar de las investigaciones antes señaladas, y a la luz de las teorías aquí expuestas en conjunto con la propuesta del cuidado nuclear, referimos al cuidado del terapeuta desde el polo salud/enfermedad sólo apunta a una parte del fenómeno y no puede reducirse exclusivamente a ello.

Un otro para nosotros mismos

Cuando se definió el cuidado nuclear se señaló que el ‘deber ser’ del ente o ‘su posibilidad más propia’ quedaba definida por aquel que se abre al cuidado de otro ente. Por ejemplo, el cuidado de enfermería queda definido por la enfermera que se abre al cuidado del cliente, es decir, en la profesional radica la visión de hacia dónde debe dirigirse el ente

según la delimitación que ha hecho del ser humano y la salud. Sin embargo, en el caso de una relación consigo mismo cabe preguntarse desde dónde queda delimitado el ente y, en segundo lugar, desde dónde se delimita ‘la posibilidad más propia’ de éste, en tanto cuidador y cuidado son uno y el mismo ente.

Acudiendo a las teorías investigadas, aparece siempre que los otros juegan un rol fundamental en el propio cuidado. En Heidegger (1997) serán los otros bajo la forma del ‘Uno’ o el ‘se’ [*das Man*] los que guiarán la existencia cotidiana del *Dasein* y por ende su cuidado óntico. El *Dasein* hace lo que *se* hace, come lo que *uno* debe comer y se cuida como *uno* se debe cuidar. En Collière (2009) las formas del propio cuidado se aprenden del grupo en el que se está y los dictámenes del chamán, quien señala el camino del Bien/cuidado para los individuos. Para Orem (2003[1987]) el autocuidado es algo que se aprende del entorno familiar y la sociedad en la que se vive. Y para Foucault (2011) el cuidado de sí sólo es posible frente a la presencia de otro: el maestro.

A partir de lo anterior, podemos suponer que el terapeuta se abre a sí mismo como objeto de cuidado desde el conjunto de otros que quedan encarnados en él. Refugiado en los otros y en sus discursos es el que terapeuta se lleva hacia lo que ‘debe ser’ suponiendo que esa es su ‘posibilidad más propia’. Ejemplo de esto pueden ser los estereotipos que se desarrollan a partir de las teorías terapéuticas. Una idea bastante ejemplificadora de esto es la idea de que los psicoanalistas tienden a ser neutrales y vestirse de negro, mientras que los psicólogos humanistas tienden a tener más facilidad para el tacto, hablar pausados y vestirse con ropas holgadas. Si bien no es más que una caricatura, es al mismo tiempo muy ejemplificadora de este punto. Por dar un ejemplo más académico, es posible citar la entrevista en la cual A. Maslow (Frick, 1971 en Villegas, 1986) criticaba a los jóvenes humanistas que se desenvolvían desde lo que podríamos denominar acá como el ‘deber ser’. El autor señalaba:

Muchos jóvenes se fijan estas metas de una manera idealista: [...] metas finales de verdad, honestidad y justicia, el abandono de la hipocresía y la falsedad. Los jóvenes lo están haciendo de una manera estúpida e ineficaz: lo quieren ahora. Y no se dan cuenta de que es un proyecto para toda la vida y que no se logra en una única y enorme experiencia pico (Frick, 1971 en Villegas, 1986, pp. 25-26; corchetes agregados).

En la entrevista a Frick (1971, en Villegas, 1986), Maslow señalaba como los jóvenes humanistas estaban minando la corriente desde dentro al intentar ser a la fuerza eso que bajo el cuidado nuclear queda delimitado como ‘deber ser’. Otro ejemplo de este punto son los manuales de psicoterapia, los cuales no son otra cosa que la concretización del ‘deber ser’ para el terapeuta. A partir del manual de psicoterapia el terapeuta puede definirse en base a qué tan cerca o lejos está su ser de lo que el manual le exige.

Así, podemos señalar que la primera forma bajo la cual el terapeuta concibe lo que debe ser es a partir de su estar perdido y refugiado en los otros, viviéndose *como si* lo que la teoría dice que ‘debe ser’ fuera su ‘posibilidad más propia’.

El cuidado desde el ‘deber ser’ en ningún sentido es negativo, sino que simplemente desde ahí se abrirán unas posibilidades y no otras. Piénsese, por ejemplo, en cómo podríamos formarnos como terapeutas sin la presencia de otros. Gracias a los libros, investigaciones, discursos y prácticas que provienen desde otros es que adquirimos gran parte del conocimiento sobre cómo cuidarnos y cuidar de otros. Sin embargo, reducir mi experiencia o cuidado a lo que aprendí desde otros conllevará una ‘anulación’ de quién soy y de mi propio cuidado. Este es el primer polo del cuidado desde el ‘deber ser’, es decir, desde esta forma de cuidado cabe la posibilidad extrema de que me anule a mí mismo y mis posibilidades en pos de seguir un patrón que no es el mío. Dicho de otra manera, y en tanto el cuidado está siempre indexicalizado, no puedo ser jamás un C. Rogers, un C. Jung, un A. Beck, ni ningún otro autor, puesto que el cuidado de ellos surgió a partir de su propia existencia, la cual jamás podré repetir en su totalidad. El concepto *Jemeneigkeit* de M. Heidegger (1997) representa este punto a cabalidad, es decir, la existencia tiene la propiedad de ser siempre la mía, y es a partir de ahí desde donde debemos tomarla. Ahora bien, es posible que el cuidado de otros me ayude a nutrir y corregir mi propio cuidado. Ejemplo de ello es la presencia del maestro en la *epimeleia heautou* el cual ayuda al discípulo a cuidar de sí (Foucault, 2011). En el caso de nuestro propio cuidado, la presencia de otros nos ayudará a ser cada vez más capaces de cuidarnos y llevarnos a aquello que ‘debemos ser’ o nuestra ‘posibilidad más propia’. Esto constituye el segundo polo y extremo del cuidado desde el ‘deber ser’ y lo denominaremos como ‘complementación desapropiada’. Así, ‘anulación’ y ‘complementación desapropiada’ corresponderán a los

dos extremos bajo los que se mueve el cuidado desde el ‘deber ser’, el primero con un sentido negativo y el segundo con uno positivo en cuanto a nuestra existencia se refiere.

La segunda forma del cuidado es la apropiación del mismo, es decir, un cuidado que nace desde nosotros mismos, nuestra historia y existencia concreta. Bajo este modo ya no podemos referirnos al cuidado como un ‘deber ser’, sino que debemos denominarlo como el cuidado desde la ‘posibilidad más propia’. Esto no quiere decir otra que cosa que aquí el cuidado no proviene desde las posibilidades que nos indican los otros, sino desde el propio ser. En términos de las teorías antes tratadas nos estaríamos refiriendo al cuidado desde la *Eigentlichkeit* de M. Heidegger (1997), la revelación de la verdad en Foucault (2011) o la capacidad de interpretar los signos del Bien – propio del chamán – desde Collière (2009). Este modo del cuidado en ningún sentido implica que las posibilidades que se tomen estén completamente distanciadas de los otros, sino que, a pesar de los otros, surjan desde sí mismo y para sí mismo. Así, desde el cuidado bajo el modo de la ‘posibilidad más propia’ también encontraremos dos posibles polos respecto del mismo.

El primer polo del cuidado bajo la ‘posibilidad más propia’ corresponde a la ‘ensimismación’ bajo el cual la apropiación de cuidado se aleja del mundo y los otros. En este modo el individuo se pierde en su propio cuidado y en sí mismo, viviéndose *como si* no hubiese nada más que sí. La contraparte de lo anterior es la ‘complementación apropiada’ en la cual me he apropiado de mi cuidado pero sin alejarme del mundo ni los otros, sino que nos encontramos bajo un modo complementario.

El cuidado del terapeuta transitará entonces entre las polaridades del ‘deber ser’ y la ‘posibilidad más propia’ a las cuales se suman los modos de aplicación del cuidado nuclear, que corresponderían a la perpetuación de sí, la restauración de sí y la trascendencia de sí. Ninguno de los modos del cuidado nuclear es negativo en sí mismo sino que dependerá del contexto al cual refiera. Sin embargo, los contextos que dan sentido al cuidado podrían ser infinitos o al menos lo suficientemente amplios como para exceder la capacidad de esta investigación, por lo cual se abordará el cuidado del terapeuta desde su ámbito profesional.

El cuidado profesional del terapeuta

En el caso del terapeuta nos encontramos con dos particularidades de su cuidado en tanto profesional: i) ser una posibilidad a alcanzar y ii) ser un cuidado en relación con otro. En primer lugar, ser terapeuta no es algo que esté dado de antemano, sino una posibilidad que se debe alcanzar. Es decir, a diferencia del estar vivo del cuidado biológico de las enfermeras o el ser un *Dasein* del cuidado ontológico de Heidegger (1997), el ser un terapeuta es algo que no podemos suponer como estructura ontológica o biológica del ser humano. Más bien, y siguiendo a Collière (2009) deberíamos suponer que corresponde a la evolución y tecnificación de formas de cuidado biológicas. Además, ya se señaló previamente que la psicoterapia corresponde a una especialización del cuidado aplicada a un ámbito particular, tal como lo es la enfermería o la medicina. Con ello debemos suponer que la primera característica del cuidado del terapeuta profesional es que corresponde al modo de la trascendencia del ente, es decir, ser terapeuta es algo en lo que uno debe convertirse o una posibilidad a alcanzar. En tal sentido deberíamos señalar que desde las teorías previamente expuestas, el cuidado profesional del terapeuta, tiene la forma de la *epimeleia heautou* en tanto se debe recorrer un camino que permita acceder al rol profesional. Así también, tiene un sentido jerárquico/chamánico en tanto el rol se esgrime como alguien capaz de “proporcionar alivio sintomático, cambios de personalidad, reducir futuros episodios sintomáticos, mejorar la calidad de vida, promover la adaptación en el trabajo/estudios y las relaciones, aumentar la probabilidad de tomar decisiones de vida sanas” (APA, 2012, ¶4). Es decir, la terapia y el terapeuta se posicionan como la profesión capaz de leer los signos psíquicos del Mal y erradicarlos de la persona al igual que el chamán, el filósofo, el sacerdote y el médico, según los planteamientos de Collière (2009).

En segundo lugar, la otra característica del cuidado del terapeuta es que su trascendencia no es simplemente en pos de la salvación como podría ser en Foucault (2011) o un seguir siendo-ahí como en Heidegger (1997). Hacia lo que debe trascender el terapeuta es a la posibilidad de abrirse al cuidado de un otro: el cliente. Lo que define a un terapeuta en cuanto tal, igual que la psicoterapia, es su intención de cuidar de otro, es decir, de intentar llevar al cliente hacia su ‘posibilidad más propia’. Si el terapeuta no es capaz de ello entonces no podrá ser considerado como tal, o en el mejor de los casos debe ser

considerado como un ‘mal terapeuta’. En otras palabras, el cuidado profesional del terapeuta corresponderá a la posibilidad de llevarse a sí mismo hacia su ‘posibilidad más propia’, correspondiendo ésta a trascenderse a sí mismo en pos del cuidado del cliente.

A partir de lo anterior, el cuidado del terapeuta puede quedar conceptualizado como el tener que cuidar de sí en relación con un otro expresado en la apertura de la posibilidad de llevar a ese otro a su ‘posibilidad más propia’, de trascender su propia persona en pos de un otro. Con ello si el terapeuta cuida de sí en el sentido de la salud/enfermedad no es simplemente porque el *burnout* o el estrés traumático secundario lo afecten en su cuidado biológico, sino porque limitan su posibilidad de una verdadera entrega hacia el cliente. Es decir, el cuidado biológico, ontológico y moral de un terapeuta son *a priori* del cuidado profesional y su base para poder trascenderse a sí mismo en pos de cuidar al cliente. Esto no debe confundirse con el cuidado de sí del último momento de la *epimelia heautou*, el cual correspondía a una renuncia de sí en pos de un otro: Dios (Foucault, 2011). El cuidado del terapeuta es todo lo contrario a una renuncia, sino que corresponde a una apropiación de sí bajo la cual puedo trascender aquello que soy y acceder al cuidado de la persona que viene a consultar por ayuda.

Ahora bien, si el cuidado profesional del terapeuta es lo señalado previamente, debemos preguntarnos si bajo tal contexto hay una forma mejor que otra para el cuidado de sí mismo, es decir, para poder ser un otro para nosotros mismos. Dicho de otra manera, debemos cuestionarnos si la forma de trascendernos hacia el cliente es bajo el modo del ‘deber ser’ o de ‘la posibilidad más propia’, y su correspondientes polos ‘anulación’- ‘complementación desapropiada’ o ‘ensimismación’- ‘complementación apropiada’.

Sin ir más allá, y al pensar en la formación de terapeutas, el ‘deber ser’ aparece como la primera forma de llevarnos a nosotros mismos hacia la profesión. Es a partir de nuestra relación con otros, y su cuidado transformado en discursos, que aprendemos a cuidar terapéuticamente de otros. Docentes, supervisores, maestros, investigadores, terapeutas y sus trabajos convertidos en libros y textos son nuestra escuela de cuidado desde el ‘deber ser’. Desde ellos aprendemos lo que debe ser un terapeuta y cuán lejos estamos de ello. Desde aquí el cuidado bajo la forma de la ‘complementación desapropiada’ se asemeja bastante al segundo momento de la *epimelia heautou* en tanto desde el ‘deber

ser' el sujeto comienza una corrección de su ser y de lo que ha venido siendo hasta ese momento en pos de abandonar lo que no le servirá y adquiriendo nuevas habilidades para el cuidado de sí. Sin embargo, si desde el 'deber ser' nos perdemos en discursos externos podemos caer en la posibilidad de la 'anulación' de nosotros mismos y con ello convertirnos en meras marionetas de las teorías y las técnicas de psicología, lo que nos llevará a distanciarnos del paciente por estar demasiado cerca de lo teórico-técnico. Así también, desde la 'posibilidad más propia' del cuidado del terapeuta este puede caer en la 'ensimismación' y perderse en sí mismo distanciándose del mundo y los otros. Es decir, el terapeuta está demasiado lejos del paciente por estar muy cerca de sí. Por último, en la 'complementación apropiada' el terapeuta desde sí logra abrirse al otro y al mundo, pudiendo no sólo cuidar de sí sino también cuidar del cliente. Por lo tanto, al referirnos al cuidado profesional del terapeuta desde el cuidado nuclear, las formas que lo acerquen al otro serán 'mejores' que aquellas que lo alejen de éste por perderse en las teorías o en sí mismo.

