



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**La urgencia en el dispositivo hospitalario: Tensiones entre el
discurso médico y discurso del analista.**

AUTOR:

Jacho García, Manuel Tomás

TUTOR:

Psic. Cl. García Navas, Javier Emilio, Mgs.

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Guayaquil, Ecuador
2 de septiembre de 2025**



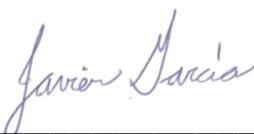
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Jacho García, Manuel Tomás** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**.

TUTOR

f. 

Psic. Cl. García Navas, Javier Emilio, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 2 días del mes de septiembre del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Jacho García, Manuel Tomás**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **La urgencia en el dispositivo hospitalario: Tensiones entre el discurso médico y discurso del analista**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 2 días del mes de septiembre del 2025

EL AUTOR:

f. _____

Jacho García, Manuel Tomás



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Jacho García, Manuel Tomás**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La urgencia en el dispositivo hospitalario: Tensiones entre el discurso médico y discurso del analista**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 2 días del mes de septiembre del 2025

EL AUTOR:

f. _____

Jacho García, Manuel Tomás



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO

 **CERTIFICADO DE ANÁLISIS**
magister

Manuel Jacho - Proyecto de titulación

< 1%
Textos sospechosos

< 1% Similitudes
0% similitudes entre comillas
< 1% entre las fuentes mencionadas
2% Idiomas no reconocidos (ignorado)
8% Textos potencialmente generados por la IA (ignorado)

Nombre del documento: Manuel Jacho - Proyecto de titulación.docx
ID del documento: 351b6aba63c92fd047ce4d127abf44e0844e3d3b
Tamaño del documento original: 3,59 MB

Depositante: Javier Emilio García Navas
Fecha de depósito: 2/9/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 2/9/2025

Número de palabras: 50.200
Número de caracteres: 312.879

Ubicación de las similitudes en el documento:

Título del trabajo de titulación:

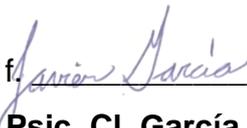
La urgencia en el dispositivo hospitalario: Tensiones entre el discurso médico y discurso del analista,

Autor:

Jacho García, Manuel Tomás

Informe elaborado por:

TUTOR

f. 

Psic. Cl. García Navas, Javier Emilio, Mgs.

Guayaquil, a los 2 días del mes de septiembre del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a mi padre, mi madre, y mi hermana, los cuales siempre han estado a mi lado. Gracias por nunca dejar de creer en mí.

A los hermanos que la vida me dio: Cj, Larry, Chávez y Corozo. A Mi novia. Sin ustedes mi vida no sería igual.

A mi tutor de tesis, Psic. Javier García Navas, por la oportunidad que me dio de trabajar junto a usted a lo largo de este proyecto.

A mis familiares, con mención honorífica a mi tío Héctor Chávez y Roberto Hernández, los cuales aportaron un esfuerzo que nunca olvidaré en este proceso.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DEDICATORIA

A **Manuel**, mi padre, siempre serás el mayor referente en mi vida, gracias por los valores, enseñanzas y amor que has grabado en mi código. Cumpliste con tu deber como padre y más, espero haber cumplido como tu hijo. Te amo.

A **Mónica**, mi madre, siempre te agradeceré por todo lo que me has enseñado, por tu esfuerzo como madre y profesional, son inigualables. Te admiro por lo que eres y haces. Solo tú sabes qué me duele y solo tú puedes curarme. Te amo.

A **Valentina**, mi hermana, mi compañera de vida, la razón de mi risa y de mis enojos. Siempre te protegeré. En ese pequeño corazón tienes un gran amor que dar al mundo. Eres el combustible que enciende el motor de mi vida. Te amo.

A **Cecilia**, mi tía. Aunque no haya podido estar en el final de esta etapa, le agradezco todo lo que hizo por mí. No la pude ver por última vez, pero su amor incondicional quedara grabado en mi mente, cuerpo, alma y corazón. Te amo.

A **Bam**, mi novia. Gracias por compartir el sentido con el que construimos nuestro amor. Eres y eso me encanta. Aunque el lenguaje que usamos no sea el propio para expresarte lo mucho que significas para mí. Te amo ayer, te amo hoy y mañana te amo más. ฉันรักคุณ.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

VELASQUEZ ARBAIZA, DE FÁTIMA ILEANA
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

PSIC. CL. ESTACIO CAMPOVERDE, MARIANA DE LOURDES
DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
Preguntas de la investigación.....	5
<i>Preguntas específicas</i>	5
Objetivos de la investigación	5
ANTECEDENTES.....	8
CAPÍTULO I.....	13
La institución y el psicoanálisis.....	13
La institución.....	13
Instituciones hospitalarias	13
Instituciones psicoanalíticas	14
La organización del psicoanálisis freudiano como institución y origen de la corriente lacaniana.	16
El ingreso del psicoanálisis en las instituciones.....	20
<i>Primeras experiencias institucionales del psicoanálisis: Adaptaciones necesarias para su inserción</i>	22
<i>Límites y desafíos del encuadre institucional: Diferencias entre la clínica médica tradicional y la psicoanalítica</i>	23
<i>Diferencias con otros profesionales de salud mental</i>	25
Aportes del psicoanálisis a la atención institucional: La escucha de lo singular y del malestar subjetivo.....	26
CAPÍTULO 2	29
Los discursos y su efecto en la clínica institucional:.....	29
Introducción al concepto de discurso	29
Los cuatro discursos en Lacan.....	30
El discurso del amo en las instituciones de salud	34
Cómo operan en el hospital.	35
CAPÍTULO 3	42
La urgencia: hospitalaria y subjetiva.....	42
La urgencia hospitalaria	44
La urgencia subjetiva (perspectiva psicoanalítica)	47
CAPÍTULO 4.....	56
Metodología.....	56
Enfoque.....	56
Paradigma	57
Método	57
Técnica e Instrumentos de Recolección de Información	58
Gestión de entrevista semiestructurada dirigidas a médicos.....	59
Preguntas para integrantes del área de salud.....	60
Gestión de entrevista semiestructurada dirigidas a psicólogos.....	62
Preguntas para psicólogos	62
Tabla 3: Esquema del banco de preguntas para la entrevista semiestructurada a psicólogos	62
Muestra	64
Tabla 4 Datos demográficos de los participantes.....	65
CAPÍTULO 5.....	66
Presentación y análisis de resultados	66
CONCLUSIONES.....	82
RECOMENDACIONES.....	85
REFERENCIAS.....	86

ANEXOS	90
---------------------	----

RESUMEN

La urgencia hospitalaria se presenta como un espacio donde convergen distintos discursos y prácticas pre profesionales, de forma tradicional el discurso médico ha prevalecido en este ámbito, privilegiando la dimensión biológica y protocolar para asegurar la supervivencia del paciente. Sin embargo, esta lógica puede invisibilizar la urgencia subjetiva, que se entiende como la irrupción de un sufrimiento psíquico que desborda los recursos del sujeto y que requiere de un espacio de escucha. El presente trabajo analizó las tensiones entre el discurso médico y el discurso del analista en el contexto de la urgencia hospitalaria, destacando la necesidad de reconocer la dimensión subjetiva como parte integral de la atención en salud. La metodología que se utilizó fue la cualitativa y se empleó la técnica de la entrevista semiestructurada. Los resultados obtenidos dieron cuenta que el reconocimiento de la urgencia subjetiva no solo favorece al paciente, sino que también aporta a la práctica interdisciplinaria y a la humanización de los servicios hospitalarios.

Palabras clave: URGENCIA SUBJETIVA; INSTITUCIÓN; ÉTICA;
DISPOSITIVO; DISCURSO; SINGULARIDAD; TIEMPOS LÓGICOS;
EMERGENCIA.

ABSTRACT

Hospital emergency care is a space where different professional discourses and practices converge. Traditionally, the medical discourse has prevailed in this setting, prioritizing the biological and procedural dimension in order to preserve the patient's life. However, this logic often overlooks subjective urgency, understood as the emergence of a psychic suffering that overwhelms the subject's symbolic resources and requires a space for listening. This study analyzes the tension between medical discourse and the analyst's discourse in the context of hospital emergencies, highlighting the need to recognize subjective urgency as an integral part of healthcare. It is concluded that acknowledging subjective urgency not only benefits the patient but also contributes to interdisciplinary practice and the humanization of hospital services.

Keywords: SUBJECTIVE URGENCY; INSTITUTION; ETHICS; DEVICE; DISCOURSE; SINGULARITY; LOGICAL TIMES; EMERGENCY.

INTRODUCCIÓN

La urgencia hospitalaria es un escenario complejo en donde convergen diferentes prácticas profesionales, así como discursos y protocolos de intervención; en este espacio el discurso médico ocupa un lugar preponderante, con la intención de garantizar la estabilización del paciente y la preservación de la vida; esta perspectiva, aunque imprescindible, tiende a centrarse en los aspectos biológicos y fisiológicos, reduciendo al paciente a un cuerpo a ser reparado.

A esta estructura organizada Lacan en su teoría de los cuatro discursos denomina el discurso del Amo; manifestado en los saberes técnicos y los datos cuantificables que son ejes de las ciencias médicas. Desde esta lógica, la ciencia se convierte en un instrumento de autoridad que tiende a subordinar la dimensión subjetiva, siendo los pacientes y profesionales de la salud los subordinados; el control que ejercen los diagnósticos de manera imperativa se impone como un significante Amo, que decide como analizar los cuerpos, nublando las posibilidades de lograr un trabajo con el sufrimiento subjetivo que no puede reducirse a signos clínicos.

Como advierte Lacan (1969-1970), “es el discurso del amo el que ordena al saber, pero también al sujeto, y eso tiene efectos no solamente epistémicos, sino sobre la manera misma de gobernar a los cuerpos” (Seminario 2017, p. 16).

Esta investigación se propone analizar dichas tensiones en el dispositivo hospitalario, con el fin de visibilizar el lugar del analista en la urgencia y explorar los aportes de la clínica psicológica en diálogo con el discurso médico ya que no se trata de la urgencia del cuerpo biológico sino de la urgencia del sujeto del inconsciente denominada por Lacan como *la urgencia subjetiva*.

Desde el psicoanálisis de orientación lacaniana, esta se entiende como un punto de quiebre en el equilibrio simbólico del sujeto, en el cual se precipita un goce insoportable y difícil de elaborar discursivamente. Según Sotelo (2007), “(...) se produce la ruptura del homeostasis con que la vida transcurría; se rompe el equilibrio que sostenía las relaciones con los otros, con el trabajo, con los lazos amorosos y familiares, con los pensamientos y hasta con el propio cuerpo” (p. 22). Dejando en claro la forma en la que opera la urgencia subjetiva en el sujeto.

El presente trabajo se sustenta en la hipótesis que en la urgencia médica hay cierto tipo de urgencia de rasgos subjetivos, al cual no se le da la importancia necesaria al momento de analizar los diferentes casos médicos de la institución, este reconocimiento puede brindar beneficios tanto a la institución, profesionales, colaboradores y a la salud de sus usuarios. Un ejemplo de estos beneficios sería el evitar que los casos médicos evolucionen a una mayor complejidad caracterizada por resistencias, desbordes conductuales o intervenciones fallidas. Entonces, el habilitar un espacio de escucha de estas anomalías que no coinciden con los datos en el sistema, posibilita una vía hacia una elaboración subjetiva.

El modelo médico hegemónico, basado en protocolos y estándares de eficacia, no puede ser descartado, ya que constituye una herramienta vital para la organización de la atención en salud; sin embargo, resulta necesario cuestionar si dicho modelo es suficiente para abordar los padecimientos que exceden lo estrictamente orgánico. Tal como plantea Laurent (2000), cuando el padecimiento subjetivo no encuentra espacio en las instituciones, estas pueden volverse “estructuras crueles” que, sin intención, agravan el malestar en lugar de aliviarlo (p. 10).

