

LA VULNERABILIDAD EN PACIENTES Y PROFESIONALES DE SALUD: UNA MIRADA PSICOANALÍTICA Y BIOÉTICA

**Tinoco-Zamudio María Teresa Silvia
Alcántar-Zavala Ma. Lilia Alicia
Picazo-Carranza Alma Rosa**

Recibido 23 septiembre 2025.

Aceptado 27 octubre 2025.

Publicado 01 enero 2026.

RESUMEN

Cuando una persona vive con una enfermedad crónica, su vida cambia de muchas maneras: aparecen miedos, inseguridades, dependencia y una fuerte necesidad de apoyo. Esta vulnerabilidad no solo afecta al paciente; también alcanza a su familia, que se convierte en cuidadora, y a los profesionales de la salud, quienes viven presión, cansancio emocional e incluso frustración cuando el sistema no les permite brindar la atención que desearían.

En México, estas situaciones se han intensificado por los cambios recientes en los servicios públicos de salud, el desabasto de medicamentos y la incertidumbre laboral. Todo esto crea un ambiente donde pacientes, familias, médicos y enfermeras se encuentran más frágiles.

Desde el psicoanálisis se explica cómo la enfermedad puede despertar temores profundos, fantasías y sentimientos de culpa. La

bioética, por su parte, propone reflexionar sobre cómo proteger mejor a las personas más vulnerables. La teoría de las "capas de vulnerabilidad" de Florencia Luna ayuda a entender que cada persona puede ser vulnerable por diferentes motivos, y que cada una de esas capas puede atenderse de manera distinta.

Este enfoque permite ver la fragilidad humana como algo compartido y propone formas más empáticas, humanas y justas de acompañar a quienes atraviesan una enfermedad y a quienes trabajan para cuidarlos.

Palabras clave: vulnerabilidad, psicoanálisis y Bioética

La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos reconoce a la vulnerabilidad como un principio ético básico para el respeto a la dignidad humana en los pacientes que acuden a los servicios de salud. Dicha vulnerabilidad se extiende también a la familia, que se convierte en un copartícipe en el cuidado del enfermo y cuyos miembros también se convierten en cuidadores, tanto en el domicilio como en el hospital. Al igual que su paciente se encuentra un estado de vulnerabilidad, ya que sufren, se preocupan, tienen miedo, sus hábitos cambian e igual que los de su ser querido, las relaciones y roles se alteran y los sentimientos son diversos;

sus miembros también se ven fragilizado (Torralba, 2002).

Los servicios hospitalarios, también se encuentran vulnerables, situación que se tornó evidente durante la pandemia por COVID-19. Candia y Olivera-Villarroel, (2021), construyeron un índice de vulnerabilidad para el sector salud de México, basado en tres dimensiones: cobertura hospitalaria, demanda sanitaria y alcance de seguro social de salud. Sus hallazgos revelaron una mala distribución espacial de los servicios sanitarios y un déficit en el abasto de medicamentos. También identificaron vulnerabilidad social de grupos de riesgo, asociada principalmente a la susceptibilidad personal.

La vivencia subjetiva de la enfermedad: entre culpa, desafío y supervivencia

Pacientes

Cada sujeto vive la enfermedad y su atención de diversas maneras, según su estructura de personalidad, su biografía y su historia familiar, así como el impacto que su padecimiento tiene sobre su situación laboral y familiar. En este proceso interviene una mezcla de factores conscientes e inconscientes que pueden relacionar la enfermedad con sentimientos de culpa, como un castigo, o como un desafío, o como una prueba a superar (Deberti, 2011).

La hospitalización de una persona marca un quiebre en la vida cotidiana del paciente, afectando su actividad, su familia y sus pertenencias, que quedan fuera de su control. Dicho quiebre suele estar acompañado de ansiedad, miedo y fantasías sobre la enfermedad y la muerte. Generalmente, estas vivencias provocan una suerte de regresión que Goffman denomina "regresión situacional" (Goffman, 1984).

Esta regresión corresponde a una "tercera zona", un espacio intermedio entre fantasía y realidad. Winnicott (1985) lo ilustra claramente en los inicios de la vida del niño: por un lado, el bebé desea la presencia de la madre, que está ausente y a la vez la madre desea al bebé ausente. Entre ambos surge un espacio de construcciones imaginarias que contribuyen a la construcción y reconstrucción de subjetividad del sujeto, generadora de símbolos y de múltiples metáforas (Winnicott, 1985).