Conclusión

En conclusión, el cuidado profesional del terapeuta corresponderá a la intención de trascenderse a sí mismo en pos de poder abrirse al cuidado de otro y poder llevarlo a su 'posibilidad más propia'. Así, el cuidado del terapeuta es siempre compartido y en función del otro que nos pide ayuda, y por ende será más adecuado en la medida en que se acerque a los polos que nos pueden abrir a ese otro, ya sea desde el 'deber ser' o desde su 'posibilidad más propia' expresado bajo la forma de la 'complementación desapropiada' y 'complementación apropiada', respectivamente.

Las implicancias de tal visión del cuidado profesional del terapeuta son que éste no puede reducirse al binomio salud/enfermedad, pero queda supeditado al mismo al igual que al cuidado ontológico y moral. Es decir, en tanto el cuidado profesional es una especialización del cuidado nuclear, dependerá del cuidado que la persona haga de sí mismo en todos los niveles no-profesionales.

A pesar de haber delimitado el cuidado del terapeuta, el fenómeno jamás se presenta en abstracto y por ello será necesario ilustrar como decanta toda la teoría expuesta hasta aquí en un ejemplo concreto. Tal intención es lo que guiará el capítulo siguiente.

Capítulo 8. La Psicoterapia Experiencial

Como Ejemplo del Cuidado del Psicoterapeuta

El cuidado profesional del terapeuta, a partir del cuidado nuclear, ha quedado definido como la intención de trascenderse a sí en pos de cuidar a otro. Es decir, en tanto la psicoterapia tiene a su base la intención de cuidar al cliente, el terapeuta deberá poder abrirse a tal posibilidad ya que es lo que lo constituye como profesional, sin embargo, como hemos visto, habrá formas del cuidado de sí que alejarán al terapeuta del cliente – como lo es la ‘anulación’ y la ‘ensimismación’. Ahora bien, considerando que el cuidado es siempre un fenómeno concreto y encarnado por una persona particular, para poder terminar de dar cuenta del fenómeno se considera necesario bajar la teoría desde lo abstracto a su aplicación concreta. El objetivo de este capítulo corresponde a la mirada de la experiencia concreta del terapeuta a partir del cuidado profesional y el cuidado nuclear, y para ello se ejemplificará el fenómeno a partir de un terapeuta particular y su corriente de estudio: el propio autor de esta investigación y la psicoterapia experiencial. Con ello no se pretende dar cuenta de un cuidado que es generalizable a todos los terapeutas, eso ya se ha intentado en los capítulos previos, sino, tal como se señaló más arriba, poder dar un ejemplo concreto de la experiencia de cuidar de sí y su movimiento entre los polos del ‘deber ser’ y la ‘posibilidad más propia’.

El presente capítulo se estructurará desde lo más abstracto a lo más concreto. Partiremos desde un resumen de lo que se ha dicho sobre el cuidado nuclear y el cuidado profesional del terapeuta, pasando posteriormente a la descripción de la psicoterapia experiencial y cómo puede ser vista desde el cuidado nuclear. Por último, daré cuenta de mi propia experiencia encarnada del cuidado a partir de todo lo anterior.

El Cuidado Nuclear y el Cuidado Profesional del Terapeuta

A partir de la revisión de los escritos sobre el cuidado provenientes de la enfermería, la antropología y la filosofía, queda en evidencia que las teorías sobre el cuidado tienen cuatro puntos en común que lo caracterizan: i) ser una propiedad y/o deber humano; ii) relacional; iii) que siempre intenta abrir posibilidades positivas; iv) e intenta que los entes sean lo que ‘deben ser’. Así el cuidado nuclear puede ser entendido como: la intención de

llevar a un ente a su ‘posibilidad más propia’. En segundo lugar, y en base a lo anterior, el cuidado no puede ser conceptualizado como un fenómeno abstracto, sino que debe ser visto como una experiencia encarnada en un sujeto particular, a partir de la cual se proyecta el cuidado sobre otros entes. Es decir, como se señaló en capítulos anteriores, el cuidado de algo queda definido por aquel que cuida y no necesariamente por el ente hacia el que se dirige el fenómeno.

En el caso particular del cuidado de sí, el de dónde proviene el cuidado y hacia dónde se dirige son uno y el mismo ente: el propio ser. El sujeto es un otro para sí mismo mediante el cual se lleva hacia su ‘deber ser’ o hacia su ‘posibilidad más propia’, no siendo ninguno de ambos modos inherentemente mejor que el otro. El ‘deber ser’ es la forma en que aprendemos a cuidar de otros y de nosotros mismos, y lo hacemos mediante nuestra experiencia con los discursos, prácticas y roles de cuidado en los que nos vemos inmersos. Por otro lado, el cuidado desde la ‘posibilidad más propia’ corresponde a la apropiación del fenómeno y un cuidado que surge desde el sujeto mismo. En tal sentido, dos sujetos podrían cuidar de sí mediante los mismos actos, sin embargo, pueden diferenciarse en que uno lo hace de manera desapropiada y el otro de manera apropiada.

Desde el ‘deber ser’ se abre una serie de posibilidades que se mueven entre el polo de la ‘anulación’ hacia el polo de la ‘complementación desapropiada’. En el extremo de la ‘anulación’ el sujeto cuida de sí completamente perdido en los otros y en el ‘deber ser’, anulándose a sí mismo. Dicho en otras palabras, el sujeto se intenta llevar a sí mismo hacia su posibilidad menos propia o más alejada de lo que ya es. En el otro extremo, la ‘complementación desapropiada’ corresponderá a un cuidado de sí en el que el sujeto nutre o complementa sus propios discursos, prácticas y roles de cuidado a partir de otros. Por otro lado, desde la ‘posibilidad más propia’, las posibilidades del cuidado se mueven entre la ‘ensimismación’ y la ‘complementación apropiada’. En el primer polo, el sujeto cuida de sí desde sí pero alejándose del mundo y los otros, es decir, se ha vuelto sobre sí mismo sin poder salir de él. En el otro extremo, el cuidado de sí abre al sujeto a su ‘posibilidad más propia’, a lo que es desde sí y para sí pero de manera complementaria con su mundo y los otros.

Ambas formas del cuidado de sí – ‘deber ser’ y ‘posibilidad más propia’ – y sus correspondientes polos quedan caracterizados por el alejamiento o acercamiento que hacen del sujeto respecto de sí, el mundo y los otros. Así la ‘anulación’ será el completo alejamiento del sujeto respecto de sí, mientras que la ‘ensimismación’ será el completo alejamiento del sujeto respecto del mundo y los otros. Por otro lado, la ‘complementación desapropiada’ acercará el mundo y los otros al sujeto en su propio cuidado, mientras que la ‘complementación apropiada’ acercará al sujeto al mundo y los otros. Estas posibilidades del cuidado quedarán expresadas mediante los tres modos del cuidado, es decir, la perpetuación, la restauración o la trascendencia del ente. Recordemos, pues, que la perpetuación intenta que el ente siga siendo algo que ya es, la restauración intenta que el ente vuelva a ser algo que era previamente y la trascendencia intenta que el ente sea algo que aún no ha sido.

Para la psicoterapia se señaló previamente que esta es una expresión del cuidado nuclear, por su intención constitutiva de intentar que el cliente alcance un estado mejor que aquel en que se encuentra. Es decir, la psicoterapia intenta llevar al ente hacia su ‘posibilidad más propia’ a partir de la concepción que cada terapia tenga del ser humano. Desde lo anterior, el terapeuta queda definido como aquel que encarna la psicoterapia en el sentido de intentar llevar al cliente a su ‘posibilidad más propia’, y el cuidado profesional de éste se caracterizará por poder alcanzar tal posibilidad, o sea, el cuidar de otro. La segunda característica del cuidado profesional del terapeuta, es que el cuidado del cliente desde la psicología no es algo que esté inherentemente en el ser humano que quiere dedicarse a la psicoterapia, sino una posibilidad a alcanzar. En otras palabras, el cuidado profesional del terapeuta se expresa bajo el modo de la trascendencia, en tanto debe llevarse a sí hacia algo que aún no es, ya sea porque es un estudiante en formación o porque aún no es todo lo buen terapeuta que puede llegar a ser. Sin embargo, la trascendencia del terapeuta no es sólo respecto de su posibilidad, sino que además deberá trascenderse a sí mismo en pos de abrirse al cliente y el cuidado de éste. De otro modo, el cuidado de sí no permitiría la psicoterapia por alejar al terapeuta de cliente y romper aquello que es constitutivo de la misma: el cuidado del otro. Así el cuidado profesional del terapeuta queda delimitado como un trascenderse a sí mismo en pos del cuidado del cliente. Sin

embargo, esta trascendencia no implica una renuncia a sí, sino la apropiación de sí, de su existencia para entregarse al otro. La renuncia a sí no sería más que una forma de la ‘anulación’ en la que el cliente pasa a ser ese otro en base al cual el terapeuta intenta cuidar de sí.

Habiendo repasado el cuidado nuclear y el cuidado profesional del terapeuta, es necesario aplicar tales postulados a aspectos más concretos. Recordando lo señalado en la introducción del capítulo, nos queda pasar a la psicoterapia experiencial vista desde el cuidado nuclear y su visión del terapeuta, para finalizar con la ejemplificación de lo hasta aquí expuesto mediante la propia experiencia del autor de la presente investigación.

Psicoterapia Experiencial

La psicoterapia experiencial corresponde a un tipo de terapia que pone el énfasis en la experiencia concreta del cliente, es decir, no trabaja sólo con “emociones, palabras o movimientos musculares, sino [con] un sentimiento directo de la complejidad de las situaciones y de sus dificultades” (Gendlin, 1997[1973], p. 143, corchete agregado). En tal sentido, si el psicoanálisis pone el énfasis en el inconsciente, la terapia analítica pone el énfasis en el símbolo, entonces la terapia experiencial pone el énfasis en las sensaciones corporales concretas sentidas en un momento particular.

Dentro de sus antecedentes filosóficos es posible nombrar a los llamados filósofos existencialistas, es decir, Kierkegaard, Dilthey, Husserl, Heidegger, Sartre y Merleau-Ponty (Gendlin, 1997[1973]). Por otro lado, dentro de sus antecedentes psicoterapéuticos es posible nombrar la Psicoterapia Existencial de L. Binswanger, M. Boss, R. May, la Logoterapia de V. Frankl y la Psicoterapia Centrada en el Cliente de C. Rogers (Gendlin, 1997[1973]). La psicoterapia experiencial ha llevado a términos concretos el trabajo sobre la existencia que pretendían los autores existencialistas (Gendlin, 1997[1973]) y si “Rogers nos dijo que la empatía producía cambios, Gendlin nos dice porqué ella produce dichos cambios” (Riveros, 2000, p.13).

El origen de la terapia experiencial se remite a los trabajos de E. Gendlin después de la segunda mitad del siglo XX y al intento de responder la pregunta por las variables que afectan el cambio terapéutico. Es mediante la investigación que E. Gendlin se da cuenta que

hay ciertas características de algunos pacientes que son predictores del éxito en la psicoterapia, las cuales referían a la forma en que los clientes se relacionaban con lo que les estaba pasando (Klagsbrun, 1999). Ya en 1955 el autor delimitaba una nueva variable en psicoterapia, el *experiencing*, definiéndolo en tal época como “todo aquello que ocurre en el organismo que es capaz de ser sentido” (Gendlin y Zimrig, 1955, p.55). En primer lugar, el *experiencing* no hace alusión a un contenido, sino a un proceso de sentimientos que es sentido como siempre nuevo en el cuerpo, inmediato, intenso, fluido y que es susceptible de ser internamente diferenciado (Gendlin y Zimrig, 1994[1955]). Esta nueva variable, al ser probada en investigación, daba por resultado que el éxito en psicoterapia se asociaba a aquellos clientes que expresaban sus sensaciones directa e inmediatamente, y no a los que simplemente hablaban de ellas pero sin referirse a lo sentido corporalmente (Gendlin, Jenney y Shlien, 1960). A partir de ello, Gendlin desarrolla una escala experiencial que da cuenta del nivel o capacidad que el cliente tiene para referirse a su proceso experiencial sentido (Klein, Mathieu, Gendlin y Kiesler, 1997[1969]) y junto con ello desarrolla una terapia basada en la premisa de que es posible aumentar el nivel experiencial de una persona mediante el aprendizaje de una nueva forma de relacionarse con la propia experiencia denominada *Focusing* o técnica del enfoque corporal (Gendlin, 2008).

Para Gendlin el *experiencing*, es decir, la “corriente de sensaciones parcialmente formada y sostenida en cada momento ... al cual se puede atender interiormente en cada momento, si así se desea” (Gendlin, 1962, p.2), guarda relación con todas nuestras conductas y la formación de significados, por ende, es una variable que se encuentra presente e implicada en todo momento (Gendlin, 1962). A partir de ello, el autor hace una revisión de la psicoterapia aludiendo a que si bien toda psicoterapia posee una teoría y un conjunto de técnicas, todas ellas remiten en última instancia al *experiencing*, y sus diferencias no serían más que distintas ‘vías de entrada’ a la experiencia, de las cuales sólo generarán cambios aquellas que remitan a la experiencia concreta (Gendlin, 1999a). Dicho en otras palabras, desde la teoría experiencial se podría señalar que sin remitir a la experiencia corporal concreta de la persona no hay cambios terapéuticos.