A diferencia de la lógica de intervención inmediata, la escucha clínica orientada por el psicoanálisis no responde con urgencia, sino con espera, se trata de abrir un espacio donde la palabra del paciente tenga lugar, sin que se pretenda forzar la significación de manera prematura. Lacan (1963) al referirse a los tiempos lógicos del sujeto, introduce la idea de que el momento de concluir no coincide con el momento de urgencia médica, sino que depende del ritmo singular de quien consulta (cit. en Sotelo, 2007, p. 27).

Como plantea Sotelo (2007), “la institución no es neutra: organiza escenas donde se juegan los síntomas, los modos de goce y también las defensas de quienes la habitan” (p. 23). En consecuencia, el rol del psicólogo clínico no puede limitarse a ocupar un lugar auxiliar dentro del engranaje hospitalario, sino que debe sostener una posición que le permita operar más allá del protocolo, allí donde la palabra de quien sufre se hace presente sin garantías de sentido.

Planteamiento del problema

Durante la ejecución de prácticas preprofesionales entre el periodo A 2024 y B 2025 realizadas en los hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) IESS Teodoro Maldonado Carbo y del IESS los Ceibos, ambos pertenecientes al

sistema público de salud en la ciudad de Guayaquil, se observaron diferencias marcadas en la manera en que se gestiona la atención psicológica en contextos de urgencia. Si bien ambas instituciones comparten una estructura normativa similar, su aplicación clínica muestra contrastes significativos, sobre todo en lo que respecta al lugar otorgado a la subjetividad del paciente.

En el Hospital Teodoro Maldonado, la dinámica institucional se caracteriza por una fuerte orientación a la eficiencia médica, las interconsultas psicológicas en el área de hospitalización son escasas y, en muchos de los casos, inexistentes, incluso cuando los pacientes presentan signos evidentes de malestar emocional. Esto sugiere una forma de organización en la que la salud mental queda subordinada a los criterios de riesgo vital, dejando fuera aquellas expresiones clínicas que no encajan en los algoritmos establecidos.

En cambio, en el Hospital Los Ceibos se ha institucionalizado el uso del sistema de interconsultas de manera más activa, desde el primer día, los profesionales en formación reciben instrucciones claras sobre cómo utilizar este recurso lo que favorece a una mayor articulación entre la atención médica y la intervención psicológica; esta diferencia de funcionamiento no obedece únicamente a los recursos disponibles, sino también a una lógica institucional distinta respecto al papel de la subjetividad en el acto clínico.

El Reglamento para la Atención Integral y en Red (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014) establece que:

“La atención integral de salud [...] contempla acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, con un enfoque biopsicosocial que atienda los aspectos físicos, mentales y sociales del individuo” (p. 6).

A pesar de esta normativa, en la práctica cotidiana no siempre se garantiza una atención que considere la totalidad del sujeto. Durante las 16 semanas de práctica en el Hospital Teodoro Maldonado, el estudiante responsable de esta investigación atendió aproximadamente 192 sesiones psicológicas, sin que ninguna de ellas fuera gestionada por interconsulta médica, este dato evidencia una desconexión entre la normativa institucional y su aplicación efectiva en la clínica diaria.

El problema que se plantea, es la ausencia de dispositivos clínicos adecuados para el abordaje de situaciones identificadas como urgencias en ciertos entornos hospitalarios, esta carencia no solo compromete la eficacia de las intervenciones, sino

que también pone en juego la dimensión ética del acto clínico. El presente estudio se propone analizar estas tensiones para contribuir al diseño de estrategias institucionales que no reduzcan al paciente a su biología, sino que incluyan también su dimensión simbólica y su lugar como sujeto.

Preguntas de la investigación

Pregunta General

¿Qué tensiones se generan entre el discurso médico y el discurso del analista en el abordaje de la urgencia dentro del dispositivo hospitalario?

Preguntas específicas

¿De qué manera el discurso médico incide en la forma en que se define y se interviene la urgencia subjetiva en el contexto hospitalario?

¿Qué lugar ocupa la escucha clínica en los abordajes interdisciplinarios dentro de áreas hospitalarias ante situaciones de urgencia subjetiva?

¿Qué tensiones se evidencian en la práctica entre las intervenciones basadas en criterios médicos y aquellas que priorizan la subjetividad del paciente?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Analizar tensiones entre el discurso médico y el discurso del analista en el dispositivo hospitalario, para identificar sus implicaciones en la práctica de atención de la urgencia.

Objetivos específicos:

Explorar cómo se configura el discurso médico en la atención de la urgencia hospitalaria, mediante el uso de entrevistas semi-estructuradas y revisión de bibliografía.

Analizar el lugar posible para un analista en el tratamiento de las urgencias hospitalarias. Mediante la identificación de las tensiones que emergen entre el discurso médico y discurso del analista.

Identificar las tensiones que se evidencian en la práctica entre las intervenciones basadas en criterios médicos y aquellas que priorizan la subjetividad del paciente

Justificación

El presente proyecto de investigación se justifica por la necesidad de visibilizar las tensiones que se generan en el dispositivo hospitalario entre el discurso médico y el discurso del analista, especialmente en las áreas de alto riesgo, donde predomina la urgencia. En la actualidad, las instituciones hospitalarias se estructuran bajo un reglamento estricto, que prioriza la objetivación y las resoluciones inmediatas de los síntomas, acogiendo, de manera primordial, los indicadores clínicos observables, medibles y cuantificables por encima de la escucha de lo singular del sujeto.

Tomando en cuenta esta problemática, se vuelve primordial la introducción de una lectura que habilite el análisis desde la mirada de la clínica de urgencias subjetivas del psicoanálisis de orientación lacaniana, aquellas que se manifiestan como quiebres de la cadena significante, donde la vida psíquica del sujeto se pone en peligro. Esta forma de urgencia suele excluirse por el acto médico o son traducidas a códigos psiquiátricos, el cual no favorece a la escucha clínica.

La siguiente investigación propone, entonces, pensar en un escenario institucional y clínico más favorable para el trabajo con ese sufrimiento, no desde la eliminación del síntoma, sino desde su escucha.

El dispositivo hospitalario tiene influencia directa con las subjetividades. Viéndolo de esta forma, no es un espacio neutro, sino que tiene una estructura que define lo que puede o no ser escuchado o lo que debe ser tratado. Como señala Kaës (2000), las instituciones “construyen un marco de realidad que delimita las posibilidades de expresión del sujeto” (p. 52). Esta afirmación explica como lo no aprobado por la lógica dominante queda fuera del radar de los profesionales de la salud.

Este trabajo se pretende analizar las tensiones entre el discurso médico y la escucha clínica psicoanalítica, tomando como punto de partida la experiencia práctica de un estudiante de psicología el cual ha cumplido con 7 meses de prácticas en total, desarrolladas en dos hospitales públicos de la ciudad de Guayaquil, desde el ciclo A 2024 hasta el ciclo B 2025, acorde al cronograma de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. La práctica directa en estas instituciones evidenció diferencias significativas en el uso del sistema de interconsultas psicológicas y en el reconocimiento de indicadores de urgencias subjetivas lo que ha permitido plantear interrogantes relevantes para el desarrollo positivo del abordaje de las urgencias médicas en el dispositivo hospitalario.

Las intenciones del presente proyecto, no es de plantear una oposición entre la medicina y el psicoanálisis, más bien, poder contrastar las diferentes experiencias clínicas preprofesionales, en instituciones hospitalarias, para analizar las tensiones entre el discurso médico y la escucha clínica psicoanalítica en casos de urgencias subjetivas en el contexto hospitalario.

Se busca contribuir a la construcción de prácticas clínicas más éticas, que permitan alojar lo singular en un marco institucional, muchas veces saturado por la necesidad de control. En palabras de Sotelo (2007), “una institución de salud puede convertirse en un espacio de alojamiento o de expulsión del síntoma, dependiendo de la escucha que habilite” (p. 49). Esta afirmación fomenta la clínica responsable y ética con el sujeto.

ANTECEDENTES

En el artículo científico *Psicoanálisis y salud mental: un lugar extraterritorial*, Rojas et.al (2014), trata como el psicoanálisis se presentó como una práctica que no puede estar determinada por los marcos institucionales, pero que sin embargo se vincula con ellos. De allí que su lugar sea considerado extraterritorial: no puede adaptarse por completo a la lógica institucional sin perder su especificidad, pero tampoco puede ignorarla.

Esta tensión obliga al psicoanálisis a inventar una forma singular de inserción institucional que preserve su ética y su posición respecto del sujeto. Rojas, et.al (2014) expresan “La práctica analítica, al sostenerse desde un marco ético propio, se sitúa en una tensión con los discursos dominantes, sin ceder a su lógica” (Pag. 13).

En este contexto, el hospital público se encuentra atravesado por diversos discursos, entre los que predominan la organización institucional y la regulación gubernamental.

El psicoanálisis, sin regirse por los discursos del amo promovidos en la institución, sostiene la relación triangular entre paciente, institución y analista, articulada por el juego de las demandas y sus efectos. El analista, al aplicar su ética profesional, evita que estos condicionamientos trastornen la orientación del objetivo psicoanalítico lacaniano, el cual consiste en acoger lo singular del sujeto, propiciar el atravesamiento del fantasma y orientarse bajo la ética del deseo, en función de una nueva relación con el síntoma.

En el Artículo científico *Psicoanálisis y salud mental: Lazos en la construcción de un campo de saber*, El psicoanálisis no es un saber ajeno a las políticas públicas ni a los dispositivos institucionales, por el contrario, ha sido fundamental para el desarrollo del campo de la salud mental en América Latina, tanto desde la práctica clínica como en la construcción de redes interinstitucionales. Este lazo, sin embargo, ha sido siempre tenso, dado que el psicoanálisis sostiene una ética del deseo frente a discursos que tienden a la normativización. Según Wood (2015):

Con el Psicoanálisis se incorpora una nueva valoración e interpretación de sufrimiento mental ligada a su concepción de sujeto, así como la política

rectora del proceso de análisis. El sujeto del psicoanálisis es singular en su deseo, en las formaciones del inconsciente, en el goce, y signado a su vez en su constitución por los otros de lo social. Es esta dialéctica entre lo subjetivo y lo social la que orienta las nuevas propuestas en salud mental. (p. 684).

En el contexto del psicoanálisis en la institución hospitalaria, la clínica analítica procura interactuar con las demandas de las diferentes ciencias y entidades que la conforman, pero en vez de formar parte del sistema preestablecido, se hace un lugar en el.

En el artículo científico de Aportes de Lacan a una teoría del discurso, Barros (2016), afirma con el análisis del seminario 17 de Lacan, que La teoría de los discursos permite comprender que no existe un saber neutral: toda práctica está atravesada por una posición subjetiva.

El discurso del analista se ofrece como una alternativa frente al del amo, en tanto subraya la falta en el Otro y da lugar al sujeto. Esta perspectiva permite pensar el psicoanálisis no solo como una técnica terapéutica, sino como una práctica que implica una ética y una política del deseo. Barros dirá que “El discurso analítico pone en juego una posición ética del sujeto frente al saber, que no busca reprimir su deseo, sino alojarlo” (2016, p. 20)

La clínica psicoanalítica irrumpe con la estructura objetiva de la medicina, separando el diagnóstico del sujeto, para así ubicar la subjetividad que es afectada por su proceso hospitalario, además de sus conflictos relacionales entre el paciente y la institución. El psicoanálisis no lo cura todo y la medicina no lo sabe todo, en estos vacíos se encuentran, tratando de sobrevivir a la institución, mediante el trabajo interdisciplinario.