Mercado-Martínez Hernández-Ibarra (2007) confirmaron estos planteamientos en pacientes con enfermedades crónicas, quienes expresan tristeza, desesperación, deseos de llorar, irritabilidad, depresión y poca tolerancia ante situaciones adversas. En el ámbito laboral, refieren que la enfermedad les imposibilita trabajar, los vuelve dependientes y les genera sentimientos de culpa o de castigo, mencionando que los problemas de

su vida diaria imposibilitan el control de su enfermedad. Señalan dificultades en sus relaciones con los profesionales de la salud, principalmente con los médicos, a quienes perciben como distantes y poco comunicativos, por lo que consideran que reciben un trato poco humanitario.

Entre la ciencia y la vulnerabilidad: el desgaste emocional del personal sanitario

En la medicina contemporánea predominan los conceptos de la ciencia positivista, centrada en la científicidad en la biotecnología como el verdadero y único conocimiento sólido y objetivo. Esto refuerza el paradigma social del médico como responsable de curar al paciente. Sin embargo, es necesario reconocer que los profesionales de salud también son seres humanos que sienten, juzgan, temen, se culpan y se defienden. Es decir, entra en juego la interacción de la subjetividad de ambos en la relación médico paciente (Lifshitz, 2016).

En años recientes se ha identificado la fatiga por compasión (FC) como un síndrome frecuente en el personal de salud, resultado de la exigencia constante de mantener altos niveles de empatía con el (Ramírez-Dueñas et al., 2022). Esta situación se ha agudizado en la actualidad por las altas dosis de inseguridad e incertidumbre laboral, a los bajos salarios, y a los cambios en

las políticas en salud del actual gobierno, como la cancelación del seguro popular, la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y posteriormente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Bienestar.

Instituciones debilitadas: cómo el sistema de salud amplifica la vulnerabilidad

Los primeros dos años de la anterior administración evidenciaron que se priorizó la cruzada contra la corrupción por encima de garantizar el derecho humano a la salud, situación que contribuyó con el desabasto o intermitencia de tratamientos (Torres et al., 2021). Estas fallas repercuten aún más en el malestar de los profesionales de la salud ya que le genera frustración e impotencia a la hora de no poder cumplir sus expectativas de curar a los pacientes.

Dicha frustración repercute en su desempeño laboral, provocando una pobre calidad del trabajo, actitudes cínicas, rigidez e inflexibilidad ante a los intentos de cambio, así como, para la atención que se le brinda a los pacientes y a su entorno familiar (García et al., 2009). Por lo tanto, se puede decir que todos los involucrados en proceso de atención en salud son vulnerables en diversas dimensiones: física, porque son sujetos capaces de enfermar, de sufrir dolor e incapacidad; psicológica, porque la mente es frágil;

social, ya que, es susceptible de tensiones e injusticias; espiritual, pues pueden ser objeto de instrumentalización (Torralba, 1998).

La vulnerabilidad como eje ético en tiempos de crisis

En momentos de crisis, el ser humano busca dar sentido al sufrimiento, la enfermedad y a la muerte como una forma de afrontar su vulnerabilidad. La pandemia por COVID 19 exemplificó la denominada "vulnerabilidad ética", definida por Waldow (2008) como un estado lábil del sujeto, que le permite desanimarse, fracasar, por ser frágil. Paralelamente, la moral social obliga a proteger al ser más frágil y necesitado, en su relación con el otro, como un imperativo ético (Waldow, & Borges, 2008).

Florencia Luna, en su crítica al concepto tradicional de vulnerabilidad como un concepto útil y significativo para la bioética, plantea 4 desafíos:

1) Sinsentido: Si todos somos vulnerables, entonces el concepto resulta demasiado ambiguo para tener sentido. Debido a que la vulnerabilidad es un hecho natural que todos compartimos, entonces no hay necesidad de evitarlo o de proteger a ciertas personas resulta más confortable reconocerla y proveer salvaguardas para evitar consecuencias dañinas.

2) Compasión: La toma de conciencia de la existencia de vulnerabilidad puede llevar a una reacción compasiva, respetuosa y prudente. Esto no significa sentir lástima por ellos o que se tome una postura paternalista infantilizándolos. Es necesario promover el empoderamiento.