Conceptos fundamentales de la terapia experiencial

El concepto fundamental de la psicoterapia experiencial es el *experiencing*, que ya ha sido descrito en parte más arriba. El *experiencing* apunta a la experiencia de nuestra existencia en términos concretos y corresponde a un fenómeno que se caracteriza por ser preconceptual, internamente diferenciable y sentido corporalmente (Gendlin, 1997[1973]). El *experiencing*, señala Gendlin (1957), es algo de lo que me doy cuenta de una manera implícita, significativa y sentida corporalmente, junto con ello, es infinitamente rico en las posibilidades de conceptualizarlo. Otra forma de conceptualizarlo es la siguiente:

Un proceso de interacción incesante entre los sentimientos personales y corporales y los símbolos propios o del medio ambiente interactuante. El *Experiencing* es, por lo tanto, la interacción entre la Persona y su entorno, siendo un proceso corporal y preconceptual que se *completa* o se termina de *significar sentidamente* con símbolos (palabras o sucesos) (Riveros, 2000, p. 13, cursivas del original).

Por dar un ejemplo, más asible de lo que nos intenta explicar E. Gendlin con el concepto de *experiencing*, imagínese la situación de tener un antojo difuso de comida. La sensación del antojo es preconceptual, internamente diferenciable y corporalmente sentida. Es decir, la sensación está antes de descubrir la palabra exacta que representa de qué tenemos antojo, y en el proceso de dilucidar aquello de lo que tenemos antojo diferenciaremos internamente esa sensación al referirnos a ella. Quizás chequeemos si lo que queremos comer es dulce o salado, si es líquido o sólido, si queremos comer mucho o poco, etc. y de ese modo comenzamos a diferenciar y tratar de conceptualizar nuestro antojo. Por último, las distintas sensaciones del antojo son sentidas en un cuerpo presente y no en un lugar abstracto, junto con chequearlas a partir de nuestro propio cuerpo hasta que decimos “¡sí! *exactamente eso es lo que tengo ganas de comer*”.

Por lo general, el *experiencing* opera de manera implícita y guía nuestro actuar en el mundo sin que necesitemos poner una atención voluntaria en él (Gendlin 1964), pero en ocasiones necesitamos simbolizar el *experiencing* para llevar la experiencia hacia adelante – como en el ejemplo del antojo. Este segundo modo de funcionamiento del *experiencing* es lo que hacían los pacientes exitosos antes nombrados, es decir, tenían la capacidad de simbolizar de manera certera el flujo de sensaciones corporales de su experimentar. A partir

de tales nociones es que Gendlin desarrolla una técnica que permite enseñar a las personas a referirse de manera directa a su *experiencing*, técnica conocida como *Focusing*, la cual será descrita más adelante.

El *experiencing* tiene tres modos de funcionamiento: i) implícito; ii) referente directo, y; iii) todos congelados (*frozen wholes*) (Gendlin, 2000[1964]). Éstos serán descritos brevemente a continuación.

Función implícita. El *experiencing* está implicado en todos y cada uno de nuestros actos, está siempre ahí en proceso. La mayoría de las veces el *experiencing* funciona implícitamente, es decir, no se acompaña de un símbolo directo, de hecho “la mayoría de los fenómenos vitales y conductuales suceden apoyándose en significados implícitos” (Gendlin, 2000[1964], p.85). El cuerpo vivo contiene mucha información implícita que implica y genera los próximos pasos del animal (Gendlin, 1992). Lo implícito es aquello que aún no está formado, que se percibe de forma vaga y que, sin embargo, está siempre guiando nuestra experiencia (Frezza, s.f.)

Referencia directa. Cuando nos referimos directamente a una sensación interna y corporal, es decir, a un dato interiormente sentido, entonces el *experiencing* se encuentra funcionando en referencia directa (Gendlin, 2000[1964]). Una posible forma del referente directo es la sensación-con-significado (*felt-sense/sensación sentida*). Ésta es sobre lo que se trabaja en la terapia experiencial, y corresponde a un conocimiento consciente, interno y corporal (Gendlin, 2008). Es una complejidad que expresa la totalidad de nuestra experiencia con lo implícito y lo explícito de ella y que se siente corporalmente (Gendlin, 1992). En otros términos, es “un aura psíquica interna que rodea todo lo que sientes y sabes acerca de una determinada cuestión en un momento dado” (Gendlin, 2008, p. 66), y el hecho de atender dicha sensación y acompañarla es lo que genera el movimiento terapéutico (Gendlin en Frezza, s.f.).

Todos congelados. La tercera forma de funcionamiento del *experiencing* se denomina *frozen wholes* o todos congelados, y corresponde a una forma estructurada y rígida de la experiencia (Gendlin, 2000[1964]). El *experiencing*, en forma de todo congelado, deja de funcionar implícitamente y pierde su riqueza de detalles frescos y novedosos de la experiencia procesal (Gendlin, 2000[1964]). El nombre de este modo de funcionamiento apunta a que el *experiencing* deja de ser internamente diferenciable, y una experiencia antigua se presenta como un todo en el presente, sin poder ser corregida mediante la experiencia nueva o los detalles actuales del *experiencing* (Gendlin y Zimrig, 1994[1955]).

Otros conceptos de la teoría experiencial. Otros conceptos fundamentales de la teoría de la psicoterapia experiencial son la interacción, la autenticidad y la orientación desde el *experiencing*. Respecto de la interacción, Gendlin (1997[1973]) señala que la experiencia es siempre experiencia-de..., es decir, el ser humano no está aislado sino que siempre en interacción con un entorno. A partir de tal interacción están implícitas un conjunto de conductas y posibilidades en el cuerpo viviente (Gendlin 1997[1973]). En otras palabras, la situación explícita siempre es menos que la experiencia y no puede reducirse a ella, puesto que además es posible encontrar un sinfín de significados implícitos que no puede ser captados desde la situación (Gendlin, 1997[1973]).

Desde la psicoterapia experiencial se conciben un total de cuatro posibles entornos, que corresponden a los modos en que puede dividirse teóricamente la experiencia en términos procesales. El primer entorno o ambiente se denomina Entorno#1 y alude a aquella forma de mirar un fenómeno como espectador, un espectador que es capaz de ver cosas que el objeto estudiado no puede ver y que además describe en sus propios términos (Gendlin, 1997). En psicología nos encontramos constantemente mirando al cliente desde el Entorno#1, es decir, desde la visión del espectador, ejemplo de ello serían los estudios de Siebert (2000) y Ronsenham (1973) en los que el paciente es mirado desde una postura de experto y es anulado en su experiencia y posibilidades. El Entorno#2 alude a la relación del ser vivo y su ambiente, y cómo uno existe con el otro procesalmente (Gendlin, 1997). Por ejemplo, el pulmón y el aire los cuales no pueden ser separados, sino que coexisten. El Entorno#3 puede ser entendido como la encarnación resultante del entorno anterior, o las

repercusiones históricas y corporales que tiene la experiencia sobre el organismo (Gendlin, 1997). Dicho de otra manera, el proceso es la interacción ser-vivo-Entorno#2 y el Entorno#3 es donde este proceso ocurre. Ejemplo del tercer entorno pueden ser las repercusiones que tiene el ejercicio sobre un músculo, o el carácter que desarrollamos producto de nuestra historia. Por último, es necesario considerar el Entorno#0 el cual apunta a aquello que no ha ocurrido en el proceso pero que puede llegar a ocurrir gracias a éste, es el entorno que se refiere a las posibilidades abiertas del proceso (Gendlin, 1997).

Junto con el *experiencing* y la interacción, el tercer concepto fundamental de la terapia experiencial es la autenticidad. Este concepto que es posible encontrarlo en filósofos como J.P. Sartre y M. Heidegger, o en el psicólogo C. Rogers, entre otros, cobra un sentido particular bajo los escritos de E. Gendlin, a saber, el quedar definido por el tipo de proceso de la experiencia y sus efectos sobre la misma (Gendlin, 1999b). Lo que define un acto como auténtico es que logre que la experiencia sea llevada adelante. El ‘llevar adelante’ hace alusión a que la experiencia continúe en la dirección hacia la que apunta. Es decir, la experiencia tiene ciertos pasos implicados, o posibilidades, que se abren desde su pasado en su presente y que tienden hacia el futuro, y sólo ciertos pasos completarán la experiencia (Gendlin, 1997[1973]). En el ejemplo del antojo nombrado anteriormente, fumar o correr no completará la experiencia del antojo, no la llevará adelante, pero si logramos identificar aquello de lo que tenemos ganas de comer o directamente comer eso, entonces sentiremos un cambio y completaremos nuestra experiencia, aquella experiencia particular que se desarrolla en ese momento. En otras palabras, si el *experiencing* da cuenta de una unidad mente-cuerpo, y la interacción de la unidad individuo-entorno, la autenticidad da cuenta de la unidad temporal pasado-presente-futuro (Gendlin, 1997[1973]).

El último concepto fundamental de la teoría experiencial corresponde al de orientación de la experiencia. Ésta está directamente relacionada con el punto anterior, y hace alusión a que en la experiencia siempre están contenidas las posibilidades implícitas que generarán el ‘llevar adelante’ (Gendlin, 1997[1973]). Dicho en otros términos, no se puede imponer a la persona ‘soluciones’ que supuestamente lo ayudarán a estar mejor y llevar su experiencia hacia adelante, sino que se debe buscar esos pasos que están implícitos en la persona y que no han podido ser experienciados (Gendlin, 1997[1973]). En

el ejemplo del antojo esto implica que si alguien nos diera de comer algo para ‘calmar’ nuestro antojo, eso no generará tal efecto por sí solo, sino sólo y cuando coincida con las posibilidades implícitas contenidas en nuestra experiencia. Este último aspecto de la teoría experiencial da cuenta de que la experiencia sería siempre teleológica, direccional y valorativa (Gendlin, 1997[1973]).

Focusing

El *focusing*, o Técnica del enfoque corporal, es “un proceso de toma de consciencia y de sanación emocional, orientado hacia el cuerpo” (Weiser, 1999, p.13), “una técnica para aumentar nuestro acceso a la experiencia significativa que vivimos con nuestro cuerpo” (Klagsbrun, 1999, ¶1).

El *focusing*, o técnica del enfoque corporal, suele conceptualizarse en cuatro momentos: i) Referencia directa a la sensación sentida; ii) develación de aquello que está ocurriendo experiencialmente; iii) aplicación global de lo descubierto a diferentes aspectos de la vida de la persona; iv) movimiento del referente, es decir, aquella sensación a la que hacía referencia en la primera etapa se transforma en una sensación nueva que implica a su vez significados implícitos nuevos (Gendlin, 2000[1964]). Estos momentos no son lineales, pueden ocurrir simultáneamente o en orden diverso (Gendlin, 2000[1964]). Con el fin de enseñarlo y comprender el proceso de focalizar, lo anterior suele dividirse en seis etapas lineales que facilitan el proceso inicialmente pero que buscan que la propia persona vaya adaptando tales etapas a su experiencia única y personal (Gendlin, 1999a). Estas etapas son: i) Despejar un espacio, prepararnos para poner atención a la sensación sentida; ii) Dejar que se comience a formar la sensación sentida; iii) Encontrar un asidero, o encontrar un símbolo que refleje exactamente la cualidad de la sensación sentida; iv) Resonar con el asidero, o chequear si el símbolo que tomamos como asidero realmente se ajusta a la sensación; v) Preguntar a la sensación qué es lo que la hace sentir así o de qué se trata esa sensación; vi) Recibir lo nuevo que aparece aunque sea un cambio pequeño, ya que todo paso es un nuevo paso en la experiencia (Gendlin, 1999a).

El terapeuta desde la terapia experiencial

Desde la psicoterapia experiencial se considera que el terapeuta puede favorecer el cambio del cliente al establecer una relación interpersonal en marcha y mediante un flujo afectivo o proceso de sentimiento (Gendlin, 2000[1964]). Para poder facilitar tal proceso Iberg (en Leijssen, 1998a) señala que el terapeuta debe desarrollar una ‘actitud de *focusing*’. La actitud de *focusing* corresponde a “una actitud de espera, de una silenciosa y amistosa presencia hacia lo que todavía no se ha dicho, siendo receptivo hacia lo que aún no se ha formado” (Leijssen, 1998a, p.2). Introducir el *focusing* en psicoterapia no corresponde a aplicar la técnica en una sesión o de vez en cuando, sino aplicar la terapia experiencial a todo lo que ocurre en la sesión (Depestele, 2012). Por ello se recomienda que el terapeuta genere un ambiente para el proceso de focalización antes que enseñar directamente la técnica al cliente (Leijseen, 1998b), entendiendo que para Gendlin el *focusing* es uno de los sub-procesos de la terapia y no una escuela de terapia (Friedman, 2000) o una técnica – en el sentido de una acción que genera un producto.

Sin embargo, si el *focusing* no es una técnica mecánica como se dijo anteriormente, sino una actitud, no es posible pensar que el terapeuta por sí solo contribuirá al cambio y al avance del proceso del paciente. Entonces, es necesario pensarlo en términos procesales, o rescatando una de las máximas de Gendlin:

...tú me afectas, y conmigo no eres simplemente tú, como usualmente eres. Tú y yo ocurriendo juntos nos hace inmediatamente diferentes de lo que usualmente somos. Del mismo modo en que mi pie no puede ejercer la típica presión cerrada estando en el agua. Nosotros ocurrimos diferentemente cuando somos el ambiente de cada otro. Cómo tu eres cuando me afectas a mí, ya está afectado por mí, y no por mí como usualmente soy, sino por mí mientras ocurro contigo (Gendlin, 1997, p.30).

Por ende, es necesario pensar las actitudes en diadas procesales no excluyentes, pero que se separarán a modo de ilustrar las actitudes que se recomiendan desde este enfoque. Estas diadas son el terapeuta consigo mismo y el terapeuta con el cliente. El terapeuta experiencial, durante la sesión, está pendiente de su propio *experiencing*, puede referirse a

él, puede relacionarse consigo mismo, y este aspecto debe ser considerado al momento de hablar de la actitud de *focusing*. Por otro lado, el terapeuta tiene la posibilidad de ser con otros y de encontrarse con otro ser en su existencia, lo que implica hacer la segunda diada, a saber, la diada terapeuta-cliente.