En el artículo científico, Trayectorias del psicoanálisis en instituciones de salud, Padrón (2018), afirma que, en el marco institucional, el discurso del analista no puede alinearse con la lógica de la eficacia y la evaluación que predomina en la gestión moderna de la salud. Su función es la de crear un lugar para el sujeto, en tanto la palabra y el deseo no pueden ser estandarizados ni objetivados. Por eso, el psicoanálisis opera desde una posición distinta a la de los discursos dominantes, permitiendo abrir espacios de subjetivación en contextos donde predomina la técnica. Padrón afirma que “El discurso analítico no encaja en los dispositivos de medición clínica ni puede ser evaluado según los parámetros institucionales” (p. 8).

Dando a entender que el psicoanálisis, ante los ojos de la irreductible y objetivo, puede tornarse un tanto disruptivo, ya que no es una corriente que se deriva de la ciencia tradicional comprobable, es un derivado que se va desarrollando con la prueba y error, además de las investigaciones y análisis de los casos. Los avances del psicoanálisis no se los pueden replicar mediante fórmulas, pero se pueden observar patrones que, si se llegan interpretar, pueden formar un sentido de alivio o angustia que construyen el camino hacia la cura analítica.

En el artículo científico, *El cuerpo hablante y sus estados de urgencia*, Bassols (2016) Propone que las urgencias que se presentan en la clínica actual no pueden ser pensadas únicamente desde la dimensión médica o psicopatológica. Lo urgente para el sujeto es aquello que lo desborda, lo que aparece como irrepresentable, lo que no puede esperar. Este trabajo intenta situar la función del analista en estos casos, señalando que su intervención debe permitir que eso que irrumpe pueda adquirir estatuto de palabra. Bassols afirma que “El analista trabaja allí donde no hay sentido, allí donde lo que comparece como urgencia para el sujeto remite a un real sin representación” (Bassols, 2016, p. 4).

El psicoanálisis en el contexto hospitalario trabaja con la verdad subjetiva de cada caso, no puede acoger al 100% los datos cuantificables y observables, ya que eso sería tachar el deseo del sujeto por las demandas de la institución o los discursos dominantes. El psicoanálisis brinda un espacio donde el sujeto puede alojar su malestar, esperando a ser curado. La escucha activa, brinda una sensación de curación durante la estadia de los pacientes en el hospital, dando resultados positivos en el proceso interdisciplinario de los pacientes.

En el artículo científico, *Urgencia subjetiva*, Rojas y Miari, (2014) resaltan que el concepto de urgencia subjetiva permite situar fenómenos clínicos que no responden al tiempo cronológico ni a criterios de diagnóstico psiquiátrico. Se trata de una irrupción del goce que deja al sujeto sin recursos simbólicos, lo que requiere una intervención que no se apoye en la estabilización inmediata, sino en la posibilidad de abrir un espacio donde eso que no encuentra palabras, pueda comenzar a ser dicho. Rojas & Miari

expresan que “La urgencia subjetiva no puede ser encuadrada por el protocolo médico, requiere otra escucha, otra temporalidad” (2014, p. 2).

La urgencia subjetiva es un concepto que deviene del psicoanálisis para definir esto que irrumpe en la producción de sentido del sujeto, dejando vulnerable ante lo Real. Esta ruptura en la subjetividad del paciente, imposibilita los efectos de la medicina, la única forma de ubicar el quiebre, es dándole espacio a la palabra, que como resultado, otorga un nuevo sentido a este malestar que deteriora la calidad de vida del sujeto.

En el artículo científico, *Vicisitudes de la dupla de lo unario y lo uniano*: El seminario 17 de Jacques Lacan, Mazzuca (2009) Explica que la función del analista en el ámbito institucional requiere mantener una lógica clínica que no se vea capturada por las demandas de eficacia o control. El dispositivo debe poder alojar lo inesperado, aquello que no entra en los protocolos, y que remite al sujeto y su singularidad. La clínica institucional, así entendida, no es una aplicación del saber psicoanalítico, sino una invención permanente. Mazzuca (2009) agrega que “La institución es siempre un campo de fuerzas que requiere del analista una invención constante para sostener su práctica” (p. 11). Al estar rodeado de discursos amos, que tratan de dominar entre sí, el psicoanalista debe estar preparado para no dejarse tomar por la institución. Las supervisiones, las charlas clínicas y el análisis de cada practicante, serán formas de darle mantenimiento a la práctica psicoanalítica que se ejerce en la institución hospitalaria.

En el artículo científico *Interconsulta hospitalaria: una mirada psicoanalítica*, Alfaro y Baldi (2021) proponen que la interconsulta hospitalaria implica múltiples lógicas en juego: la médica, la institucional y la subjetiva. Una mirada psicoanalítica permite articular esas dimensiones sin reducir la intervención al saber médico. El desafío es construir un espacio donde lo subjetivo pueda ser alojado incluso en contextos donde prima la urgencia y la eficiencia. En este sentido, los autores citan a Clavreul (1978) al señalar que:

“En la institución hospitalaria —y como consecuencia del encuentro con el discurso médico— se da como resultante la pérdida del discurso del paciente, puesto que sólo se rescata de éste aquello que puede ocupar un sitio dentro de la lógica del saber médico: los signos perceptibles de su enfermedad y los síntomas que se puedan reconducir a un organismo. De

esta forma, el paciente en tanto subjetividad queda elidido y es el cuerpo en tanto enfermedad lo que deviene objeto del discurso de la medicina” (Clavreul, 1978, citado en Alfaro & Baldi, 2021, p. 43).

El psicoanálisis puede trabajar de forma interdisciplinaria, pero el grupo de ciencias que se junten para analizar un caso, no pueden tomar una dirección de respuesta única, hay que trabajar de forma neutral, con un solo objetivo, siendo este la cura del sujeto en agonía. El psicoanálisis está para generar esas interrogantes donde solo hay respuestas y así poder tejer una red de sentidos que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes en el hospital.

Hay temas relevantes como la dinámica de los discursos en la institución y sus efectos en la relación con el goce del sujeto o la institución como un lugar de trauma y sus efectos en la constitución subjetiva del sujeto. Pero la dirección que toma este proyecto, de enfoque cualitativo y fundamentado en la teoría psicoanalítica lacaniana, es el análisis del discurso médico —entendido como encarnación del discurso del Amo— y de la escucha clínica —como manifestación del discurso del analista—, con el fin de identificar las tensiones que emergen dentro del dispositivo hospitalario. Este análisis permitirá distinguir entre la urgencia médica y la urgencia subjetiva, y proyectar una hipótesis que impulse una clínica ética, articulada con la institución y orientada al cuidado de la salud mental.

CAPÍTULO I

La institución y el psicoanálisis

La institución

Para abordar las tensiones que se producen en el dispositivo hospitalario entre el discurso médico y el discurso del analista, resulta fundamental delimitar el concepto de *institución* que será trabajado a lo largo de esta tesis. Establecer una definición tanto desde una perspectiva social como desde la teoría psicoanalítica permitirá precisar los marcos teóricos desde los cuales se analizarán las problemáticas observadas. Esta delimitación conceptual facilitará la formulación de interrogantes relevantes sobre las dinámicas institucionales, posibilitando una lectura crítica de las prácticas clínicas y sus efectos subjetivos, especialmente a partir de la experiencia práctica profesional.

Según la Real Academia Española (RAE), uno de los significados del término “institución” se refiere a la “colección metódica de los principios o elementos de una ciencia, de un arte, etc.” Este concepto nos permite pensar la institución como un entramado de saberes estructurados, que operan dentro de un espacio determinado, los cuales se imponen de manera normativa sobre los sujetos que forman parte de ese entorno, moldeando sus posiciones, roles y modos de intervención. Desde la perspectiva psicoanalítica y tomando como referencia a René Kaës, la institución se concibe como una estructura en la que se entrecruzan discursos, normas y subjetividades, configuradas a partir de la cultura y la historia del contexto en el que surge.

Esta organización se sostiene en dos planos: uno simbólico, regido por una lógica ética y normativa establecida por quienes administran la institución; y otro material o funcional, compuesto por los integrantes que, al desempeñar sus roles, reproducen las tradiciones, prácticas y vínculos característicos del colectivo institucional

Instituciones hospitalarias

Las instituciones clínicas se estructuran bajo una lógica jerárquica en la que predomina el discurso médico como saber hegemónico. El discurso médico se caracteriza por su orientación hacia la objetividad,

privilegia la medición cuantificable de los signos y síntomas, así como el uso de datos empíricos para sustentar los hallazgos clínicos. En este marco, los pacientes suelen ser abordados como “casos clínicos”, priorizando el diagnóstico de patologías persistentes por encima de la escucha subjetiva. Asimismo, se recurre a protocolos estandarizados para intervenir ante síntomas recurrentes, con el fin de garantizar eficiencia y control.

De este modo, el discurso médico no solo regula la práctica institucional, sino que también determina qué se considera enfermedad y cómo debe ser tratada, se posiciona por encima de otros saberes clínicos, como el psicológico o psicoanalítico.

Kaës en el libro “La institución y las instituciones” 1996, sostiene que las instituciones clínicas se apoyan en una estructura simbólica e intersubjetiva que permite regular la vida psíquica colectiva. En este contexto, otorga especial relevancia a la relación triangular entre los pacientes, los colaboradores y la propia institución, ya que los efectos que emergen de esta dinámica son fundamentales para su funcionamiento y legitimación como espacio clínico, dando a entender que no solo es una estructura gubernamental donde se imparte un solo saber, puesto que, dependiendo del tipo de institución clínica, su población determina lo que es posible.

Su funcionamiento se sostiene tanto en su infraestructura física como en los saberes técnicos que organiza, entre los cuales predomina el discurso médico-científico, orientado a la eficiencia, la objetivación del cuerpo y la estandarización de procedimientos. Esta estructura, sin embargo, no es neutra: regula lo que puede ser dicho, escuchado o diagnosticado dentro de sus márgenes operativos. En este sentido, ingresar en el hospital implica también acoger sus lógicas internas, lo que genera distintos modos de inserción para pacientes y profesionales, afectando los vínculos, las formas de demanda y las posibilidades de tratamiento.

Instituciones psicoanalíticas

El concepto de institución psicoanalítica es desarrollado por autores a elección como Kaës, Sotelo y Laurent. A lo largo de sus escritos, resaltan el hecho de que no se limita a una infraestructura que se maneja mediante un

dispositivo burocrático, sino que se instaura como un entramado simbólico, social y subjetivo que condiciona las prácticas psicoanalíticas tanto dentro como fuera del consultorio.

Kaës, plantea que la institución produce efectos específicos sobre el aparato psíquico tanto del paciente como del analista. Siendo un lugar donde se relacionan representaciones sociales, normativas y subjetividades. Se puede interpretar que la institución psicoanalítica, se caracteriza por manejar la ética del deseo y lo singular de cada sujeto dentro de una institución. Localizando al sujeto no como un organismo a normalizar, sino como alguien atravesado por un deseo y un síntoma que no deben ser borrados en nombre del protocolo o el saber totalizante. Kaës et al. (1989/1987) sostienen que hay dificultades en la relación del sujeto como individuo y la institución.

Dividiéndolas en tres agrupaciones: el primero concierne a los fundamentos narcisistas y objétales de nuestra posición de sujetos comprometidos en la institución; el segundo conjunto de dificultades es de naturaleza entera mente diferente; el tercer conjunto de dificultades no concierne ya al pensamiento de la institución como objeto o como no sí-mismo en el sujeto sino a la institución como sistema de vinculación en el cual el sujeto es parte interviniente y parte constituyente (Kaës et al., 1989/1987, p. 15-17)

Estas dificultades constituyen la manera en que el sujeto se inscribe en la institución, a través de procesos identificatorios y confrontaciones con sus lógicas de funcionamiento, de este modo, el sujeto se posiciona en la trama institucional, integrándose a su ecosistema simbólico y relacional.