3) Estereotipos y etiquetas: El uso impreciso del concepto nos puede llevar a la estigmatización y discriminación.

4) Protección insuficiente: Existe riesgo de normalizar la vulnerabilidad y no ofrecer una protección real (Luna, 2004).

Su "teoría de las capas de la vulnerabilidad" propone un enfoque más flexible y dinámico, donde las causas o determinantes pueden ser removidos de uno en uno (como las capas de una cebolla). Más que considerarla una etiqueta o una característica esencial, la vulnerabilidad debería ser analizada de esta manera más sutil, no solamente evitaremos caer en etiquetas, sino también en estereotipos. El concepto de vulnerabilidad debe ser un concepto útil para la bioética cuando se discute acerca de salud pública y la práctica clínica (Luna, 2004).



Figura 1. Capas de la Vulnerabilidad en los Servicios de Salud. Nota.Sitio Ekonomicos, 2023; Solido, 2023; 6tv, 2021; Mansergas, 2012.

CONCLUSIÓN

La fragilidad humana se manifiesta en los ámbitos personal, familiar, profesional y en los servicios de salud. Desde la perspectiva psicoanalítica, y con apoyo de la bioética, la teoría de las capas de vulnerabilidad de Florencia Luna resulta valiosa para diseñar acciones que atiendan y mitiguen la vulnerabilidad en sus diferentes dimensiones.

A cerca de las autoras:

María Teresa Silvia Tinoco Zamudio

Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Alma Rosa Picazo Carranza

Adscripción: Facultad de Enfermería, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

REFERENCIAS

Candia, C. A. G., & Olivera-Villarroel, S. M. (2021). Indicé de vulnerabilidad del sector salud en México: La infraestructura hospitalaria ante la COVID-19.

Horizonte sanitario, 20(2), 218-225.

<https://doi.org/10.19136/hs.a20n2.3891>

Deberti, M. C. (2011). Leer: un derechotambién en el hospital Reading: Right... Also in the Hospital. *Información, Cultura y Sociedad*, 25, 145–152. <https://doaj.org/article/f93c2f2e95264a72935c5c084b7ab665>

García, C. R., Oviedo, A. M., Santillán, M. D. L. V., Velázquez, V. H., & Fiesco, M.D. S. P. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en humanidades*, (19), 179-193. <https://dialnet.unirioja.es/servle/t/articulo?codigo=3178072>

Goffman, E (2001). Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. (Oyuela de Grant. Traducción). Buenos Aires, Amorrortu editores. (Trabajo original publicado en 1984).

Lifshitz. (2016). La continua intromisión de la subjetividad. *Gaceta Médica de México*, 152:437-B. http://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4/GMM_152_2016_4_437-438.pdf

Luna, F. (2004). Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Journal of Bioethics*, 4(3),44-49. <http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20%20Comit%20de%20tica%20para%20la>

- %20Investigacin/6%20Sesi%C3%
%B3n%2016
- Mercado-Martínez, F. J., & Hernández-Ibarra, E. (2007). Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2178-2186. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900025>
- Nichiata, L. Y. I., Bertolozzi, M. R., Takahashi, R. F., & Fracolli, L. A. (2008). A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 16, 923-928. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000500020>
- Ramírez-Dueñas, L., Fernández-Vázquez, M., Hernández-Domínguez, J., Rugerio-Ramos, & Cortés-Cuayahuitl, A. (2022). Riesgo de fatiga por compasión y vulnerabilidad al estrés en los profesionales de la salud. *Rev Educ Desarro*, 63(1), 14. https://www.cucs.udg.mx/revis tas/edu_desarrolloanteriores/63/63_Ramirez.pdf
- Sólido, O. (27 de 09 de 2023). Austeridad Republicana. Oro Solido la riqueza del periodismo. <https://orosolido.mx/index.php/riqueza-en-el-senado/item/4825-austeridad-republicana>.
- Torralba, F. (2002). Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas. *Institut Borja de Bioética*.
- Torres, J., Sanginés, R., & Aburto, Y. (2021). Mapeo del desabasto de Medicamentos en México. *Informe de transparencia en salud 2019-2020*. <http://cdn-yekko.s3.amazonaws.com/ass ets/Informe+de+Transparencia +en+Salud+2019-2020.pdf>
- Waldow, V. R., & Borges, R. F. (2008). El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 16, 765-771. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000400018>