Respecto de la primera diada, terapeuta-terapeuta, la actitud del *focusing* implica que el terapeuta esté atento a su corporalidad, a su sensación sentida (Doi y Ikemi, 2003; Leijssen, 1998a; Watson y Greenberg, 2000), que sea capaz de simbolizarla y expresarla en terapia si es necesario (Doi y Ikemi, 2003) de manera abierta y espontánea pero sin dañar la relación (Watson y Greenberg, 2000), ser tolerante a la incertidumbre y presentar un interés y curiosidad respetuosa por lo nuevo que en él pueda ir surgiendo (Leijssen, 1998a). Por otro lado, la diada terapeuta-cliente debe caracterizarse porque el primero, el terapeuta, esté atento a la sensación sentida del cliente (Doi y Ikemi, 2003), reflejar empáticamente, aceptar incondicionalmente lo que surja de la interacción (Doi y Ikemi, 2003; Leijssen, 1998a), cuidar de aquello que está presente (Leijssen, 1998a) y al mismo tiempo lograr dilucidar lo interferente en el proceso del cliente, dentro de los cuales están las interpretaciones y las rupturas de la alianza (Watson y Greenberg, 2000).

La intención de la actitud de *focusing* es la de generar un ambiente propicio para que la sensación sentida del cliente pueda surgir, para que el cliente se sienta seguro, curioso y atento a lo novedoso que muestra la experiencia. De esta manera el cliente comienza a convertirse paulatinamente en su propio terapeuta (Leijssen, 1998a). El ambiente generado por la actitud de *focusing* irá posibilitando el proceso de llevar la experiencia hacia delante.

Psicoterapia Experiencial y Cuidado Profesional del Terapeuta

Retomando el hilo conductor de este capítulo, hemos expuesto brevemente aquello que es el cuidado nuclear y como se aplicaría al cuidado profesional del psicoterapeuta. Luego hemos revisado los postulados básicos de la terapia experiencial. Ahora nos queda poder mirar tal psicoterapia a la luz del cuidado profesional.

A modo de síntesis del apartado anterior podemos señalar que la terapia experiencial pone su foco en la experiencia sentida corporalmente como fuente de

información para el trabajo con el cliente. Esta fuente de información queda conceptualizada como *experiencing*, el cual guía nuestra existencia de forma implícita y en todo momento llevando nuestra experiencia hacia adelante. Recuérdese, además, que en ocasiones nuestra experiencia se siente como ‘detenida’ y perdemos la capacidad de dar aquellos pasos experienciales que necesitamos o que completan nuestros ciclos, en tales casos la posibilidad de referirnos al *experiencing* de manera consciente nos ayudará a dar aquellos pasos ‘detenidos’, y en caso contrario nuestro *experiencing* funcionará como un ‘todo congelado’ dificultando el sentir ‘fresco’, presente y actual de la experiencia teñido por experiencias previas. Por otro lado, desde la terapia experiencial, el terapeuta debe ser capaz de trabajar consigo mismo sobre su propio *experiencing* y desde ahí poder ayudar al cliente en sus dificultades vitales mediante un espacio que posibilite que el *experiencing* del cliente vuelva a fluir de manera sana.

Desde la teoría de la terapia experiencial podemos observar que el cuidado profesional del terapeuta corresponderá a poder focalizar su propia experiencia, es decir, que pueda estar atento a su *experiencing* y llevar adelante su propia experiencia. Sólo en la medida en que pueda realizarlo podrá estar atento también al *experiencing* de su cliente y poder llevarlo hacia su ‘posibilidad más propia’. Por otro lado, en la medida en que la terapia experiencial busca que tanto la teoría como la técnica del enfoque – *focusing* – sean sólo un andamiaje para la conexión con la propia experiencia, y jamás una pauta estática, la terapia experiencial se muestra como un ejemplo del cuidado profesional en tanto pretende que terapeuta y cliente se muevan desde su ‘posibilidad más propia’ y bajo los polos de la ‘complementación’. Esto último queda en evidencia por la delimitación que se hace de ser humano desde la terapia experiencial, es decir, un ser en interacción con su entorno y, desde ahí, una relación terapéutica caracterizada como un ser en conjunto, o en palabras de Gendlin: “Nosotros ocurrimos diferentemente cuando somos el ambiente de cada otro. Cómo tu eres cuando me afectas a mí, ya está afectado por mí, y no por mí como usualmente soy, sino por mí mientras ocurro contigo” (Gendlin, 1997, p.30). Si, en cambio, el terapeuta intentara imponer un ‘deber ser’ al cliente, tanto en la meta terapéutica como en la forma de trabajo no se estaría cumpliendo los requisitos de la terapia experiencial. Respecto de esto último Gendlin señala: “Por el mero hecho de que un aspecto de la terapia

sea fundamental para algunos clientes, no se debería imponer sobre todos los demás” (Gendlin, 1999a, p. 399). Lo mismo ocurre con los valores de la terapia en el sentido que para algunas corrientes ciertos valores son ‘mejores’ que otros y se debe pretender que el cliente tienda hacia ellos. Desde la psicoterapia experiencial los valores hacia los que se tiende son los ‘valores experienciales’, es decir, aquellos que provienen desde el mismo cliente, sean cuales sean mientras provengan de su propio *experiencing*, de otro modo lo único que se estaría realizando es imponer al cliente valores que no son los propios y que anulan su experiencia (Gendlin, 1999a).

En otras palabras, si desde el cuidado nuclear el cuidado profesional del terapeuta que se revela como ‘mejor’ es aquel que permite que el terapeuta se trascienda a sí mismo, apropiándose de sí, en pos de poder trascenderse hacia el cliente y llevarlo a su ‘posibilidad más propia’, entonces la terapia experiencial se revela internamente funcionando desde tal marco y como un ejemplo del mismo. Por otro lado, el ‘deber ser’ de la terapia experiencial y la ‘posibilidad más propia’ coinciden en el polo de la ‘complementación’ en tanto lo que uno ‘debe ser’ desde esta corriente es su ‘posibilidad más propia’ y no una marioneta de la teoría.

Viñeta Sobre la Experiencia Personal de un Terapeuta y su Cuidado

Considerando el cuidado profesional del terapeuta desde el cuidado nuclear, como un trascenderse a sí mismo en pos de cuidar del cliente, la psicoterapia experiencial ha quedado delimitada como un ejemplo de tal forma de cuidado. Sin embargo, al ser el cuidado un fenómeno encarnado por un individuo particular, se considera que aún es necesario concretizar más cómo puede ser el cuidado del terapeuta. Para ello, se presenta la siguiente viñeta sobre la experiencia personal del autor de la presente investigación. Sin embargo, debe aclararse que esta viñeta sólo tiene por fin ejemplificar la teoría ya propuesta y en ningún sentido dar cuenta de un cuidado que ya está acabado – lo cual por definición no puede ocurrir – ni tampoco ser una guía para el cuidado de otros terapeutas. Es decir, lo que aquí se describirá sólo aplica para el autor ya que los caminos del cuidado y la ‘posibilidad más propia’ siempre son personales, individuales, encarnados e intransferibles.

En mi experiencia personal el cuidado o el autocuidado fueron temas vagamente nombrados durante la formación universitaria. Ser neutro, no dar el teléfono al paciente y no dejar que el paciente abra temas ‘grandes’ en los últimos cinco minutos de sesión, parecían ser las formas más comunes de ‘cuidarse’. En lo personal tales advertencias siempre me parecieron extrañas y las asociaba más a la expresión de un temor hacia el paciente por parte de mis profesores antes que un cuidado de mi persona.

Recién vine a escuchar del cuidado del terapeuta en los ramos ‘Introducción a la Psicología Humanista’ y ‘La Persona del Terapeuta’ impartidos por el Dr. Sergio Lara y la Dra. Laura Moncada. Ambos ponían un cariñoso énfasis en la importancia del desarrollo del ‘quién’ del terapeuta antes que en el saber teórico y técnico al que estaba acostumbrado durante prácticamente toda mi formación universitaria. Respecto de esto último, la formación de los profesionales de psicología está basada principalmente en aspectos técnicos (Maida, Molina y del Río, 2003), antes que aspectos de su propio desarrollo, lo cual pareciera ser a todas luces relevante considerando el conocimiento actual respecto de la persona del terapeuta y que éste no puede ser neutro ni imparcial, sino que interviene con sus prejuicios y convicciones, poniendo en juego durante la terapia sus sentimientos, percepciones, pensamientos y su biografía (Szmulewicz, 2013). Retomando lo anterior, La invitación de ambos profesores, Sergio y Laura, era a ocuparse de uno mismo, de sus temores, ansiedades, angustias, fantasías, expectativas, talentos, historia, etc. Cuidarse aquí ya no pasaba por acciones que evitaban al paciente sino que invitaban a hacerse cargo de uno mismo para poder tolerar y empatizar con aquellas acciones de los pacientes. Es decir, no es que el paciente en sí tuviese ciertos aspectos que podrían afectarme negativamente, sino que mis aspectos personales daban pie a que ciertos actos del paciente pudiesen afectarme. En otras palabras, el ‘problema’ no era el otro sino yo mismo, y, en segundo lugar, aprendí que un terapeuta debe conocer y trabajar sus límites, sus virtudes y sus defectos, dentro y fuera de la terapia.

Junto con el trabajo sobre la propia historia y aspectos personales, la terapia humanista y sus postulados comenzaron a calar profundamente en mí. En la línea del párrafo anterior, comencé a aprender que mi propia persona era tan o más importante que mi técnica y mis conocimientos. El terapeuta debía ser auténtico, empático y ser capaz de

aceptar incondicionalmente a otro (Rogers, 1957), algo que ya no dependía de cuánto estudiara, sino de cuánto trabajara sobre mí mismo. Nuevamente aparecía frente a mí la necesidad de ocuparme de mí, de cuidar de mí mismo.

Luego del pre-grado en psicología y la licenciatura, tomé mi práctica profesional y un diplomado en Psicoterapia Humanista-Existencial. Ahora, el cuidado de mí ya no era sólo algo teórico sino una necesidad vivida en carne propia. De los libros a una persona de carne y hueso que sufre frente a uno hay una gran distancia, una mucho mayor de la que jamás imaginé. Una empatía que ‘quema’, la desesperación de no poder ayudar al otro, el *furor curandis*, la sensación de no saber lo suficiente y el cansancio de la nueva experiencia me fueron afectando poco a poco. En ese momento descubrí el poder de la supervisión clínica, aquella instancia en que otros terapeutas ayudan a los recién formados a mirar las cosas con distancia, nutrir con teorías aplicadas y, las más de las veces en mi caso, a calmar la angustia y brindar una guía afectuosa en el camino de ayudar a otros. Sin embargo, el mayor énfasis de esta instancia recaía, nuevamente, en hacerse cargo de uno mismo, reconocer los límites, las necesidades, los temores.

En paralelo con la práctica y el diplomado, tuve el agrado de ser invitado a trabajar en el grupo de investigación de la Dra. Laura Moncada. Allí me inicié en la investigación en psicoterapia y particularmente en el cuidado como variable que afecta al psicoterapeuta. Durante más de un año participé en diversas investigaciones sobre el cuidado y la persona del terapeuta (Burgos y cols., 2012; Carvajal y cols., 2012; Cerda y cols., 2012; Concha y cols., 2012) con ello realicé mi tesis de pregrado en la frecuencia de conductas de autocuidado (Concha, 2013), comparando terapeutas novatos versus experimentados, a partir de la Escala de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) desarrollada por Guerra y cols. (2011). A partir de ello comencé una búsqueda de respuestas a la pregunta por el cuidado y una visión crítica respecto de cómo el tema era abordado desde la psicología. El trabajo de C. Guerra – con quién tuve el placer de trabajar personalmente – era un gran aporte a la psicoterapia y una excelente herramienta para evaluar en tiempo breve y de manera efectiva el autocuidado de psicoterapeutas. Sin embargo, su visión se reducía a la noción de enfermedad, como ya se señaló previamente, y por otro lado la EAP sólo consideraba diez conductas de autocuidado. ¿Qué ocurría con el amplio espectro de formas

de cuidar que existen? ¿Puede el cuidado reducirse sólo a 10 conductas? El mismo autor y su equipo reconocían que no, en sus palabras: “es importante señalar que la EAP incorpora sólo una serie de 10 conductas y condiciones de autocuidado que, en ningún caso, representan a la totalidad de variables asociadas con el autocuidado” (Guerra y cols., 2008, p. 76). A lo anterior se sumaba la notoria ausencia de las teorías de cuidado de otros autores como son las enfermeras aquí tratadas, la antropología y la filosofía. En otras palabras, frente a mí se abría la gran pregunta acerca de qué es el cuidado y junto con ello qué es mi propio cuidado.

Ahora el cuidado ya no era más algo implícito en algunas asignaturas, sino algo que había encarnado en mi quehacer profesional y que se volvió explícito desde la investigación. Desde ambos polos no tenía respuesta a qué era el cuidado, ni menos cómo cuidarme profesionalmente.

Durante mi proceso de formación en terapia humanista – últimos años de pregrado, diplomado y magister – conocí la terapia experiencial, la cual llamó mi atención desde sus premisas y postulados, pero que terminó por hacerme sentido al vivenciarla en carne propia. Durante una clase de pregrado me ofrecí como voluntario para un ejemplo que el Dr. Sergio Lara pretendía hacer sobre *focusing*. Lo primero que llamó mi atención es que me daba la opción de trabajar sin hablar del contenido de lo que me ocurría. Jamás en cinco años de estudio había escuchado hablar a un psicólogo sobre esa posibilidad. En mi caso, era una opción perfecta considerando que no me acomodaba compartir con el grupo curso el tema que me aquejaba en ese entonces. Poco a poco fui interiorizándome en mis sensaciones, sin hacer caso del contenido, y con ello se comenzó a revelar un conjunto completamente nuevo y fresco de información, relaciones, imágenes y significados respecto del tema que me aquejaba. En esos diez minutos mi problema no se había solucionado en ningún sentido, sin embargo, logré verlo-sentirlo de una manera completamente nueva y clara. Esto es particularmente relevante considerando que llevaba varios meses ‘estancado’ en el mismo tema. Por fin, y luego de muchos intentos fallidos con otras conductas, mi experiencia había sido llevada hacia adelante.