En cambio, Sotelo, en Clínica de la urgencia, mediante la urgencia hospitalaria, resalta como el psicoanálisis se sostiene como dispositivo asistencial, ubica la posición del analista, quien opera de forma neutral, ejerciendo el psicoanálisis, pero inmerso en la institución, lo cual significa no poder inclinarse a los lados de la balanza, sino encontrar un punto medio donde los dos se puedan existir, sin opacar al sujeto y sin ceder ante los discursos dominantes. Sotelo (2007) destaca que la presencia del analista es la que posibilita el pasaje a la urgencia subjetiva (p. 24).

Laurent tiene una visión más crítica con respecto al psicoanálisis en la institución, ya que se enfoca en las tensiones generadas entre el discurso

médico-psiquiátrico y el discurso psicoanalítico desde la sociedad hacia la institución. Laurent (2000) afirma que “encontrar un analista no consiste en encontrar un funcionario del dispositivo; se trata más bien de que sea alguien que pueda decir a un sujeto, en un momento crucial de su vida, algo que permanecerá inolvidable” (p. 30).

De este modo, dirá que el psicoanálisis tiene que mantener una constante reflexión denominada la *desconfianza del sabio*. Articulando que “En materia de Instituciones en los ámbitos de la Salud Mental, de la Psiquiatría y de la Medicina, podemos adoptar una doctrina de prudencia: no intentar demasiado saber qué son, admitir su existencia como un hecho o tener, en esta área o en el área social general, cierta desconfianza, la desconfianza del sabio. De este modo, la presencia del psicoanálisis en la institución no se orienta por la denominación o de integrarse plenamente a su lógica, sino por el gesto de sostener un lugar donde el sujeto pueda pronunciarse, sin quedar opacado bajo las normas homogéneas del discurso institucional.

Así, los tres coinciden en que la institución psicoanalítica, no es un lugar como tal, sino una manera ética de ejercer la teoría psicoanalítica, basándose en parámetros que permitan a la práctica de la teoría psicoanalítica subsistir en el entramado de saberes que habitan las instituciones.

La organización del psicoanálisis freudiano como institución y origen de la corriente lacaniana.

El psicoanálisis surge a raíz de los estudios sobre la histeria del neurólogo Jean-Martin Charcot y el encuentro con un joven Sigmund Freud, en el hospital de París, Salpêtrière. Es caracterizado por acoger casos de histeria y epilepsia femenina, no es un hospital general, está más especializado en enfermedades mentales y neurológicas. Este lugar funciona como epicentro para los estudios e investigaciones sobre histeria femenina. . Como explica Élisabeth Roudinesco (1993):

Charcot estaba adelantado respecto a su tiempo: había buscado una prueba de su concepción de la histeria en obras pictóricas antiguas sin ver, como Freud lo haría más tarde, que la histeria misma era una obra

de arte deformada. Pero su evidencia lo había llevado a plantear una relación nueva entre la creación y la locura, que hacía patente una 'forma' neurótica, mensajera de sí misma e idéntica a la expresión creadora. (p. 22).

Una de las grandes aportaciones de Charcot, fue identificar rasgos psíquicos reales en la histeria, y que no es una "actuación" como se decía antes del siglo XIX, sino que las mujeres realmente no pueden controlar lo que sentían a nivel físico, por más que la medicina no detectara ningún daño bío o neurológico. Charcot usa la hipnosis en sus pacientes femeninas y como resultado podía hacer emerger ciertos síntomas, de los cuales puede identificar rasgos psíquicos inconscientes, a la que Freud más adelante la sigue desarrollando como la teoría de los síntomas como expresión de conflictos inconscientes reprimidos.

En el año 1910, cuando el psicoanálisis freudiano ya se consolida como una teoría con fundamentos clínicos y conceptuales, y comienza a expandirse hacia distintos campos, como la medicina, las ciencias humanas, la filosofía y las bellas artes. Freud y sus primeros discípulos reconocen la necesidad de institucionalizar este saber. Así, fundan la Asociación internacional del psicoanálisis (IPA), con el propósito de formalizar la transmisión de la teoría y la práctica, establecer criterios de formación para los analistas y garantizar la unidad y legitimidad del movimiento en el contexto internacional.

El objetivo es conseguir incorporarse en el ámbito de las grandes asociaciones científicas de la época, para con ello ganar reconocimiento académico y contrarrestar las resistencias que encuentra en los círculos médicos tradicionales. "En 1910 Freud renuncia a asumir la dirección de la IPA. Prefiere poner a un suizo protestante a la cabeza del imperio y reservarse una posición particular de maestro sin mando." (Roudinesco, 1993, p. 173).

Carl Jung toma el puesto de primer presidente de la asociación, hay que tener en cuenta que Lacan, durante un corto periodo de tiempo, fue parte de la IPA, pero decide salirse, ya que el enfoque ortodoxo del psicoanálisis freudiano no reconoce su propuesta de los tiempos lógicos. La cual consiste en que el inconsciente no responde a una temporalidad, como las sesiones de 50 minutos exactos, que promovía la IPA, puesto que el inconsciente usa su propia lógica para enunciarse. Ingresando, en 1926, a la Sociedad

psicoanalítica de París (SPP) fundada por Freud y la princesa Marie Bonaparte (nieta de Napoleón).

Tras la muerte de Freud en 1939, el psicoanálisis comienza a fragmentarse en distintas corrientes. En Estados Unidos predomina la "psicología del yo", desarrollada por Anna Freud y Hartmann. Esta dejaba la propuesta principal de Freud, *el inconsciente*, a un lado. Por eso Lacan (1987) decía: "El psicoanálisis no tiene como meta adaptar mejor el sujeto a la realidad, sino hacerle descubrir el lugar de su deseo" (Pag. 276-277).

Lo que critica Lacan, al psicoanálisis post-freudiano, las lecturas que le dan a sus enseñanzas era de un modo adaptativo, médico. Lacan dirá que el yo es un síntoma, un efecto imaginario dentro de los procesos subjetivos del aparato psíquico. Sin embargo, es el inconsciente el que opera de manera autónoma, fuera del control del yo, aunque puede ser interpretado a través del análisis del deseo del sujeto.

En esta etapa del psicoanálisis, en 1953, tras la separación de varios renombrados analistas, entre ellos Jacques Lacan, Françoise Dolto y Jean-Bertrand Pontalis, de las asociaciones afiliadas a la IPA, se produce lo que se conoce como la *primera escisión*. "El Instituto abre sus puertas el 5 de marzo de 1953. [...] La tercera parte de los alumnos se encuentra analizándose con Lacan y todos son partidarios de una enseñanza menos autoritaria y acorde con las aspiraciones de Lagache." (Roudinesco, 1993, p. 240). A raíz de esta ruptura, fundan la Sociedad Francesa de Psicoanálisis (SFP), la cual no fue reconocida por las grandes asociaciones científicas de la época, debido a la influencia predominante del psicoanálisis postfreudiano de la primera ola, promovido por la IPA y la SPP.

Las aportaciones de la SFP no fueron validadas durante una década, lo que llevó a que muchos de sus miembros se vieran forzados a abandonar el grupo o a crear nuevas escuelas que se adecuaban a las normativas consideradas oficiales. Hacia el final del periodo de vigencia de la SFP, esta logró cierto reconocimiento, aunque a costa de la salida de Jacques Lacan — fundador de la misma—, cuyas aportaciones constituyen hoy una parte fundamental del psicoanálisis freudiano contemporáneo.

De este modo, Jacques Lacan, Françoise Dolto, Jean-Bertrand Pontalis, Daniel Lagache, Serge Leclair y otros fundaron la Sociedad

Francesa de Psicoanálisis (SFP), que no fue reconocida por la IPA debido a la fuerte influencia de la "psicología del yo".

En 1964, tras la negativa de la IPA a aceptar a Lacan como didacta, este fundó la Escuela Freudiana de París (EFP), en el periodo que se conoce como la "segunda escisión". Desde entonces, Lacan, con casi cuatro décadas de experiencia clínica, sostuvo su autonomía respecto a las instituciones oficiales. Sus enseñanzas y aportaciones teóricas constituyen hoy uno de los pilares fundamentales del psicoanálisis contemporáneo.

A principios de los ochenta, después de todos estos sucesos que construyeron el camino de las enseñanzas freudianas hasta la contemporaneidad, la EFP se disuelve por decisión de Lacan en su último año de vida, muriendo en el 81. Tal como señala Roudinesco: *"Al cabo del viaje, y del tiempo para comprender, elegiré su propia disolución"* (Roudinesco, 1993, p. 354). Con el fin de pasarle el liderazgo, a su más cercano discípulo y yerno, Jacques-Alain Miller, quien continuó la labor, fundando la Escuela de la Causa Freudiana.

Hay que tener en cuenta que la teoría psicoanalítica nace de los estudios de psiquiatras y neurólogos, los cuales vienen del campo de la medicina. Por eso el vínculo del psicoanálisis y la institución hospitalaria tiene sus raíces en el mismo nacimiento de la disciplina.

La consolidación del psicoanálisis como teoría autónoma, diferenciándose por su enfoque en el inconsciente, el deseo y la singularidad del sujeto, mantuvo cierto vínculo con la medicina, pero sin ser opacado como una psicoterapia más que obedece las demandas médicas.

Después de la Segunda Guerra Mundial, el panorama psicoanalítico experimentaba un importante auge. Los hospitales, los gobiernos y la sociedad demandaban soluciones terapéuticas para atender los traumas y los trastornos psíquicos provocados por la guerra. En este contexto, el psicoanálisis no podía mantenerse exactamente como en sus orígenes — progresivo, prolongado y ajeno a las necesidades institucionales de la época—. Por ello, Anna Freud y los postfreudianos de la primera ola impulsaron el desarrollo de la llamada psicología del yo, que permitía clasificar más fácilmente las manifestaciones clínicas y obtener resultados terapéuticos

más acordes con la lógica médica y hospitalaria dominante. Como señala Roudinesco:

La tercera corriente, la Ego Psychology, se sitúa más cerca de la doctrina clásica de Freud pero efectúa una revisión completa de la segunda tópica. [...] En vez de privilegiar el inconsciente, piensan de nuevo la metapsicología en base al modelo de la psicología dándole al yo un lugar preponderante (Roudinesco, 1993, pp. 172).

A pesar de que Lacan estaba fielmente comprometido con la causa freudiana y la crítica al discurso médico, su práctica clínica predominó en los hospitales psiquiátricos. De tal forma, el psicoanálisis tiene una inserción en los hospitales un tanto conflictiva, ya que, por un lado, el hospital ofrecía un espacio privilegiado para el encuentro clínico y la formación; por otro, la subordinación a la medicina representaba un riesgo de desnaturalizar la especificidad del discurso psicoanalítico. Esa tensión ha atravesado toda la historia del psicoanálisis francés y constituye un eje fundamental para comprender sus desarrollos posteriores.

El ingreso del psicoanálisis en las instituciones

Freud usa esos avances médicos, para destacar un rasgo psíquico en común en los casos femeninos de histeria, puntualiza el retorno de lo reprimido como está puesta en escena, que caracteriza mucho a la patología histérica. Más adelante será identificada como modalidad del síntoma. En 1895 Freud, junto al neurólogo Breuer, desarrolla su escrito denominado "Estudios sobre la histeria", el cual sienta los cimientos en los cuales la teoría psicoanalítica se construye.