Lo anterior cobra relevancia, no por la importancia del *focusing*, sino porque ese fue el inicio de mi cuidado desde lo que aquí hemos conceptualizado como el ‘deber ser’. A

partir de tal experiencia comencé a interiorizarme cada vez más en la teoría de la terapia experiencial y su marco de referencia: la psicología humanista. Al igual que en la crítica que realizaba Maslow – citada previamente – a los jóvenes humanistas comencé a intentar lograr aumentar mi nivel de *experiencing*, focalizar regularmente y lograr poner mi experiencia en marcha de un momento a otro. Junto con ello intenté adoptar a la fuerza las premisas de la relación con los otros, pacientes y no-pacientes. *Debes ser empático, debes aceptar al otro por quién es y sin juzgar, debes estar completamente atento a tu experiencing, comer en base a tu experiencing, dormir en base a tu experiencing, saber si te gusta alguien o no en base a tu experiencing, debes ser auténtico y ser consciente de en qué se encuentra tu existencia y saber que eso influirá tu encuentro con otros, y debes siempre llevar tu experiencia hacia adelante, por nombrar sólo algunos ejemplos de muchos en los que el ‘deber ser’ primó sobre mí.*

En términos del cuidado nuclear, comencé a llevarme hacia mi ‘posibilidad más propia’ a partir de lo que los otros me decían que debía ser y cómo debía serlo. Es decir, comencé a ocuparme de mí *como sí* el ‘deber ser’ fuera mi ‘posibilidad más propia’. En ese camino, debo reconocer que en un primer momento transité más por el polo de la ‘complementación des apropiada’, es decir, comencé a nutrir mis propios patrones de cuidado implícitos a partir de las nuevas posibilidades que se me abrían desde el ‘deber ser’ de la terapia experiencial. Sin embargo, no pasó mucho tiempo antes de que mi nuevo ángel se transformara en mi nuevo demonio. Poco a poco comencé a sentirme culpable de no estar actuando bajo las premisas de la terapia experiencial y a no cumplir todas sus exigencias, las cuales son bastantes si uno quiere cumplirlas todas en muy poco tiempo. Paulatinamente comencé a vivir bajo la ‘anulación’, es decir, el ‘deber ser’ se transformó en una coraza rígida y bastante alejada de mis necesidades en ese momento. Por ejemplo, la necesidad de no poner atención al *experiencing*, de no sentir el cuerpo, no querer ser empático, permitirme sentir rabia, ira, rencor, celos, etc., aspectos que eran tan parte de mí como cualquier otro. En términos de la terapia experiencial, mi *experiencing* había sido llevado hacia adelante sólo en aquellos aspectos que me parecían ‘positivos’, pero los ‘negativos’ habían quedado congelados y comenzaban a clamar por atención. Por otro lado, mi quehacer profesional parecía haberse estancado. Por alguna razón me estaba siendo muy

difícil establecer relaciones profundas con mis pacientes, es decir, el trabajo terapéutico más allá del alivio sintomático del primer motivo de consulta. Nuevamente me encontraba con que mi ser terapeuta no estaba siendo como ‘debía ser’, es decir, un ‘buen’ terapeuta debe poder establecer relaciones profundas. Y esto siguió siendo así, hasta que un profesor me señaló que no lo lograría hasta que yo mismo pasase por mi propia terapia profunda. Es decir, no lograría entregarme al cliente hasta que yo mismo pudiera entregarme a mí y hacerme cargo de mis propios procesos.

Efectivamente, a partir de mi propia psicoterapia, no sólo comencé a sentirme más cómodo como psicoterapeuta y lograr procesos más profundos, sino que también comencé a salir del polo de la ‘anulación’ del cuidado de sí vivido desde el ‘deber ser’. Y, al igual que como me había sido señalado en las asignaturas de ‘Introducción a la Psicoterapia Humanista’ y ‘La persona del terapeuta’, junto con las supervisiones, sólo en la medida en que me ocupara de mí mismo y me apropiara de mi ‘quién’ lograría poder entregarme al paciente y podría acompañar su proceso.

Posteriormente, comencé el postítulo de formación para poder certificarme como *Focusing Trainer* y *Focusing-Oriented Therapist* por el *Focusing Institute of New York*, nuevamente bajo la tutoría del Dr. Sergio Lara. Durante ese proceso me encontré con una nueva vertiente de la terapia experiencial: la aceptación radical de todo. Para contextualizar, es necesario señalar que bajo la terapia experiencial se suele pedir a la persona que deje de lado por un momento aquellas emociones ‘negativas’ o demasiado intensas, o en palabras de Weiser (1994, ¶1): “la crítica interna es tratada como una interrupción, al igual que los pensamientos. Las sensaciones sentidas sólo pueden venir desde el área del tronco del cuerpo y los síntomas físicos crónicos no son considerados como sensaciones sentidas”. Es decir, se prefiere trabajar con algunas sensaciones antes que otras. Sin embargo, Weiser (1994) nos invita a aceptar radicalmente todo, sin excepciones. A partir de esta nueva forma de ver la terapia experiencial, junto con mi proceso psicoterapéutico, comencé a tratar de aceptar todo en mí, lo ‘positivo’ y lo ‘negativo’, mis necesidades más egoístas hasta las más altruistas y poco a poco apropiarme de mí en el amplio sentido de la palabra. O sea, no es que algunas partes de mí fueran más ‘auténticas’ que otras, más ‘verdaderas’ o más

‘aceptables’, sino que todo ahora era parte de mí y por ello merecía el respeto necesario, me gustara o no.

Considerando lo anterior, la teoría experiencial pasó de ser mayoritariamente un ‘deber ser’ desde la ‘complementación desapropiada’ a paulatinamente ser mi ‘posibilidad más propia’ desde la ‘complementación apropiada’. En mi vida personal, sin embargo, transito entre ambos polos de la ‘posibilidad más propia’, en ocasiones más hacia la ‘ensimismación’ y en otras más hacia la ‘complementación apropiada’. Sin embargo, en cuanto a los pacientes se trata, el estar bajo los polos de la ‘complementación’ me ha permitido progresivamente trascenderme a mí mismo en pos de acompañar su propio proceso, de estar atento a mi *experiencing* en función mía y de ellos, y de poder mantener una ‘actitud de *focusing*’.

Desde el poder llevarme a mí mismo hacia mi ‘posibilidad más propia’, el cuidado desde los aspectos salud/enfermedad, ontológicos y morales, no quedan en segundo plano respecto del cuidado profesional, sino que corresponden a una necesidad y la base de poder establecer un cuidado que permita la trascendencia en pos de acercarme al paciente. Así también, y desde mi propio cuidado, he encarnado la necesidad de la supervisión clínica y la propia psicoterapia como aspectos fundamentales del cuidado de sí, y requisito para poder desarrollarme como terapeuta.

Sin embargo, es necesario aclarar un punto fundamental del cuidado profesional del terapeuta desde el cuidado nuclear. Debemos recordar que éste se manifiesta bajo el modo de la trascendencia, es decir, ser terapeuta es una posibilidad que se debe alcanzar. En tal sentido alcanzar la ‘posibilidad más propia’ es una tarea de momento a momento y día a día, que va en pos del cliente y, en segundo lugar del terapeuta. En tanto terapeuta y cliente existen, es decir, están abiertos a las posibilidades, nunca están terminados y como terapeutas nos vemos en la obligación de trascendernos constantemente. Así, lo que he expuesto es sólo una parte del largo camino en pos de poder trascenderme una y otra vez en pos del cliente.

Conclusión

A modo de conclusión es posible señalar que sólo a partir de un hacerse cargo de la propia historia, temores, talentos y virtudes, es decir, de la propia existencia, es que es posible encaminar el propio proceso de cuidado para poder intentar cuidar de otro profesionalmente. Así también, tanto el cuidado desde el ‘deber ser’ como desde la ‘posibilidad más propia’ son fundamentales y necesarios para poder complementar el cuidado de uno y así poder complementar el cuidado de ese otro que viene a consultar por ayuda.

La terapia experiencial se devela, desde la propia experiencia del autor, como un punto que permite la convergencia de ambos modos del cuidado y que busca en último sentido que el terapeuta pueda abrirse a su propia experiencia en pos de poder llevar al cliente hacia su ‘posibilidad más propia’. Esto se logra a partir de la denominada ‘actitud de *focusing*’, es decir, una forma de relación en terapia en la cual se permite que la experiencia sea llevada hacia adelante a partir de la aceptación radical del otro y la simbolización del *experiencing*, entendiéndose por esto último el flujo de sensaciones corporalmente sentidas en tiempo presente.

De este modo, el cuidado profesional puede expresarse como un trascenderse a sí mismo en pos de llevar al cliente hacia su posibilidad más propia, una trascendencia que implica la apropiación de uno mismo y que permita acercarse al cliente. Así, se evitan las formas del cuidado de sí que impidan la terapia, como la ‘anulación’ que aleja al terapeuta de sí mismo y la ‘ensimismación’ que aleja al terapeuta del cliente, debido a que estas coartan el aspecto fundamental y constitutivo de la terapia, a saber, la posibilidad de que el cliente pueda ser llevado hacia un estado ‘mejor’ que el que se encuentra.

En suma, el cuidado profesional del terapeuta, desde el cuidado nuclear, es el fundamento de toda psicoterapia y la posibilidad de cumplir el cometido de ésta, es decir, el poder llevar al ente hacia su ‘posibilidad más propia’.

Capítulo 9. Conclusión

Hemos llegado, luego de un largo camino, al final de la presente investigación. En un inicio se posicionó el cuidado como un aspecto fundamental de lo humano y se expuso la creciente necesidad de su intervención en psicoterapia debido a su asociación con el desgaste laboral (Cap. 1). Sin embargo, a pesar de la importancia del fenómeno, éste presenta una diversidad teórica y una ambigüedad conceptual que dificulta su investigación e intervención (Cap. 2). Desde ambos aspectos se justificó la pregunta por el cuidado en general como insumo necesario para poder dar cuenta del cuidado del psicoterapeuta.

Para poder responder a tales preguntas recorrimos las principales teorías del cuidado divididas en tres ejes temáticos: el cuidado desde la salud (Cap. 3), el cuidado desde el Bien/Mal (Cap. 4) y el cuidado desde el Ser (Cap. 5). El primer eje, queda caracterizado por 18 teorías de enfermería, cada una con una concepción particular de ser humano, salud y cuidado. Estas autoras coinciden en que el cuidado consiste en el restablecimiento o mantención de la salud de una persona. El segundo eje, se ha expuesto desde M.F. Collière (2001, 2009), junto a algunos aportes de J. Attali (1981) y M. Foucault (2001, 2007). Bajo esta mirada el cuidado corresponde a la mantención de la vida, la promoción del Bien o la lucha contra el Mal. El tercer y último eje corresponde al cuidado con énfasis en el Ser, cuyos exponentes fundamentales son M. Foucault y M. Heidegger. Bajo esta última mirada, el cuidado corresponde a las prácticas que se realizan en pos de alcanzar la verdad en Foucault (2011) y a la estructura fundamental del *Dasein* que lo abre al mundo, los entes intramundanos, los otros, sí mismo y el Ser, en Heidegger (1997).

Al considerar el conjunto de teorías expuestas es posible hablar de cuatro puntos en común que son transversales a las mismas (Cap. 6). Todas las teorías aquí expuestas plantean el cuidado como una propiedad y/o deber humano, de tipo relacional, que intenta abrir posibilidades positivas en un ente y llevarlo hacia lo que debe ser. A partir de ello es posible identificar el núcleo del cuidado, o el cuidado nuclear, como la intención de llevar a un ente hacia su ‘posibilidad más propia’ (Cap. 7). Tal ‘posibilidad más propia’ es en principio una proyección de la delimitación óptica que hace aquel que cuida sobre el ente cuidado.

Por último, al haber definido el cuidado nuclear se dio paso a la respuesta por el cuidado del psicoterapeuta (Cap. 8). En tanto la psicoterapia queda definida por su intento de llevar al cliente hacia un estado ‘mejor’ que aquel en el que está, entonces el terapeuta queda delimitado como aquel que encarna tal posibilidad. Así, el cuidado del terapeuta corresponderá a la posibilidad de seguir siendo aquel que pueda cuidar del cliente. Para ello, deberá trascenderse a sí mismo, en tanto persona, en pos de cuidar del cliente, quedando el cuidado biológico, ontológico y moral como aspectos necesarios para el cuidado del terapeuta, y previos al cuidado profesional.

La respuesta a la pregunta por el cuidado nos permite re-afirmar que este fenómeno es de fundamental importancia en lo humano, al igual que como ha sido considerado por los autores aquí tratados. El cuidado, desde el punto de vista que se mire, es un fenómeno con el que nos encontramos cotidianamente, ya sea biológica, ontológica, moral y/o profesionalmente. Cuidamos y estamos siendo cuidados desde siempre y por siempre, en tanto nuestra relación con los entes se establece como el intento de que éstos sigan siendo, vuelvan a ser o se transformen en lo que más les corresponde ser. A pesar de tal importancia, destaca la ausencia de la reflexión y el estudio del fenómeno en la psicología. Salvo por los estudios del cuidado del terapeuta desde la salud/enfermedad (Betta y cols., 2007; Cerda, 2012; Chambers y Maris, 2010; Concha, 2013; Durruty, 2005; Figley, 2002; Filgueira, 2014a; Filgueira, 2014b; González y cols., 2014; Guerra y cols., 2009; Guerra y cols., 2011; Norcross y Guy, 2007; Orellana y Paredes, 2006; Rodríguez y Arias, 2013; Torres-Godoy y Romero, 2006; Werner, 2010), no es posible hablar de una psicología del cuidado y mucho menos considerar que el tema ha sido abordado en todos sus polos desde la disciplina.