Desde sus inicios, el psicoanálisis encuentra en las instituciones de salud (hospitales psiquiátricos, clínicas y centros de asistencia) un espacio de observación clínica privilegiado. Allí se presentaban síntomas y cuadros que desbordaban los marcos diagnósticos tradicionales de la medicina, permitiendo al psicoanálisis intervenir como una vía posible de lectura e intervención. Freud mismo realizó parte de su formación y práctica en hospitales, lo que muestra que la clínica psicoanalítica no se gestó únicamente en el marco privado, sino en contacto directo con los dispositivos

institucionales y sus estructuras. Como afirma Kaës: “Muy tempranamente en la historia del psicoanálisis, algunos psicoanalistas se vieron enfrentados, en el terreno de las instituciones [...] con los efectos del inconsciente en sus sujetos y en su espacio propio” (Kaës, 1985, p. 11).

Esta inserción institucional permitió ampliar el campo del psicoanálisis, ya que ofrecía nuevas formas de observar el sufrimiento humano, no sólo en su dimensión individual, sino también como efecto del vínculo con la cultura, la norma y el discurso dominante. En este sentido, Kaës (1985) sostiene que “Las instituciones, en efecto, reúnen y ligan en combinaciones múltiples, heterogéneas, realidades sociales, técnicas, económicas, políticas, culturales y psíquicas” (p. 12). Es decir, el hospital o la institución de salud no es solo un lugar físico donde se practica el análisis, sino también una estructura simbólica que participa en la producción del síntoma.

Cabe entonces preguntarse si el psicoanálisis practicado en instituciones resulta más complejo que aquel que se ejerce en el ámbito del consultorio privado; no se trata de una diferencia jerárquica en cuanto a su dificultad, sino de una variación en las condiciones de producción de la demanda analítica. En el ámbito privado, la demanda suele estar centrada en el sufrimiento subjetivo del paciente, el cual se manifiesta a través de los síntomas, y el trabajo del analista consiste en ir desanudando esas formaciones para que el sujeto pueda enunciar algo de su verdad inconsciente. En cambio, en la institución, estas capas del síntoma se encuentran atravesadas por múltiples discursos y exigencias —médicas, jurídicas, administrativas— que complejizan el proceso de escucha. Como señala Kaës (1985) “La institución vincula, reúne y administra formaciones y procesos heterogéneos: sociales, políticos, culturales, económicos, psíquicos. Lógicas diferentes funcionan allí en espacios que se comunican e interfieren.” (p. 30)

Para tener en cuenta, el rol del psicólogo clínico en las diferentes instituciones implica una escucha no solo del sujeto y su síntoma, sino también los efectos de la relación con la institución y nuestro lugar en ella. Esta dimensión obliga al psicoanálisis a ampliar sus coordenadas clínicas y éticas, sin por ello renunciar a su principio fundamental: alojar la palabra del sujeto y abrir una vía al deseo inconsciente.

Primeras experiencias institucionales del psicoanálisis: Adaptaciones necesarias para su inserción

La importancia de las instituciones para la teoría psicoanalítica, en tanto espacios significativos para su desarrollo teórico y práctico. Es de suma importancia, ya que se ve reflejada en las aportaciones de autores como René Kaës, Inés Sotelo, Jacques Lacan y Sigmund Freud, quienes han subrayado el papel estructurante de las instituciones que alojan subjetividades, destacando su papel imprescindible para el psicoanálisis, ya que en ellos convergen múltiples discursos —médicos, jurídicos, sociales, culturales— que permiten analizar diversas situaciones relacionales entre el sujeto y la cultura. En esta línea, Kaës (1989) sostiene que: “Las instituciones, en efecto, reúnen y ligan en combinaciones variables, regentean con fortuna diversa, formaciones y procesos heterogéneos: sociales, económicos, culturales, políticos, psíquicos. Niveles de realidad y lógicas de orden distinto interfieren en este fenómeno compuesto, inextricable y sin embargo unificado y unificante” (p. 12).

Para englobar el tema principal del proyecto, hay que enfocarse en la institución hospitalaria, en tanto a su función como una entidad estructurante que regula los saberes que se imparten, determinada por quienes la organizan y por los discursos dominantes que circulan en su entorno. Esta organización no es neutral, ya que impacta directamente en los sujetos que la habitan, definiendo quiénes pueden ser incluidos y quiénes quedan excluidos de sus lógicas de funcionamiento. En este sentido, Michel Foucault (1977) conceptualiza a las instituciones como *dispositivos*, entendidos como: “una red que puede establecerse entre elementos tan diversos como discursos, instituciones, edificaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales...” (p. 236).

El término permite dar cuenta del modo en que las instituciones articulan distintos elementos para ejercer efectos concretos de poder y saber sobre los sujetos. Desde el psicoanálisis, René Kaës (1989) respalda esta visión al señalar que la institución “introduce en el interior mismo de las relaciones intersubjetivas y de los vínculos de grupo un sistema de

representaciones y de funciones, de reglas y de lugares, que asegura la mediación entre las representaciones individuales y las formaciones sociales” (p. 41). Así, el dispositivo hospitalario puede ser entendido como un entramado simbólico que configura tanto la dinámica subjetiva como el acceso a los espacios de escucha o de exclusión.

Límites y desafíos del encuadre institucional: Diferencias entre la clínica médica tradicional y la psicoanalítica

En los dispositivos hospitalarios, la función del psicoanalista se sostiene desde la ética específica de su teoría, que lo orienta a alojar lo singular del sujeto en un contexto donde predominan las lógicas de estandarización y eficiencia clínica. El hospital, como dispositivo, opera bajo discursos normativos que tienden a reducir al paciente a una serie de signos clínicos o protocolos de intervención. Frente a esto, la posición del analista no implica una oposición directa a la institución ni a sus normas, sino una intervención ética que mantenga abierta la posibilidad de escucha del sufrimiento subjetivo, sin traicionar la demanda institucional.

El psicoanálisis, en este marco, no se ubica en contra de la institución, sino que asume una función intersticial: opera como un puente entre la ley institucional y el deseo del sujeto, promoviendo una lectura singular de los síntomas que no quede reducida a la objetividad biomédica. En este sentido, el analista debe posicionarse con claridad: saber para quién va a hablar, con quién se vincula, qué efectos produce su intervención y desde qué lugar lo hace. Esta tarea requiere no solo formación teórica, sino una lectura constante del lugar institucional que ocupa.

La relación entre el analista, la institución y el paciente puede pensarse como una tríada dinámica, en la que cada elemento se afecta mutuamente. Esta articulación exige supervisión constante y una lectura crítica del dispositivo institucional, ya que los efectos que se producen en la clínica hospitalaria no se limitan a lo individual, sino que están atravesados por lógicas colectivas, jerárquicas y simbólicas. Kaes añadirá que El reto para el analista es sostener su posición sin ceder al discurso dominante, pero también sin aislarse de la estructura en la que interviene. Solo así puede construir una

práctica clínica que, sin romper con la institución, habilite un espacio ético donde lo singular del sujeto tenga lugar.

Funciones y posicionamiento del analista en la institución

El analista que decide brindar asistencia en dispositivos hospitalarios debe tener en cuenta que su práctica no se valida únicamente por el saber que porta, sino también por la posición que asume y los efectos que produce su presencia ante los otros saberes que se trabajan en la institución.

Su labor exige un equilibrio entre las exigencias institucionales y los principios éticos del psicoanálisis, lo cual implica una lectura crítica del dispositivo en el que se inserta. Entonces el lugar del analista no se define por lo que sabe o dice, sino por cómo se ubica respecto del deseo del Otro institucional, el deseo del propio analista y el deseo del sujeto.

Esta posición exige que el analista haya transitado por un proceso de análisis propio que le permita leer los efectos subjetivos del funcionamiento institucional, tanto en el plano individual como grupal. Se trata de sostener una implicación ética sin quedar capturado por las exigencias normalizadoras. La institución es un campo donde convergen múltiples realidades —sociales, culturales, políticas y psíquicas— que se representan de formas diversas y se inscriben en los cuerpos de quienes la habitan. Como señala René Kaës (1989) “El hecho institucional no es solo el efecto de una organización social, sino una estructura psíquica que se impone al sujeto y lo constituye” (p. 57).

Frente a ello, el trabajo del analista consiste en localizar aquello que irrumpe y desborda las categorías establecidas, en nombrar lo que no tiene lugar, y en brindar palabra allí donde la institución silencia. Generar un espacio de elaboración simbólica es el horizonte ético de la práctica analítica, aunque —como advierte Freud— el psicoanálisis se enfrenta a tres imposibles: educar, gobernar y psicoanalizar.

Dentro del equipo interdisciplinario que compone el dispositivo hospitalario, el analista debe sostener una posición singular, sin confundirse con el ideal del buen samaritano ni con el mandato institucional. Sotelo (2007), parafraseando a Lacan:

En el Seminario de La Ética, Lacan dará indicaciones muy precisas: -
Tenemos que saber a cada instante cuál debe ser nuestra relación afectiva con el deseo de hacer el bien, el deseo de curar- alertándonos

contra las vías vulgares del bien, contra la trampa benéfica de querer el bien del sujeto. (Sotelo, 2007. p.42)

El exceso de moral o buena voluntad puede comprometer su función, llevándolo a intervenir más allá de lo que su marco ético permite. A su vez, una adhesión rígida al discurso médico puede derivar en una práctica clasificatoria y adaptativa. La tarea del analista es, entonces, sostener la tensión entre lo que se le pide, lo que se espera de él y lo que éticamente puede hacer, operando en el dispositivo sin traicionar su función: alojar lo subjetivo allí donde impera la lógica de la homogeneización.

Diferencias con otros profesionales de salud mental

En el dispositivo hospitalario, cada profesional tiene un lugar desde el cual se integra a la estructura organizada que encarna la institución, con el fin de responder a su demanda. La organización que tenga la institución dictamina un orden estructurante, que garantiza una práctica coherente con los fines de asistencia y cuidado. Sin embargo, si bien existe un objetivo común —sostener el funcionamiento institucional—, las funciones que cumple cada integrante no son equivalentes.

Mientras que muchos profesionales actúan desde marcos normativos definidos por protocolos, diagnósticos y criterios de eficacia, el psicólogo de orientación psicoanalítica se diferencia por sostener una posición ética singular entre los marcos institucionales los cuales delimitan por donde y como operar el sufrimiento. Sotelo (2009) sostiene que “si buscamos, al sujeto en la objetividad, en lo observable, no vamos a encontrarlo, no basta con la descripción de los hechos sino que necesitamos ubicar de qué modo el síntoma da cuenta de ese particular modo de gozar” (p. 25). El psicoanálisis se rige por la ética del deseo, la cual se sitúa en el discurso del sujeto. La institución, en cambio, resulta ajena a esta lógica, ya que su funcionamiento estructural tiende a ser muy normativa y muchas veces agresiva para el sujeto del inconsciente, que no reconoce límites, pero si los vive.

Entonces su práctica no se mide por resultados inmediatos, sino por su capacidad de alojar lo que la institución tiende a excluir: la palabra del sujeto y su padecimiento subjetivo. De esta manera, más que crear profesionales

que “hagan de todo”, el dispositivo hospitalario necesita espacios donde cada función pueda ejercer su especificidad, y donde —especialmente en el caso del analista— se sostenga una escucha humanizante y no clasificatoria.

Aportes del psicoanálisis a la atención institucional: La escucha de lo singular y del malestar subjetivo

El psicoanálisis se adapta a la institución para así formar una práctica funcional, donde la ética psicoanalítica y los marcos administrativos puedan sobrevivir a las tensiones que se genera por sus naturalezas opuestas. En este entrecruzamiento, la práctica psicoanalítica aporta una forma distinta de abordar el malestar, en la que la ética de la escucha ocupa un lugar central.

El analista no interviene con el fin de resolver rápidamente ni de adaptar al sujeto a las exigencias del entorno institucional, sino que sostiene un espacio para que el sufrimiento pueda adquirir sentido. En consonancia con esta idea, Sotelo (2009) añade que “la posición del analista posiciona también al sujeto y permite abrir esa brecha, ese espacio, dimensión que deja marca en los sujetos, en los pacientes, así como en la institución y en el psicoanálisis” (p. 125). De este modo, la palabra del paciente no se reduce a un dato clínico más, sino que constituye una vía privilegiada para acceder al malestar subjetivo, elaborado en la transferencia tanto en la relación analista–analizante como en el lazo analista–institución.

La práctica médica en el hospital se estructura a partir de parámetros objetivos, medibles y verificables, en donde el diagnóstico y la evidencia clínica constituyen los pilares fundamentales para intervenir. Esta lógica centrada en la identificación y resolución de síntomas, no acoge la propuesta del psicoanálisis, cuya intervención no se basa en lo visible ni en lo cuantificable, sino en lo que el saber médico no identifica. Allí donde la medicina busca confirmar una enfermedad, el psicoanálisis se detiene en aquello que no encaja, pero insiste como malestar. Este enfoque permite alojar subjetividades que quedarían excluidas del discurso hegemónico y normalizador.

Lejos de buscar una cura en términos biomédicos, la práctica analítica habilita un espacio donde la palabra pueda surgir y sostenerse, transformando

al paciente —objeto pasivo del discurso médico— en sujeto del decir. En este sentido, el cuerpo tocado, examinado, intervenido, pero no escuchado, encuentra en el dispositivo analítico la posibilidad de subjetivarse, de nombrar su sufrimiento y escapar al reduccionismo del diagnóstico.

La ética orienta la función del analista: no imponer sentido, sino habilitar un lugar para que el malestar pueda ser dicho y tramitado, sin la presión de ser clasificado ni suprimido. Así, el psicoanálisis no niega la urgencia del sufrimiento, pero se niega a simplificarla, ofreciendo una vía alternativa frente a los procedimientos impasibles de la medicina.

Alojar lo singular no consiste en responder a las demandas institucionales, ya que el proceso analítico es atemporal: no existe un tiempo definido para que emerja el síntoma en términos psicoanalíticos. Sin embargo, es posible identificar rasgos estructurales que orienten el trabajo clínico sin caer en la reducción diagnóstica, permitiendo así una clínica menos normativa y más ética con el sufrimiento del sujeto. Como añade Sotelo (2009):

Me interesa pensarlo para el momento de la urgencia desde la perspectiva de quien la atraviesa: frente al no hay tiempo del paciente (...) Invitarlo a que en este tiempo, cuando se le pregunta sobre lo que le ocurre, o acerca de la aparición de la urgencia (...) pueda abrir un tiempo de comprender. (p. 125).

En este marco, el psicoanalista no puede ni debe forzar un diagnóstico apresurado si no cuenta con los elementos subjetivos suficientes para elaborar una hipótesis clínica responsable. Su aporte al equipo multidisciplinario consiste en brindar una lectura que complemente la dimensión biológica con aquella brecha subjetiva que el psicoanálisis permite visibilizar y elaborar.

La figura del analista dentro del hospital suele confundirse fácilmente con la del médico o del técnico de la salud mental, del cual se espera una respuesta eficaz y orientada a reducir el malestar de forma inmediata. Sin embargo, esta expectativa no se corresponde con la ética ni con el modo de intervención del psicoanálisis. Aun así, el analista que decide ejercer en un dispositivo hospitalario no puede ignorar la estructura institucional en la que se inserta. Su tarea no es adaptarse ciegamente a las lógicas del rendimiento

o del control, sino sostener una posición que permita alojar lo singular del sujeto.

El analista no interviene con la finalidad de normalizar ni de producir un saber aplicable. Uno de los efectos de la institucionalización sobre los profesionales es la ilusión de poseer la verdad; frente a ello, Sotelo (2007) advierte que este es un riesgo que considerar, pues el psicoanálisis no opera como un saber amo, sino que se orienta por la verdad que surge en la transferencia y en la palabra del sujeto.

Lo que invita abrir espacios donde la palabra pueda advenir y ser escuchada, sin quedar absorbida por las categorías diagnósticas o los protocolos, reafirmando así que la función del analista no es intervenir desde una certeza técnica, sino sostener la escucha de aquello que desborda los marcos institucionales y no puede ser traducido inmediatamente a soluciones estandarizadas.

Entonces, ¿cómo opera el psicoanalista dentro de la institución si no se posiciona desde el discurso del saber, ni se somete por completo a la demanda institucional ni a sus protocolos? A diferencia de otros agentes que encarnan una función de dominio o de control sobre el saber y los cuerpos, el psicoanalista sostiene su lugar a partir de una herramienta fundamental: la transferencia. Como señala Laurent (2022), “Incluso en el hospital, la transferencia opera. Y es allí donde el analista puede intervenir, no desde la técnica, sino desde el lazo” (p. 11).

La transferencia no es solo una herramienta clínica más, sino el centro de la práctica psicoanalítica. Freud la consideraba el motor del análisis, ya que requiere una lectura constante de sus efectos en el vínculo con el paciente. Lacan amplía esta idea y plantea que la transferencia no es solo repetición del pasado, sino una manifestación del deseo en el presente del análisis.

En el hospital, la transferencia permite crear un espacio donde lo singular del sujeto pueda expresarse, más allá de los criterios de control y eficiencia propios de la institución. Por eso, el analista no actúa según técnicas fijas, sino desde una ética que escucha y se orienta por los movimientos transferenciales, sin dejarse atrapar por las exigencias de respuestas rápidas o saber absoluto.

CAPÍTULO 2

Los discursos y su efecto en la clínica institucional

Introducción al concepto de discurso

El discurso, según la teoría lacaniana desarrollada en El seminario 17, no se entiende simplemente como una forma de comunicación. Lacan (1992) lo conceptualiza como una estructura que articula una relación entre el sujeto, el saber, el goce, el Otro y el poder. Así ordena las posiciones del sujeto en la estructura social. El discurso fija ciertas relaciones entre elementos estructurales que sobrepasan el simple intercambio de palabras; ya que el discurso es una estructura simbólica que fija relaciones entre los actores, sus roles y los significados, determina cómo entendemos la realidad y cómo actuamos dentro de ella.

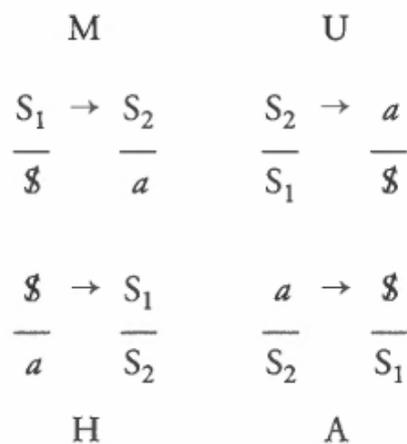
El sujeto, por lo tanto, no utiliza el discurso para ser comprendido, sino que se inscribe en él, como una posición estructural desde la cual se vincula al Otro. Esta concepción explica que los efectos del análisis no se producen únicamente por el contenido de los diálogos entre el analista y el analizado, sino por las posiciones que ambos ocupan en el lazo transferencial y en la estructura del discurso que los sostiene. Bracher (1994) comenta que:

“Psychoanalysts, however, assert that it is not discourse that ‘contains’ the subject but the subject that, in some sense, ‘contains’ discourse.” (p. 20). Explicando así que el sujeto no se encuentra sumergido del todo en lo simbólico del discurso lingüístico, sino que, estando dividido, llega a implicarse con el goce, el cual le da sentido al discurso.

Los cuatro discursos en Lacan

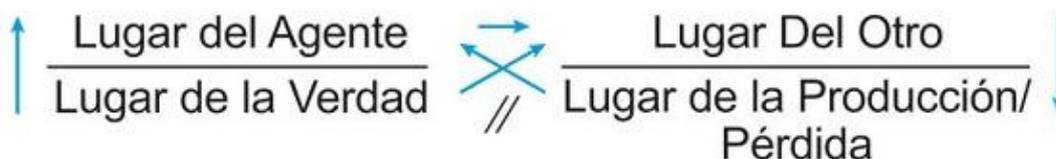
Lacan identifica cuatro discursos fundamentales —el del Amo (M), el Universitario (U), el Histérico (H) y el del Analista (A)—. Cada uno de estos discursos comparte los mismos cuatro elementos estructurales: el significante amo (S1), el saber (S2), el sujeto dividido (\$) y el objeto a, pero lo que varía entre ellos es la posición que cada uno de estos elementos ocupa en la estructura del discurso. Estas posiciones también tienen su nombre, los cuales empiezan con el Agente, que es la posición dominante que dirige la escena; el Otro, donde se produce el discurso mediante una interrogante; la Producción, que es lo que se produce como efecto del discurso en el Otro; y la Verdad, que sostiene ocultamente al agente (ver Figuras 1 y 2).

Imagen 1: Esquema de los cuatro discursos de Lacan (p. 73)



Nota. Adaptado de *Seminario XVII: El reverso del psicoanálisis* (p. XX), por J. Lacan, 1969-1970/2009, Paidós.

Imagen 2: Funcionamiento del esquema de discursos



Nota. Adaptado de *Cultura contemporánea: ciencia y capitalismo, la cuestión de la subjetividad* (p. 288), por S. A. Dasuky Quiceno & L. M. López Vélez, 2019, *Tempo Psicanalítico*, 51(1), Rio de Janeiro. Copyright 2019 por la Sociedad de Psicanálisis Iracy Doyle. Creative Commons

Entre los cuatro discursos existe una dinámica que permite la transición de un discurso a otro, mediante la relación con el saber, el goce y la verdad. Lo cual, en el psicoanálisis, es primordial, no tanto analizar lo que se dice, sino desde qué lugar del lazo social se transmite.

La exposición de los cuatro discursos formulados por Lacan, con especial énfasis en el discurso del Amo y el del Analista, permite establecer un marco teórico que clarifica la problemática central del proyecto. Lo cual resulta fundamental para identificar las tensiones que emergen cuando estos discursos se confrontan en el contexto de la urgencia hospitalaria.

Esta tensión se manifiesta en el modo en que el discurso dominante — representado por el saber médico— contrasta con la posición del analista, quien, en lugar de responder a la demanda institucional, se sitúa desde una ética del deseo y de la escucha del sujeto. Así, el análisis de estos discursos posibilita comprender cómo se configuran las relaciones de poder, saber y subjetividad dentro de la institución.

Discurso del amo.

Comencemos por el discurso del amo, en el cual, el lugar del agente encarna el saber. Según Lacan (1992), en el *Seminario 17*, este saber no se refiere a un simple conocimiento acumulado, sino al “saber ser”, es decir, a una posición subjetiva que impone su saber. En este discurso, lo central no es tanto lo que se dice, sino quién lo dice y desde qué posición de poder lo enuncia. Este saber se dirige al esclavo, el (S2), inspirado tanto por la dialéctica hegeliana del amo y el esclavo como por las interpretaciones marxistas —en especial la lectura de Kojève—, Lacan plantea que el esclavo

es quien sostiene el saber práctico, el *savoir-faire* o “saber hacer”, el cual no se constituye como un saber del sujeto, sino como una función de la que se sirve el amo para controlar la escena. En palabras de Lacan:

Lo que queda es ciertamente, en efecto, la esencia del amo, es decir, que no sabe lo que quiere... El esclavo sabe muchas cosas, pero lo que sabe más todavía es qué quiere el amo, aunque éste no lo sepa, lo que suele suceder, porque de otro modo no sería un amo. (Lacan, 1992, p. 29).

Así, el esclavo actúa y produce, pero no se reconoce como sujeto del saber, sino como su operador.