La presente investigación es quizás el primer abordaje del cuidado en términos amplios para la psicología, y la primera integración de las 21 teorías del cuidado provenientes de la enfermería, la antropología y la filosofía. Esto no cobra relevancia por la envergadura del trabajo, sino por la posibilidad de haber encontrado puntos comunes a tan magna diversidad de posturas respecto de un mismo fenómeno. Tal como se señaló, el cuidado es un fenómeno humano que se presenta como propiedad o deber del mismo, de tipo relacional, que intenta abrir posibilidades positivas en un ente y que intenta llevarlo

hacia lo que le corresponde ser. De este modo se da un paso hacia poder llenar el vacío teórico respecto de la pregunta por el cuidado en general. Sin embargo, esto no debe considerarse jamás como la respuesta final a la pregunta debido a dos puntos significativos que merman tal posibilidad: i) la recopilación de la información y ii) el rol del propio investigador como sujeto de cuidado

En primer lugar, se reconoce como falencia de la presente investigación que el autor de ésta no pertenece a ninguno de los campos de los que provienen las teorías recopiladas, es decir, la enfermería, antropología y filosofía. Si bien se ha hecho todo el esfuerzo por tratar de rescatar fielmente los dichos de los autores, es muy probable que varios aspectos intrateóricos hayan sido pasados por alto. Así también, es posible que la falta de experticia en el tema implicara la omisión de algunos de los textos fundamentales tanto de cada autor como de sus intérpretes. En la misma línea, el hecho de tratar de abordar 21 teorías en estas breves páginas obliga a dejar de lado aspectos de cada autor que podrían nutrir aún más la investigación. Junto con lo anterior, la interrelación entre teorías provenientes de distintas ontologías, epistemologías, antropologías, filosofías, etc. conlleva siempre el riesgo de forzar ciertas conclusiones pasando por alto tales factores. Por último, las limitaciones idiomáticas del autor han obligado a reducir la búsqueda de información sólo a textos en español e inglés fundamentalmente, y en menor medida en francés y portugués, lo que es un claro sesgo al considerar que el cuidado sería un fenómeno transversal a lo humano y que por ende debe ser mirado en distintos idiomas, culturas y épocas. Sin embargo, estos aspectos invitan a profundizar en el estudio del cuidado desde cada disciplina y al diálogo entre ellas, correspondiendo la presente tesis a una voz más dentro de las muchas que es posible desarrollar.

El segundo punto que afecta esta investigación proviene de la imposibilidad de mirar el cuidado desde un punto de vista externo, en tanto el propio autor está cuidándose en todo momento y ontológicamente es Cuidado. Para poder comprender este punto debemos remitirnos nuevamente al cuidado nuclear. Como se señaló previamente el cuidado queda expresado ónticamente a partir de prácticas, roles y discursos que coexisten, compitiendo o complementándose. Desde ahí que pueda considerarse cada teoría como una expresión discursiva del cuidado de cada uno de los autores aquí tratados. En otras

palabras, lo que cada autor señala en su teoría es su propia consideración acerca de cómo un ente puede ser llevado hacia su 'posibilidad más propia'. Por otro lado, todo cuidado debe ser mirado desde su indexicalización y cómo cobra sentido desde el autor que lo elabora. Respecto de estos aspectos, el autor de la presente tesis no puede mantenerse al margen de los mismos y, por lo tanto, los resultados se encuentran sesgados por la historia, la profesión y el contexto del 'quién' que ha escrito las presentes páginas. En otras palabras, la *existencia* del propio autor tiñe los resultados de la investigación y corresponde a una expresión discursiva del cuidado de éste. Esto, si bien puede ser considerado una falencia, es al mismo tiempo una necesidad y una declaración de principios respecto de cualquier estudio del cuidado, a saber, el hecho de que no puede ser mirado sin considerar el autor de tales reflexiones.

En cuanto a la relevancia metodológica señalada en la introducción, el aporte de la teorización aquí expuesta permite aunar múltiples definiciones sobre el cuidado que, en primer lugar, posibilita poder delimitar qué fenómenos corresponden al cuidado y cuáles distan del mismo a partir de la mirada desde el cuidado nuclear. En segundo lugar, poder comprender el cuidado como el intento de llevar a un ente hacia su 'posibilidad más propia' nos llama a, necesariamente, delimitar el ente que quiere ser estudiado desde sí mismo y desde aquel que cuida. En otras palabras, desde el cuidado, la ontología cobra fundamental relevancia y debe ser un aspecto a considerar en su investigación. En tercer lugar, al quedar delimitado el cuidado por aquel que cuida, entonces nos obliga a que en cada estudio de cuidado se debe declarar de qué tipo de cuidado se está hablando. En tal sentido, no es lo mismo hablar del cuidado desde D. Orem, M.F. Collière o M. Heidegger. Es decir, considerar el cuidado como algo dado de antemano y sin declarar la postura que se tiene del mismo corresponde a un error metodológico desde lo aquí expuesto. Así también, es necesario pensar en que todo estudio de cuidado está influido por el investigador y sus propias nociones de cuidado, siéndole imposible restarse del mismo por el hecho de estar cuidándose en todo momento. Por último, y recordando que el cuidado siempre es cuidado de... [algo] y cuidado desde... [un autor] entonces la operacionalización del cuidado dependerá de estos factores y del aspecto del fenómeno al cual se refiera, es decir, biológico, ontológico, moral, profesional, histórico, económico, etc.

En cuanto al aporte social de la presente investigación, se considera que a luz de los resultados aquí expuestos, el cuidado humano siempre debe considerar a aquel ente humano sobre el cual se debe intervenir. Es decir, en tanto el cuidado no está nunca dado de antemano, jamás se debe imponer el fenómeno desde formas de anulación del otro, como pueden ser la posición de ‘experto’, la ciencia o la religión. Ese otro humano del que intentamos cuidar ya tiene en sí, y desde siempre, una forma de cuidar de sí y de otros, frente a la cual nuestra postura puede entrar en competencia o complementariedad. La única manera de prevenir las formas violentas, deshumanizantes y anuladoras del cuidado descritas por Haro (2000), Collière (2009) y Heidegger (1997) es mediante la posibilidad de la ‘complementación’ con ese otro a quien nos dirigimos.

Lo anterior recae profundamente sobre la psicoterapia y la necesidad de pensarla desde el cuidado, en tanto ésta corresponde a una expresión del fenómeno. Esto es una invitación a re-pensar los currículums universitarios en las carreras de psicología, que ponen demasiado énfasis en lo teórico (Maida y cols., 2003), y comenzar a incluir el trabajo de la persona del terapeuta frente a la necesidad de trascenderse a sí mismo en pos de cuidar de otro. Por otro lado, como terapeutas pareciera ser indiscutible la necesidad de la propia psicoterapia, el desarrollo personal y la supervisión clínica, como aspectos fundamentales de la apropiación y ocupación de quienes somos en pos de poder acercarnos a quien nos solicita ayuda. Si bien se reconoce que la presente investigación no da claves explícitas para la prevención del desgaste laboral, éstas quizás correspondían a palos de ciegos frente a la ausencia de una delimitación clara del fenómeno y a un análisis profundo de la pregunta por el cuidado.

A partir de lo anterior se abre la posibilidad de retomar y renovar la investigación del cuidado del terapeuta. Es necesario que podamos mirar al terapeuta en todas sus aristas y no sólo desde el polo de la enfermedad. Junto con ello, al ser el cuidado un aspecto personal y complejo, la investigación e intervención sobre el mismo debe ser capaz de captar las idiosincrasias del cuidado de una persona. Ejemplo de la necesidad de lo anterior es el estudio de estrategias de cuidado entre psicólogos novatos y experimentados desde una postura cuantitativa y una cualitativa. Cerda (2012) da cuenta de alrededor de 20

estrategias de autocuidado desde una metodología cualitativa frente a las 10 estrategias que mide la escala de autocuidado desarrollada por Guerra y cols. (2008).

Para finalizar esta investigación resta re-afirmar que el cuidado ha sido un fenómeno infravalorado e infrainvestigado en las diversas disciplinas humanas, lo cual nos obliga a reconsiderar la importancia del fenómeno no sólo desde la investigación empírica, sino ante todo de la reflexión y la teorización para poder sentar las bases necesarias para su estudio. Así la frase de Martínez (1993) cobra una profunda relevancia en cuanto a este tema, es decir, “la riqueza de hechos no es necesariamente riqueza de pensamiento. Necesitamos encontrar el método para organizar y estructurar ese material en poderosas síntesis teóricas y no quedarnos perdidos en una inmensa masa de datos inconexos y dispersos” (p. 17). La presente tesis ha sido un intento en tan magna y necesaria empresa.

A modo de conclusión debemos señalar que, en respuesta a la pregunta guía de la presente investigación, el cuidado corresponde al intento de llevar a un ente hacia su ‘posibilidad más propia’ y que éste se manifiesta bajo tres modos posibles. El primer modo corresponde a la perpetuación del ente, bajo el cual el cuidado corresponde a intentar que un ente siga siendo algo que ya es. El segundo modo corresponde a la restauración del ente, es decir, a partir del cuidado se intenta que un ente vuelva a ser algo que era. Por último, el tercer modo del fenómeno corresponde a la trascendencia del ente, o sea, a la intención de que un ente sea algo que aún no es y que le corresponde ser. El cuidado de cualquier ente puede ser entendido a partir del cuidado nuclear y los diferentes modos de manifestación del mismo, incluyendo personas, objetos, entes abstractos o concretos, etc.

En segundo lugar, respecto de la pregunta por el cuidado del psicoterapeuta, se concluye que el ser del terapeuta queda definido por el cuidado del cliente en tanto tal aspecto es el punto constitutivo de la psicoterapia. Entonces, el cuidado del terapeuta corresponderá a la intención de trascenderse a sí mismo en pos de poder llevar al cliente hacia su ‘posibilidad más propia’. Es decir, sólo en la medida en que el terapeuta se ocupe de sí mismo podrá entregarse al cuidado de otro y llevar al paciente a su alivio sintomático, cambio de personalidad, crecimiento personal, etc. Para poder alcanzar la trascendencia de sí, el terapeuta deberá transitar entre el cuidado desde el ‘deber ser’ y la ‘posibilidad más

propia’, desde los polos que lo acerquen al cliente. En otras palabras, deberá aprender a cuidar de sí y de otros a partir de discursos externos – el ‘deber ser’ – bajo el modo de la ‘complementación desapropiada’, sin embargo, también debe ser capaz de cuidar de sí apropiándose de su ser y complementando el cuidado del cliente desde sí mismo – ‘posibilidad más propia’ – bajo el modo de la ‘complementación apropiada’. En caso contrario el terapeuta se perderá en sí mismo bajo el modo de la ‘ensimismación’ o se perderá en los otros bajo el modo de la ‘anulación’, ambos modos lo alejarán del cliente y sus necesidades.

Un posible ejemplo del cuidado profesional, desde el cuidado nuclear, corresponde a la terapia experiencial por su invitación a que el terapeuta se haga cargo de su propia experiencia y desde ahí pueda trascenderse hacia el cliente. Sin embargo, sus premisas sólo podrán nutrir el cuidado profesional del terapeuta en la medida en que no sean tomadas como algo estático y que pueda llevar al mismo hacia su ‘anulación’ o hacia el ‘ensimismamiento’.

Palabras Finales

Para cerrar esta investigación, y a modo de reflexión final, se recurrirá a la fábula sobre el cuidado citada por Heidegger (1997). El autor alemán propone que a partir de la fábula de Cura [Cuidado] se demuestra preontológicamente que el ser del *Dasein* es la Sorge. La fábula original está en latín y Heidegger traduce Cura al alemán como Sorge (Heidegger, 1967). En sus traducciones al español, J. Gaos (Heidegger, 2012) mantiene el latín original refiriéndose a Sorge como Cura, sin embargo, para Rivera (Heidegger, 1997) y otros intérpretes (Adrián, 2009), la traducción más adecuada sería Cuidado. La fábula es la siguiente:

Al atravesar *Cura* [*Cuidado*]⁸ un río, ve un gredoso barro, ‘
y cogiéndolo meditabunda lo comenzó a modelar.
Mientras piensa en lo que hiciera, Júpiter se presenta.
Pídele *Cura* [*Cuidado*] le dé espíritu y fácilmente lo consigue.

⁸ Se ha agregado cursivas a ‘*Cuidado*’, para diferenciarlo de ‘Cuidado’ que hace referencia a la Sorge heideggeriana y de ‘cuidado’ que hace referencia al uso común de la palabra. Es decir, cada vez que se vea escrito ‘*Cuidado*’ es porque se está haciendo referencia al nombre de la protagonista de la fábula citada.

Como *Cura* [*Cuidado*] quisiese darle su propio nombre,
niégase Júpiter y exige que se le ponga el suyo.
Mientras ellos discuten, interviene también la Tierra
pidiendo que su nombre sea dado a quien ella el cuerpo diera.
Tomaron por juez a Saturno, y éste, equitativo, juzga:
‘Tú, Júpiter, porque el espíritu le diste, en la muerte el
espíritu y tú, Tierra, pues le diste el cuerpo, el cuerpo
recibid, reténgalo *Cura* [*Cuidado*] mientras viva, porque fue la
primera en modelarlo. Y en cuanto a la disputa entre
vosotros por el nombre, llámesele hombre, ya que del *humus*
ha sido hecho’ (Heidegger, 1997, p. 219; cursivas y corchetes agregados).

Si tomamos la fábula anterior como referencia, podemos considerar que los seres humanos le pertenecemos a *Cuidado* mientras sigamos siendo, y el cuidado es precisamente eso: lo-que-nos-permite-ser. A partir del cuidado nos llevaremos a nosotros mismos hacia nuestra ‘posibilidad más propia’, que en última instancia no es otra cosa que la lucha por seguir siendo: siendo-ahí, siendo seres vivos, siendo en el Bien, siendo terapeutas. Incluso de cara a la muerte luchamos por seguir siendo, no en el sentido del instinto de supervivencia, sino que incluso al elegir la muerte como opción el cuidado se hace presente. Ejemplo de lo anterior es Sócrates, el cual prefirió seguir siendo fiel a sus principios y beber la cicuta antes que ser exiliado. Viktor Frankl (1979) por su parte nos narra sobre algunos prisioneros del holocausto que preferían quitarse la vida en las cercas electrificadas antes que perder la vida en manos de sus captores. ¿Qué otra cosa son los ejemplos anteriores que seguir siendo bajo el modo de la trascendencia, de ser libres y dignos en la muerte, antes que seguir viviendo como no se quiere vivir, de no poder tolerar ser lo que no se es?