Esto da como producto él (Objeto a), Lacan lo explica mediante un concepto marxista – el de la plusvalía— pero aterrizado al marco conceptual del deseo y el goce: Donde en el (Objeto a) como producto, genera un excedente libidinal (plus de goce), tomado por el amo, a costa de los esfuerzos del esclavo. No es la satisfacción de haber cumplido una tarea y tener un resultado de por medio, si no, que es el hecho de que se cumpla la acción, acogiendo un mandato, reafirma su posición de amo y la subordinación del esclavo. Pero toda la operación, es sostenida por la verdad oculta del amo, donde se evidencia la falta (\$) en él, ya que requiere del esclavo (S2) para establecer su posición. Sin esclavo, no hay amo.

Discurso universitario.

En este discurso, quien encarna el agente es un saber sistematizado (S2) dirigido al Otro, que sería él (Objeto a), objeto de estudio y clasificación. Siendo, en esta dialéctica, el objetivo del saber, más que un resto. Esta clasificación reduce al sujeto, estableciendo una ideología que preserva la estructura de dominio. Dando como resultado de la operación al sujeto dividido (\$) como producto, porque su verdad y deseo no coinciden plenamente con las clasificaciones que recibe. Así, el saber (S2) parece neutral, pero en realidad está articulado y dirigido por un (S1) que permanece implícito. Este (S1) es la quien da sentido y legitima lo que el saber produce sobre el objeto a.

Discurso histórico

En el discurso de la histeria, hay que tener en cuenta de que no está ligado a la estructura histérica. Exista o no el psicoanálisis. Según Lacan (1992):

El discurso histérico, independientemente de la existencia del psicoanálisis, permanecerá vigente, ya que este lazo social predomina en la sociedad, debido a su característica principal, que es la interrogación hacia el otro para la producción de un saber que complete su falta.(p.33).

El sujeto dividió, va en el lugar del agente (\$), esta división es la que generan las preguntas con respecto a la falta, ¿qué me pasa?, ¿será esto?, ¿él sabe?, con el objetivo de que el Otro, le otorgue una respuesta, aquí, en el lugar del Otro va el saber (S1). Esa respuesta que se produce sería él (S2), pasando por su división, imposibilitando la completud por la división que encarna la escena, pero ocultándose atrás de la falta (\$), se encuentra él (Objeto a) el cual, provocando al Otro, logra que surja su deseo de responder a la pregunta implícita: “¿Qué soy yo para ti?”.

Lacan (1992) “*Explicará que la posición histérica impulsa la construcción de un hombre motivado por el deseo de saber.*” (p. 34). ¿Qué es lo que quiere la histérica? Lograr su objetivo de convertirse en la causa de deseo, en el discurso del otro, el cual autoriza su posición. Lacan (1992) aclara que:

Lo que la histérica quiere, en el límite, que se sepa, es que el lenguaje no alcanza a dar la amplitud de lo que ella, como mujer, puede desplegar con respecto al goce. Pero lo que le importa a la histérica no es esto. Lo que le importa, es que el otro que se llama hombre sepa en qué objeto precioso se convierte ella en este contexto de discurso. (Lacan, 1992, p. 35).

Discurso del analista

El cuarto discurso, es decir, el del analista, surge como el reverso de los demás discursos, especialmente del discurso del amo. A diferencia del saber imperativo (S1) que, en este último, se transmite al esclavo para que produzca en su nombre, aquí, en el lugar del agente, se ubica el objeto a: el resto, la falla, aquello que pasa desapercibido.

El analista se coloca deliberadamente en la posición de no-saber, para no imponerse sobre el discurso del analizante, que, mediante el acto analítico, hará que el sujeto, el cual está dividido (\$), interroge su malestar y produzca a base de su deseo. El analista no posee un saber, como pasa en el discurso amo o universitario. Si no que tratar de sostener el lugar de la falta, para hysterizar el discurso del sujeto, produciendo un saber (S1) basándose en lo que no sabe de él mismo.

Este saber, producto de del sujeto dividido (\$), tiene rasgos unarios, ya que articulan en torno a la construcción y deconstrucción del significante amo que origina su síntoma. En este discurso la operación está sostenida por un saber (S2) en el lugar de la verdad, dando a entender, aunque en la superficie parezca, que el analista parte de “no saber” (a), existe un saber que “no se sabe” pero que se supone que será revelado. Es el analizante quien le asigna al analista la tarea de hacerlo emerger. Siendo fundamento esencial de la intervención analítica y adentrarse en el campo de lo uniano, es decir, lo que le corresponde al significante amo.

Como conclusión de este breve recorrido por la teoría lacaniana de los discursos, es importante subrayar su amplia aplicación en distintos ámbitos: no solo en el campo psicoanalítico, sino también en la política, la medicina, la educación, entre otros. Su función como operador estructural del lazo social permite identificar cómo se articulan el poder, el saber y el deseo en cada contexto.

En este sentido, la teoría de los discursos ofrece herramientas fundamentales para el objetivo de este proyecto: ubicar las tensiones entre el discurso médico —como discurso del amo— y el discurso del analista —como discurso analítico— en el área de urgencias. La incorporación de ambos marcos discursivos posibilita analizar cómo se transmite el saber, ubicar las posiciones del sujeto y del objeto, identificar el tipo de lazo social que se establece y revelar la lógica inconsciente detrás de las interacciones. Asimismo, muestra cómo el goce y el deseo se sostienen en estructuras que, en apariencia, se rigen únicamente por reglas y protocolos, pero que en realidad responden a dinámicas simbólicas más profundas.

El discurso del amo en las instituciones de salud

La institución, como hemos venido trabajando, es un producto social resultante de la interacción de sus miembros y de las condiciones históricas y culturales en la cual se va desarrollando. Su constitución y estructura determinan, en gran medida, la forma en que los discursos y sus entramados se despliegan en su interior, generando efectos que pueden manifestarse de forma diversa, incluido el subjetivo.

Si bien las instituciones producen transformaciones en múltiples áreas, en este análisis nos centraremos específicamente en las alteraciones subjetivas, que mediante el uso de la teoría lacaniana de los discursos, analizaremos en el contexto del Hospital Teodoro Maldonado Carbo y del Hospital Ceibos del IEES, las dinámicas discursivas impactan en la experiencia de quienes forman parte de estos entornos clínicos.

Cómo operan en el hospital.

Según el Art. 12, de la ley de seguridad social, reformada, como última modificación vigente es del 2022, bajo el apartado que regula afiliación y vigencia, el IEES solo atiende a usuarios que cumplan con los siguientes requisitos:

- Ser afiliado activo, jubilado o pensionista del IEES.
- Tener aportaciones vigentes al momento de la atención.
- En el caso de dependientes, estos deben estar correctamente registrados como beneficiarios en el sistema del IEES.

Demostrando el carácter gubernamental en el cual se estructura, ya que sigue siendo una entidad pública del estado. Dando a entender que cualquier caso, sea el nivel de urgencia que se presente, siempre ha de tener que pertenecer a la red de usuarios afiliados, como requisito primordial. El discurso del amo se presenta de manera directa porque las condiciones legales y administrativas que allí se exponen funcionan como mandatos institucionales que estructuran el lazo social entre el IEES y el paciente.

Usaremos el matema del discurso amo para así poder ubicar en sus elementos el contexto, el cual se está analizando para justificar y explicar la posición de amo en el dispositivo hospitalario. Él (S1) está encarnado por la ley y el reglamento del IEES (Art. 12 de la Ley de Seguridad Social), que fija

quién puede recibir atención: *ser afiliado activo, jubilado, pensionista, tener aportes vigentes y, en el caso de dependientes, estar registrados como beneficiarios*. Este significante se impone como condición de acceso y no admite negociación, operando como un mandato normativo.

El S2 es el saber técnico-administrativo que sustenta estos requisitos: procedimientos de registro, sistemas de verificación, bases de datos y regulaciones internas. El paciente no domina este saber; simplemente debe someterse a él para poder ser atendido.

La producción aquí es la clasificación del paciente como “apto” o “no apto” para recibir atención médica en el hospital. Esto genera efectos subjetivos: tranquilidad y seguridad si cumple, frustración o exclusión si no cumple. Este “resto” subjetivo es él (objeto a) que el discurso del amo deja tras su operación.

La verdad oculta es que, más allá del ideal de universalidad en la atención médica, la institución está estructurada para mantener el control sobre quién accede a sus recursos. El sujeto que acude a la atención, se enfrenta a una división (\$): su necesidad o urgencia puede ser legítima, pero si no responde al significante de “afiliado” queda fuera del dispositivo.

Siendo este un ejemplo que permite aplicar el discurso del amo para analizar la estructura institucional y su relación con los pacientes, se observa cómo el área administrativa puede generar efectos en el sujeto, aun cuando dichos efectos no estén vinculados directamente con su proceso médico. Reconocer la ubicación de un discurso dentro del dispositivo hospitalario, resulta fundamental para comprender el funcionamiento de la comunidad hospitalaria. Esto posibilita no solo entender las dinámicas de poder, sino también visibilizar cómo éstas inciden en la experiencia subjetiva del paciente.

El hospital del IESS, en su condición de dispositivo hospitalario, se configura a su vez como un espacio físico y un espacio simbólico. En el plano material, es el lugar donde se ejecutan intervenciones quirúrgicas, prescripciones farmacológicas y otros procedimientos propios de la medicina clínica. En el plano subjetivo, constituye un escenario donde la ciencia médica ejerce un saber legitimado, que se presenta —según el contexto— como verdad incuestionable, interrogante diagnóstico, orden terapéutica o instancia de enseñanza. De esta manera, el hospital no solo organiza prácticas

asistenciales, sino que también produce y reproduce discursos que inciden en la relación entre el cuerpo, la enfermedad y la autoridad médica.

El discurso médico, en muchos contextos, opera como un discurso del *amo*, ya que parte de un saber inicial (S1) ya institucionalizado —protocolos, diagnósticos, guías clínicas— que se articula con un saber elaborado (S2) para aplicarse al paciente, con el fin de obtener un resultado objetivo. En esta dinámica, el médico se posiciona como quien detenta el saber (S1), mientras que el paciente queda reducido a objeto de intervención (objeto *a*) y bajo la verdad oculta de este discurso, queda el sujeto dividido (\$), ya que el doctor, no puede ejercer su clínica, si no hay un paciente enfermo o que no acepte los protocolos establecidos.

Esta lógica se vincula con lo que Michel Foucault denominó mirada médica: una forma de observación y análisis que, en su afán de rapidez y eficacia, reduce al sujeto únicamente a aquello que puede ser visto y enunciado, dejando de lado dimensiones no visibles de su experiencia. La mirada médica estructura una “verdad” sobre el cuerpo y la enfermedad a partir de lo observable, estableciendo un campo de saber y poder donde el médico interpreta y define la realidad del paciente (Foucault, 2003).

Basándose en lo visible y lo medible, el discurso médico construye sentencias clínicas que conducen al paciente a someterse a procesos estandarizados, con un margen de efectividad general, destinados a tratar su patología o condición. En esta búsqueda de eficacia, se sacrifica la individualidad del sujeto, que pasa a ser reducido a la categoría de “paciente”, identificado más por un número de habitación —por ejemplo, el de la 534 del piso 5— que por su singularidad como persona.

La medicina en la institución, como ciencia y como saber, ocupa la posición de *amo*, en la medida en que transmite un conocimiento que se sostiene como verdad indiscutible hasta que “se demuestre lo contrario”. Al apoyarse en métodos que buscan evidencias objetivas y medibles, deja fuera todo aquello que no encaja en esos parámetros. En este marco, el psicólogo queda situado como ejecutor de protocolos y normativas provenientes del S1 —el saber establecido: reglamentos, diagnósticos, guías—, lo que limita su práctica clínica.