Somos de *Cuidado* y no podemos renunciar a ella, nacemos y morimos en ella. Nacemos en el cuidado de otros, nos nutrimos y crecemos a su alero, luego nos volvemos presos de ellos y del ‘deber ser’. Sin embargo, si bien *Cuidado* nos da la vida y es al mismo tiempo carcelera, nos ofrece la posibilidad de ser libres y de que la posesión ya no sea unívoca sino mutua. Somos de *Cuidado* y *Cuidado* es de nosotros cuando llegamos a nuestra ‘posibilidad más propia’. Sin embargo, cada uno de nosotros también es una forma de cuidado para los otros. Es decir, en tanto encarnamos prácticas, discursos y roles de cuidado, esa encarnación nos convierte en parte del cuidado de otros, compitiendo o

complementando el cuidado de los demás. Desde ahí que, necesariamente, ser cuidado no puede ser sólo libertad sino que además debemos ser responsables del poder que implica ser *Cuidado* para otro. Así, si mientras tengamos vida le pertenecemos a *Cuidado*, y esta nos posibilita ser libres y responsables, entonces deberíamos pagarle con una moneda que haga justicia a tales dones: la Ética.

El cuidado nos abre al mundo, a la vida, a los otros, a la verdad, al Ser y quizás a tantos otros aspectos de nuestra existencia. Sin embargo, al ser en un mundo con otros – humanos y no-humanos – la ética no es sólo una posibilidad sino una exigencia. Bajo un regalo tan bello como el que proviene del cuidado es justo pensar que nos corresponde devolver la mano en la misma medida. El autor de la presente investigación considera que la entrega por otro, libre, responsable y ética, es una obligación para los profesionales de salud por el mero hecho de que *Cuidado* nos pone a uno de sus hijos frente a nosotros pidiéndonos ayuda, pidiéndonos que lo llevemos hacia su ‘posibilidad más propia’. Es decir, estamos obligados para con ese otro porque al ser hijos de una misma madre – *Cuidado* – y al ser el cuidado siempre relacional, cuando cuido de otro también estoy cuidando de mí, y cuando el otro padece también padezco yo, porque como señaló Gendlin (1998, p.30, en Doi y Ikemi, 2003; cursivas agregadas): “Cómo tu eres cuando me afectas a mí, ya estás afectado por mí, y no por mí como usualmente soy, sino *por mí mientras ocurro contigo*”. O, bajo el pensamiento de I. Levinas (1962 en Orange, 2012, p.88): “No matarás ... No me dejarás morir sólo”.

Mientras vivamos somos de *Cuidado* y tenemos una responsabilidad con nosotros mismos y con el otro, del cual podemos alejarnos teóricamente pero con el cual siempre somos en conjunto.

Referencias

- Adrián, J. (2009). *El lenguaje de Heidegger*. Barcelona: Herder.
- Allen, M. (1967). Health services within the context of social security-nursing. *Canadian Journal of Public Health*, 58 (2), 69-72.
- Allen, M. (1981). The health dimension in nursing practice: notes on nursing in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 6, 153-154.
- Allen, M. y Warner, M. (2002). A developmental model of health and nursing. *Journal of Family Nursing*, 8 (2), 96-135.
- Alligod, M. (Ed.) (2014a). *Nursing theorist and their work*. Estados Unidos: Elsevier.
- Alligod, M. (2014b). Introduction to nursing theory: Its history, significance, and analysis. En M. Alligod (Ed.), *Nursing theorist and their work* (pp. 2-13). Estados Unidos: Elsevier.
- American Psychological Association (2012). *Recognition of psychotherapy effectiveness*. Recuperado desde <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>
- Amezcuá, M. (2009). Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Index de Enfermería*, 18 (2). Recuperado desde <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n2/7779.php>
- Arenas-Monreal, L., Hernández-Tezoquipa, I., Valdez-Santiago, R. y Bonilla-Fernández, P. (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública de México*, 46 (4), 326-332.
- Arenas-Monreal, L., Jasso-Arenas, J. y Campos-Navarro, R. (2011). Autocuidado: Elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion*, 18 (4), 42-48.
- Attali, J. (1981). *El orden caníbal*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Barrera-Ramírez, C., Pineda, L. y Guzmán, C. (2004). Cuidados del paciente cardiópata tras una intervención coronaria percutánea. *Gaceta médica de México*, 140 (6), 619-627.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Bellido, J., Ríos, A. y Fernández, S. (2010). Modelo de cuidados de Virginia Henderson. En J. Bellido y J. Lendínez (Coords.), *Proceso enfermero desde el modelo de*

- cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN* (pp. 17-33). España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Benaventt, A., Francisco, C. y Ferrer, E. (2003). Los modelos de cuidado. En E. Benavent, A. Benavent, E. Ferrer y C. Francisco (Eds.), *Fundamentos de enfermería* (pp. 147-160). Madrid: Difusión Avances de Enfermería.
- Betta, R., Morales, G, Rodríguez, K. y Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3 (9), 9-19.
- Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (2015). *Pubmed* [en línea]: sistema de búsqueda automatizado de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos y el Centro Nacional de Información Biotecnológica de Estados Unidos. [Fecha de consulta: 12 de junio de 2015]. Disponible desde: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Care%5BTitle%5D>
- Bournes, D. y Mitchell, G. (2014). Humanbecoming. En M. Alligod (Ed.), *Nursing theorist and their work* (pp. 464-495). Estados Unidos: Elsevier.
- Boyé, A. (2006). *Matriarcats. Matriarcados. Matriarchies*. Barcelona: UPIFC.
- Brown, J. y Alligod, M. (2014). Health as expanding consciousness. En M. Alligod (Ed.), *Nursing theorist and their work* (pp. 440-463). Estados Unidos: Elsevier.
- Bub, M., Medrano, C., Silva, C., Wink, S., Liss, P. y Santos, E. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15, 152-157.
- Burgos, D., Moncada, L., Cerda, J., Carvajal, C., Concha, F., Guerra, C. y Araya, C. (2012). *Efectos de la problemática del paciente en la vida laboral y personal del psicólogo clínico*. Buenos Aires: X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de Society for Psychotherapy Research.
- Butcher, H. y Malinski, V. (2010). Martha E. Rogers' Science of Unitary Human Beings. En M. Parker y M. Smith (Eds.), *Nursing theories & nursing practice* (pp. 253-276). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Cañal, J. (2011). El valor en psicoterapia del término grecolatino “epimeleia heautou”. *Docta Ignorancia Digital*, 2 (2), 55-64.

- Carbelo, B., Romero, M., Casas, F., Ruiz, T. y de la Parra, S. (1997). Teoría enfermera. El cuidado desde una perspectiva psicosocial. *Cultura de los Cuidados 1* (2), 54-59.
- Carvajal, C., Moncada, L., Cerda, J., Burgos, D., Concha, F., Villena, S. y Guerra, C. (2012). *El desarrollo de la persona del terapeuta y su influencia en el quehacer profesional: Desde la mirada de los experimentados*. Buenos Aires: X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de Society for Psychotherapy Research.
- Cerda, J. (2012). *Percepción del autocuidado en psicólogos clínicos novatos y experimentados*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile, Chile.
- Cerda, J., Moncada, L., Burgos, D., Carvajal, C., Araya, C., Guerra, C. y Concha, F. (2012). *Percepción del autocuidado en psicólogos clínicos experimentados y novatos*. Buenos Aires: X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de Society for Psychotherapy Research.
- Chambers, J. y Maris, J. (2010). Integrating mindfulness as self-care into counselling and psychotherapy training. *Counseling and Psychotherapy Research*, 10 (2), 114-125.
- Collière, M.F. (1986). Invisible care and invisible women as health care-providers. *International Journal of Nursing Studies*, 23 (2), 95-112.
- Collière, M.F. (2001). *Soigner... Le premier art de la vie*. París: Masson.
- Collière, M.F. (2009). *Promover la vida*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Collière, M.F. y Lawler, J. (1998). Marie-François Collière – nurse and ethnohistorian: a conversation about nursing and the invisibility of care. *Nursing Inquiry*, 5, 140-145.
- Concha, F. (2013). *Estudio comparativo sobre la frecuencia de uso estrategias de autocuidado en psicoterapeutas novatos y experimentados*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile, Chile.
- Concha, F., Moncada, L., Guerra, C., Cerda, J., Burgos, D., Carvajal, C. y Araya, P. (2012). *Estudio comparativo sobre la frecuencia de las conductas de autocuidado en terapeutas experimentados versus terapeutas novatos, a través de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP)*. Buenos Aires: X

- Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de Society for Psychotherapy Research.
- Deal, P. (2010). Betty Neuman's System Model. En M. Parker y M. Smith (Eds.), *Nursing theories & nursing practice* (pp. 182-201). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Depestele, F. (2012). *Cómo hacer la Terapia Experiencial: En la práctica de integrar focusing a la psicoterapia*. Recuperado desde <http://www.focusing.org/fot/Como-hacer-la-Terapia-Experiencial-fd.pdf>
- Doi, A. y Ikemi, A. (2003). El proceso de referencia: Cómo contactarse con los sentimientos en curso. *Journal of Humanistic Psychology*, 43 (4). Recuperado desde http://www.ahpweb.org/articles/getting_in_touch.html
- Dreyfus, H. (2003). *Ser-en-el-Mundo. Comentario a la División 1 de Ser y Tiempo de Martin Heidegger*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos
- Durruty, P. (2005). *Ejes de autocuidado para el psicoterapeuta orientado a la prevención del síndrome de burnout desde la perspectiva de la asertividad generativa*. Tesis para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile, Chile.
- Echeverr, S. (2003). Enfermería: el arte y la ciencia del cuidado. *Medicina (Bogotá)*, 25 (63), 172-185.
- Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado*. Argentina: Ediciones Unicef.
- Ezquerria, S. (2012). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*, 2, 175-194.
- Falkenstern, S., Gueldner, S. y Newman, M.A. (2009). Health as expanding consciousness with families with a child with special healthcare needs. *Nursing Science Quarterly*, 22 (3), 267-279.
- Fawcett, J. (2006). *Contemporary nursing knowledge*. Estados Unidos: F.A. Davis Company.
- Félix, L., Nóbrega, M., Fontes, W. y Soares, M. (2009). Análise da Teoría do Autocuidado de Orem de acordó com os critérios de Fawcett. *Revista de Enfermagem UFPE*, 3 (2), 392-398.

- Fernández, G., Barbosa, M. y Prado, M. (2007). La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. *Index de Enfermería*, 16 (58). Recuperado desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300012
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (11), 1433-1441.
- Filgueira, M. (2014a). Síndromes profesionales del psicoterapeuta: propuestas de autocuidado con psicodrama. *Psicoterapia y psicodrama*, 3 (1), 37-78.
- Filgueira, M. (2014b). Propuestas de intervisión y autocuidado con psicodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22 (1), 32-42.
- Foucault, M. (1994[1984]). *Dits et écrits 1954-1988. Vol. IV 1980-1988*. Paris: Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad. Curso en el College de France (1975-1976)*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2003). *Historia de la sexualidad. Vol. III: La inquietud de sí* (T. Segovia, Trad.). Madrid: Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1984).
- Foucault, M. (2006). *Historia de la sexualidad. Vol. III: El cuidado de sí* (J. Varela y F. Álvarez-Uría, Trads.). Madrid: Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1984).
- Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2010). *El coraje de la verdad. El gobierno de sí y los otros II*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2011). *La hermenéutica del sujeto: Curso en el Collège de France, 1981-1982*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2014). *Histoire de la sexualité (Tome 3). Le soici de soi*. Paris: Editions Gallimard. (Trabajo original publicado en 1984).
- Frankl, V. (1979). *El hombre en búsqueda de sentido*. Barcelona: Editorial Herder.
- Frankl, V. (2013[1946]). *Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

- Freud, S. (1992[1905]). Sobre psicoterapia. En J. Strachey (Comp.), *Obras Completas, Sigmund Freud, Vol. VII*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Frezza, M. (s.f.). *Focusing y filosofía de lo implícito*. Recuperado desde http://www.focusing.org/focusing_y_la_filosof%C3%ADa_de_la_impl%C3%ADcito.html
- Friedman, N. (2000). *Focusing: Selected Essays, 1974-1999*. Xlibris Corporation.
- Fundación para el Apoyo a la Investigación del Estado de Sao Paulo (2015). *Scientific Electronic Library Online* [en línea]: sistema de búsqueda automatizado de la Fundación para el Apoyo a la Investigación del Estado de Sao Paulo y el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. [Fecha de consulta: 12 de junio de 2015]. Disponible en http://search.scielo.org/?output=site&lang=pt&from=0&sort=&format=abstract&count=20&fb=&page=1&q=cuidado&index=ti&where=ORG&search_form_submit=Pesquisar
- García, J. (2007). *Un homenaje a M.J. Mahoney: Los riesgos del ejercicio de la psicoterapia (un viaje al lugar peligroso)*. Sevilla: II Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas. Recuperado desde <http://sppc.org.pt/downloads/mahoney+jgm.pdf>
- Gendlin, E. (1957). A descriptive introduction to experiencing. *Counseling Center Discussion Papers*, 3 (25), 322-328.
- Gendlin, E. (1962). *Experiencing and the creation of meaning*. New York: Northwestern University Press.
- Gendlin, E. (1992). *La primacía del cuerpo, no la primacía de la percepción: Cómo el cuerpo conduce la situación y la filosofía* [versión digital]. Recuperado desde http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2162.html
- Gendlin, E. (1997). *A process model*. Spring Valley: Focusing Institute.
- Gendlin, E. (1997[1973]). Psicoterapia experiencial. En C. Alemany (Comp.), *Psicoterapia experiencial y focusing. La aportación de E.T. Gendlin* (pp. 143-196). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gendlin, E. (1999a). *El focusing en psicoterapia. Manual del método experiencial*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

- Gendlin, E. (1999b). Authenticity after postmodernism. *Changes. An International Journal of Psychology and Psychotherapy*, 17 (3), 203-212.
- Gendlin, E. (2000[1964]). Una teoría del cambio de la personalidad. En E. Riveros (Ed.), *El nuevo paradigma del experiencing* (pp. 63-160). Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Gendlin, E. (2008). *Focusing. Proceso y técnica del enfoque corporal*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Gendlin, E., Jenney, R. y Shlien, M. (1960). Counselor ratings of process and outcome in client-centered therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 16 (2), 210-213.
- Gendlin, E. y Zimring, F. (1994[1955]). The qualities or dimensions of experiencing and their change. *The Person-centered Journal*, 1 (2), 55-67.
- Gómez, B. (2005). Ética y medicina en Michel Foucault: La dimensión humanística de la medicina a partir de una genealogía de la moral. *História, Ciências, Saúde*, 12 (3), 717-734.
- González, K., Gaspar, P., Luengo, S. y Amigo, J. (2014). Salud mental en estudiantes de la carrera de psicología, Implicancias para la formación en autocuidado de los psicólogos en formación. *Integración Académica en Psicología*, 2 (6), 35-43.
- Guerra, C., Fuenzalida, A. y Hernández, C. (2009). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en el aumento de conductas de autocuidado y disminución del estrés traumático secundario en psicólogos clínicos. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 73-81.
- Guerra, C., Mujica, A., Nahmias, A. y Rojas, N. (2011). Análisis psicométrico de la Escala de Conductas Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43 (2), 319-228.
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G. y Betta, R. (2008). Validación de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Psyche*, 17 (2), 67-78.
- Haro, J. (2000). Cuidados Profanos: Una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguero, E. y J.M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-161). Barcelona: Edicions Bellatera.
- Heidegger, M. (1967). *Sein und zeit*. Tübingen: M. Niemeyer.

- Heidegger, M. (1997). *Ser y tiempo* (J. Rivera, Trad.). Madrid: Trotta. (Trabajo original publicado en 1927).
- Heidegger, M. (2012). *El ser y el tiempo* (J. Gaos, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1927)
- Henderson, V. (1978). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 3, 113-130.
- Henderson, V. (1980). Perserving the essence of nursing in a technological age. *Journal of Advanced Nursing*, 5, 245-260.
- Hessayon, D. G. y Domínguez, P. A. (1999). *Manual de horticultura*. Barcelona: Blume.
- Hills, M. y Watson, J. (2011). *Creating a Caring Science Curriculum. An Emancipatory Pedagogy for Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Holaday, B. (2014). Behavioral System Model. En M. Alligod (Ed.), *Nursing theorist and their work* (pp. 332-355). Estados Unidos: Elsevier.
- Jiménez, D. (2013). *El cuidado de sí como una forma de estar en la supervisión sistémica relacional*. Tesis para optar al grado de Magister, Universidad de Chile, Chile.
- Johnson, D. (1968). *One conceptual model of nursing*. Recuperado desde <http://www.mc.vanderbilt.edu/biolib/hc/documents/conceptualmodel.pdf>
- Johnson, D. (1990). The Behavioral System Model for nursing. En M., Parker (Ed.), *Nursing Theories in Practice* (pp. 23-32). Nueva York: National League for Nursing.
- Jones, J. y Fitzpatrick, J. (2012). Interpersonal relationships: the cornerstone of psychiatric nursing. En J. Jones, V., Rogers y J. Fitzpatrick (Eds.), *Psychiatric-Mental Health Nursing: An Interpersonal Approach* (pp. 17-29). New York: Springer Publishing Company.
- Jung, C. (1986[1948]). Tecniche di trasformazione dell'atteggiamento mentale in vista della pace nel mondo. En L. Aurigema (Ed.), *Opere de C.G. Jung. Civiltà in transizione dopo la catastrofe* (pp. 91-100). Italia: Editore Boringhieri.
- Kérouac, S. Pepin, J, Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (2002). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S.A.
- Klagsbrun, J. (1999). Focusing una herramienta corporal y mental para la autoexploración y reducción del estrés (E. Riveros, Trad.) [versión digital]. En Gawler, I. (ed.),

- Medicine of the Mind.* Recuperado desde https://www.focusing.org/es/focusing_una_herramienta_corporal_y_mental_klagsbr_un_trad_riveros_031209.pdf
- Klein, M., Mathieu, P., Gendlin, E. y Kiesler, D. (1997[1969]). La escala experiencial. En C. Alemany (Comp.), *Psicoterapia experiencial y focusing. La aportación de E.T. Gendlin* (pp. 101-108). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Lawler, J. (1998). Marie-François Collière. *Nursing Inquiry*, 5, 124-125.
- Lawson, T. (2014). Systems Model. En M. Alligod (Ed.), *Nursing theorist and their work* (pp. 281-302). Estados Unidos: Elsevier.
- Lazarus, A. (1986). The utility and futility of combining treatments in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and practice*, 3 (1), 59-68.
- Leininger, M. (1996). Major directions for Transcultural Nursing: A nursing into the 21st Century. *Journal of Transcultural Nursing*, 7 (2), 28-31.
- Leininger, M. y McFarland, M. (2010). Madeleine Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality. En M. Parker y M. Smith (Ed.), *Nursing theories & nursing practice* (pp. 317-336). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- León, C. (2006). Enfermería: Ciencia y arte del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 22 (4). Recuperado http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007
- León, C. (2007). Cuidarse para no morir cuidando. *Revista Cubana de Enfermería*, 23 (1). Recuperado desde http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_01_07/enf06107.htm
- Leijssen, M. (1998a). Los microprocesos del focusing. En L. Greenberg, J. Watson, & G. Lietaer (Eds.), *Experiential Psychotherapy*. New York: Guildford Press.
- Leijssen, M. (1998b). Focusing: interpersonal and intrapersonal conditions of growth. En B.Thorne y E.Lambers (Eds.), *Person-Centred Therapy: a European Perspective* (pp. 131-158). London: Sage Publications.
- Lluch, M.T. (2004). *Enfermería Psicosocial y de Salud Mental: Marco conceptual y metodológico*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.

- Lopez, A. (2011). A clínica daseinanalítica: considerações preliminares. *Revista de Abordagem Gestáltica*, 17 (1), 30-36.
- López, C. F. (1981). *Cuidado sanitario del ganado ovino para carne*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Publicaciones de Extensión Agraria.
- Maida, A., Molina, M. y del Río, M. (2003). Taller “la persona del terapeuta”: Una experiencia de formación que promueve el aprendizaje. *Educación Médica*, 6 (2), 112-116.
- Martínez, M. (1993). *La psicología humanista. Fundamentación epistemológica, estructura y método*. México, D.F.: Editorial Trillas.
- May, R. (1967). Contribuciones de la Psicoterapia Existencial. En R. May, E. Angel y H. Ellenberger (Eds.), *Existencia. Nueva dimensión en psiquiatría y psicología* (pp. 58-122). Madrid: Editorial Gredos.
- McFarland, M. (2014). Culture Care Theory of Diversity and Universality. En M. Alligod (Ed.), *Nursing theorist and their work* (pp. 417-442). Estados Unidos: Elsevier.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing. Development and progress*. China: Wolters Kluwer Health.
- Mitchell, G. (1990). Struggling in Change: From the traditional approach to Parse’s Theory- Based Practice. *Nursing Science Quarterly*, 3 (4), 170-176.
- Moore, K. (2010). Myra Levine’s Conservation Model. En M. Parker y M. Smith (Ed.), *Nursing theories & nursing practice* (pp. 83-103). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Moore, K. (2014). The Conservation Model. En M. Alligod (Ed.), *Nursing theorist and their work* (pp. 204-220). Estados Unidos: Elsevier.
- Moreno, L. (2002). *Martin Heidegger. El Filósofo del Ser*. Madrid: Editorial Edaf.
- Newman, M.A. (2007). The power of one: Confidence in our evolving future. *Nursing Science Quarterly*, 20 (3), 203-204.
- Newman, M.A. (2008). *Transforming presence. The difference that nursing makes*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Norcross, J. y Guy, J. (2007). *Leaving it at the office. A guide to psychotherapist self-care*. New York: The Guildford Press.

- Opazo, R. (1992). Fuerzas de cambio en psicoterapia un modelo integrativo. En R. Opazo (Ed.), *Integración en psicoterapia* (pp. 400-490). Santiago de Chile: Ediciones CECIDEP.
- Orange, D. (2012). *Pensar la práctica clínica. Recursos filosóficos para el psicoanálisis contemporáneo y las psicoterapias humanistas*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Orellana, F. y Paredes, M. (2006). *Autocuidado de equipo: Aprendizajes de una práctica*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Orem, D. (2003[1987]). Self-care and health promotion: Understanding self-care. En K. Mclaughlin y Taylor, S. (Comps.), *Self-care Theory in nursing. Selected papers of Dorothea Orem* (pp. 212-222). New York: Springer Publishing Company.
- Orlando, I. (1987). Nursing in the 21th century: alternate paths. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 405-412.
- Ortega y Gasset, J. (1973). *Vives-Goethe*. Madrid: Revista de Occidente.
- Parker, M. y Smith, M. (2010). *Nursing theories & nursing practice*. Philadelphia: Davis Company.
- Parse, R.R. (1997). The Humanbecoming Theory: the was, is, and will be. *Nursing Science Quarterly*, 10 (1), 32-38.
- Parse, R.R. (2009). The Humanbecoming Family Model. *Nursing Science Quarterly*, 22 (4), 305-309.
- Paterson, J. y Zderad, L. (1988). *Humanistic Nursing*. New York: John Wiley & Sons.
- Peplau, H. (1957). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Pérez, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 5, 7-37.
- Pérez, M., Godoy, S., Mazzo, A., Nogueira, A., Trevizan, M. y Mendes, I. (2013). Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa. *Enfermería Global*, 12 (29), 43-52.

- Pharris, M. (2010). Margaret Newman's Theory of Health as Expanding Consciousness. En M. Parker y M. Smith (Eds.), *Nursing theories & nursing practice* (pp. 290-313). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Pokorny, M. (2014). Introduction to nursing theory: Its history, significance, and analysis. En M. Alligod (Ed.), *Nursing theorist and their work* (pp. 42-58). Estados Unidos: Elsevier.
- Ribeiro, M. y Almeida, M. (2009). O estado da arte sobre cuidado ao idoso: diagnóstico da produção científica em enfermagem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19 (3), 743-759.
- Ricoeur, P. (2007). *El mal. Un desafío a la filosofía y la teología*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Rivera, J. y Stuvan, M. (2008). *Comentario a Ser y Tiempo. Vol. 1, Introducción*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile
- Rivera, J. y Stuvan, M (2010). *Comentario a Ser y Tiempo, Vol. 2, Primera Sección*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Riveros, E. (2000). *El nuevo paradigma del experiencing*. Santiago de Chile: Ediciones LOM.
- Rodríguez, M. y Arias, S. (2013). Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. *Revista Sul Americana de Psicología*, 1 (2), 216-234.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. (2013[1953]). Algunas tendencias que se manifiestan en la terapia. En C. Rogers (Ed.), *El proceso de convertirse en persona* (pp. 75-102). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Rogers, M.E. (1981). Science of Unitary Man: A paradigm for nursing. En G.S. Lasker (Ed.), *Applied systems and cybernetics. Vol. 4* (pp. 1719-1739). Estados Unidos: Pergamon Press Inc.
- Rogers, M.E. (1992). Nursing science and the Space Age. *Nursing Science Quarterly*, 5 (1), 27-34.

- Rosenham, D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Roy, C. y Zhan, L. (2010). Sister Callista Roy's adaptation model. En M. Parker y M. Smith (Eds.), *Nursing theories & nursing practice* (pp. 167-181). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Siebert, A. (2000). How non-diagnostic listening led to a rapid "recovery" from paranoid schizophrenia: What is wrong with psychiatry? *Journal of Humanistic Psychology*, 40 (1), 34-58.
- Sossa, A. (2010). Michel Foucault y el cuidado de sí. *Revista Universitaria Arbitrada de Investigación y Diálogo Académico*, 6 (2), 34-45.
- Steiner, G. (2013). *Heidegger*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica
- Szasz, T. (2004). *El mito de la psicoterapia*. México, D.F.: Ediciones Coyoacán.
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51 (1), 61-69.
- Torres-Godoy, T. y Romero, S. (2006). Teatro salud y autocuidado. Conceptos, propuestas y perspectivas. *Gaceta Universitaria*, 2 (2), 223-230.
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Revista de investigación y educación en enfermería*, 17 (2), 109-118.
- Urra, E., Jana, A. y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, 17 (3), 11-22.
- Van Deth, R. (2013). *Psychotherapy. A critical guide*. Houten: Springer Media.
- Vattimo, G. (2002). *Introducción a Heidegger*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Vega, O. y González, D. (2007). Teoría del déficit del autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y cuidado*, 4 (4), 28-35.
- Vílchez-Barboza, V., Paravic-Klijn, T. y Salazar, A. (2013). La escuela de pensamiento Humanbecoming: una alternativa para la práctica de la enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 19 (2), 23-34.
- Villegas, M. (1986). La psicología humanista: historia, concepto y método. *Anuario de Psicología*, 34 (1), 9-45.

- Waelhens, A. de (1986). *La filosofía de Martin Heidegger*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla.
- Ward, B. y Dubos, R. J. (1972). *Una sola tierra: El cuidado y conservación de un pequeño planeta*. México, D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Warner, M. (2002). Publications of Dr. F. Moyra Allen. *Journal of Family Nursing*, 8, 2, 166-168.
- Werner, D. (2010). *Percepción de burnout y autocuidado en psicólogos clínicos infantojuveniles que trabajan en salud pública en Santiago de Chile*. Tesis para optar al Título de Psicóloga, Universidad de Chile, Chile.
- Watson, J. (1997). The Theory of Human Caring: Retrospective and Prospective. *Nursing Science Quarterly*, 10, 49-52.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Revised Edition*. Colorado, Estados Unidos: University Press of Colorado.
- Watson, J. (2011). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Estados Unidos: Jones & Bartlett Publishers.
- Watson, J. y Greenberg, L. (2000). Rupturas y reparos en la alianza terapéutica en psicoterapia experiencial. *Psychotherapy in Practice*, 56 (2), 175-186.
- Weiser, A. (1994). The radical acceptance of everything [version digital]. *The Focusing Connection*, 11, 6. Recuperado desde <http://focusingresources.com/the-radical-acceptance-of-everything/>
- Weiser, A. (1999). *El poder del focusing*. Barcelona: Ediciones Obelisco.
- Xolocotzi, A. (2009). Los seminarios de Zollikon de Martín Heidegger. En A. Yáñez y R. Guerra (Comps.), *Martin Heidegger: Caminos* (pp. 289-296). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.