Esta subordinación genera una devaluación de la escucha subjetiva y del lugar del inconsciente, ya que la práctica del psicólogo queda condicionada por la necesidad de ajustarse al saber dominante que organiza los modos de intervención en la institución. En consecuencia, el deseo del analista –dirigirse al sujeto y su verdad singular– se moviliza frente a las exigencias de eficacia y resultados visibles que impone el dispositivo hospitalario. Esto no solo afecta la clínica con los pacientes, sino también la posición del propio analista dentro de la estructura: corre el riesgo de ser reducido a “recursos humanos” o ejecutor de protocolos, más que a un profesional que escucha y acoge lo singular.

El psicólogo en el hospital no se encuentra en un terreno neutro, ya que se enfrenta la tensión entre tres discursos: el médico (cuerpo y eficacia), el universitario (protocolos) y el amo (órdenes institucionales). Frente a estas tensiones, el trabajo analítico en la institución no se limita a lo que ocurre con los pacientes, sino que exige al psicólogo sostener una reflexión constante sobre su práctica y su posición, evitando quedar completamente atrapado en la demanda institucional. De este modo, se trata de mantener abierta la posibilidad de introducir algo de la subjetividad allí donde el discurso amo tiende a homogeneizar y objetivar.

La constante supervisión de la práctica hospitalaria, sumada a los cuestionamientos que surgen del análisis de la demanda institucional y de la demanda del paciente, posibilita que el psicólogo identifique aquellos lugares donde el discurso del amo no logra imponerse plenamente. Es precisamente en esas fallas o inconsistencias del sistema donde el analista puede sostener su acto, orientado hacia el sujeto.

No se trata de oponerse a la institución —ya que el psicólogo ocupa un lugar dentro de su jerarquía y debe responder a las normativas que regulan su función—, sino de generar espacios de resistencia dentro de ese marco. Dichos espacios permiten preservar al sujeto de la reducción total al cuerpo biológico o al objeto de intervención médica, abriendo la posibilidad de una escucha que acoja lo singular y mantenga vivo el lugar del inconsciente en la clínica institucional.

El discurso del analista como alternativa

El analista en la institución, bajo la lógica de los discursos, cumple una función que va más allá de la de un colaborador que simplemente aplica una práctica. El *discurso del analista* introduce una posición distinta: encarnar aquello que falta en el saber del Otro. Se trata de sostener ese resto que el Otro (la institución, la medicina, el saber establecido) no posee, pero cuya ausencia lo problematiza. Desde esa falta, el analista, a través de la escucha, su presencia y sus intervenciones, posibilita la producción de nuevos significantes en el Otro. Dichos significantes permiten adquirir un sentido propio, inaugurando así un camino de elaboración y, eventualmente, de cura.

El discurso del analista es caracterizado por ser el reverso del discurso del amo, el analista no nombra ni clasifica lo que “tiene” el sujeto; su tarea consiste en hacer que el propio sujeto formule sus preguntas y construya un saber en torno a su síntoma. De este modo, la práctica analítica dentro de la institución no se reduce a reproducir protocolos, sino que abre un espacio en el que el sujeto puede apropiarse de su malestar, reconociendo el sentido singular que lo atraviesa.

Siguiendo la lógica del discurso del analista, el lugar del agente lo ocupa el objeto a. En el contexto hospitalario, esto significa que el analista que trabaja en la institución se constituye como un intermediario entre lo singular de cada paciente y las normativas propias de la institución. En esta posición, el analista no se orienta por las exigencias de eficiencia, tiempos o resultados propios del discurso médico, ni ocupa el lugar de quien transmite un saber acabado sobre “cómo no sufrir”. Tampoco reduce al sujeto a categorías diagnósticas o protocolos estandarizados.

Más bien, se sirve del supuesto saber que en el imaginario social de la comunidad, en la institución, se le adjudica por su rol de psicólogo —asociado a lo subjetivo y a la salud mental— para introducir un espacio donde el sufrimiento pueda alojarse de otro modo. El objetivo no es que el sujeto quede fijado a la identificación con su síntoma, sino que pueda reconocerlo, desplegarlo y otorgarle un sentido propio. A través de la enunciación de significantes, el analista recoge esos elementos y los devuelve en forma de intervenciones, posibilitando así un movimiento subjetivo distinto.

En la posición del analista —tanto en el discurso del analista como cuando se inscribe en una institución— los efectos no se reducen únicamente a sus intervenciones ni al saber que se le adjudica sobre el otro. El analista también se sirve de aquello que emerge en la interacción analista–analizante y analista–institución, dando como resultado la *transferencia*.

En términos lacanianos, pueden distinguirse dos planos: La transferencia propiamente analítica, elaborada en (1987) en El seminario, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Sitúa al analista en el lugar del sujeto supuesto saber. Es el motor de la cura y abre una vía de acceso a la subjetividad, efecto que se produce en la relación analista–analizante.

En (1992) El seminario, libro 17: El reverso del psicoanálisis, ubica la transferencia dirigida al Otro institucional, que se deposita en las normas, protocolos y representantes de la institución, influyendo tanto en la demanda como en el encuadre del tratamiento. No abre la vía al inconsciente, sino que se orienta al saber del Amo o al saber científico.

En este segundo plano se ubica lo que aquí denominamos *transferencia institucional*, que adquiere especial relevancia porque delimita el lugar del analista en la práctica institucional. La posición del analista se encuentra atravesada por distintos discursos y lógicas; en este contexto, la demanda muchas veces se invierte: el sujeto no llega con una petición propia, sino convocado por la institución para que formule una demanda que no le pertenece. La institución misma, entonces, ocupa un lugar de Otro que también es portador de transferencia. Como afirma Osorio (2021): “En la institución se presentan sujetos con demandas que no son de análisis, pero, a su vez, sujetos sin demanda que son demandados a demandar por un Otro institucional, el cual también demanda al profesional” (Aveggio, 2013, citado en Osorio, 2021, p. 18).

De este modo, queda claro que, debido a su naturaleza distinta a la de los marcos burocráticos y científicos, el objetivo del analista consiste en sostener la transferencia analítica sin quedar absorbido por la institucional, al mismo tiempo que reconoce cómo la institución configura la demanda y el encuadre. Es en esa tensión donde se define la especificidad de la práctica analítica en hospitales o centros de salud mental.

Entonces, para concluir este capítulo, podemos afirmar que la presencia del psicólogo en las áreas de urgencia abre un espacio orientado al sujeto allí donde la medicina encuentra un límite. En este lugar se acogen manifestaciones que no pueden ser categorizadas ni tratadas desde el discurso médico, tales como el llanto, la queja, la resistencia a colaborar, el pánico, la angustia o el miedo.

Estas expresiones del malestar subjetivo producen un vacío dentro de los marcos institucionales hospitalarios, puesto que la medicina se dirige principalmente al cuerpo en su dimensión orgánica, dejando en un segundo plano las construcciones imaginarias y simbólicas que atraviesan la experiencia del paciente. De este modo, la función del psicólogo consiste en sostener ese resto no absorbido por el discurso médico, alojando lo singular del sufrimiento y posibilitando que encuentre un lugar de escucha dentro de la institución.

CAPÍTULO 3

La urgencia: hospitalaria y subjetiva

Ahora, como último capítulo, se abordará el contexto en el que emergen las tensiones institucionales vinculadas al tema de la urgencia. En primer lugar, resulta pertinente situar la urgencia desde su origen etimológico, el cual remite al latín *urgentia*, proveniente de *urgere*, que significa apremiar o exigir atención pronta (Etymologías de Chile, s. f.).

Asimismo, tomando en cuenta su conceptualización como palabra, la Real Academia Española (2025) define *urgencia* de las siguientes maneras:

- “Cualidad de urgente”.
- “Necesidad o falta apremiante de lo que es menester para algún negocio”.
- “Caso urgente. Lo necesito para una urgencia. El hospital quedó saturado por las urgencias”.
- “Inmediata obligación de cumplir una ley o un precepto”.
- “Sección de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos”.

A nivel conceptual, la urgencia se refiere a lo que se necesita de forma inmediata, pero ante la concepción de la medicina, este significado puede variar, ya que en las zonas o áreas de emergencia en los hospitales el término *urgencia* refiere a una condición que demanda asistencia médica pronta para prevenir complicaciones, pero sin la presencia de un riesgo vital inminente, según su clasificación en el *Triaje de Manchester*. Una urgencia implica un menor riesgo vital en comparación con una *emergencia*, aunque igualmente requiere de atención prioritaria. La diferencia fundamental entre ambas radica en el rango temporal: mientras que la emergencia exige una respuesta inmediata por el riesgo de muerte o de daño grave a la función de un órgano, la urgencia permite un margen de tiempo mayor para su abordaje, desde el momento en que el paciente realiza la consulta médica hasta que recibe atención.

En el **Acuerdo Ministerial N.º 0091** del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, específicamente en el apartado de Auto-derivación, establece que:

En las auto derivaciones a la Red Privada Complementaria, se autoriza la cobertura para los casos auto-derivados de pacientes en condiciones que se ajusten a los criterios de prioridad I y II del triage, denominado "Sistema de Triage Manchester MTS® modificado", adoptado por la Autoridad Sanitaria

Nacional. Es responsabilidad del establecimiento de salud realizar el triage de las emergencias que recibe y atender al paciente conforme su necesidad. En los establecimientos de la RPIS, el triage respalda la definición de la condición de emergencia y justifica el pago de las prestaciones dadas.»(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017, art. 26, p. 17).

Entonces, este sistema es el que se usara en los dispositivos hospitalarios para clasificar la urgencia y sus modos de tratamiento. En cambio, la clínica de la urgencia subjetiva se refiere a un estado en el que el sujeto se encuentra sin posibilidad de simbolización. Esto implica una desconexión con el Otro, que retorna en lo Real, manifestándose externamente como un sufrimiento desbordante e incontrolable, producto de la imposibilidad de dar sentido a lo vivido. Dicho de otro modo, la urgencia subjetiva puede pensarse como una producción constante de significantes amos (S1), desencadenada por una situación de angustia con rasgos traumáticos, pero sin la mediación de un S2 que permita enlazar esos significantes y otorgarles una trama simbólica. En esta condición, el sujeto queda expuesto en el terreno de su angustia explícita, sin recursos para tramitarla dentro del orden simbólico.

Establecer la distinción entre la *urgencia médica* y la *urgencia subjetiva* resulta fundamental para trazar el marco conceptual de este capítulo y delimitar el alcance de la información a desarrollar. Mientras que la primera se inscribe en el campo de la medicina y de la atención hospitalaria inmediata, la segunda pertenece al registro de la teoría psicoanalítica lacaniana. En esta línea, Inés Sotelo propone la clínica de la urgencia subjetiva, elaborada a partir de los desarrollos de Lacan en el *Seminario 10 (La angustia)* y de su primera enseñanza en torno al *tiempo lógico*, como coordenadas para alojar lo real que irrumpe en la urgencia.

En este contexto, la experiencia desarrollada en el Hospital de Día de Buenos Aires, bajo la dirección de Inés Sotelo, constituye un referente central. Sotelo, fundadora de esta clínica, inscribe su propuesta dentro del psicoanálisis de orientación lacaniana en Argentina, en el marco de las investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Allí, junto con un equipo de investigadores y clínicos —entre ellos Guillermo Belaga, Antonella Miari y otros colegas—, inaugura la clínica de la urgencia subjetiva, en continuidad con la enseñanza de Lacan sobre la angustia y los tiempos lógicos.

Este trabajo ofrece un abordaje singular de la urgencia subjetiva en el dispositivo hospitalario, diferenciándola de la urgencia médica y articulando su dimensión clínica con el tiempo lógico del sujeto.

Tomando como referencia los parámetros del abordaje psicoanalítico en pacientes de áreas de alto riesgo (UCI, cirugía, emergencia) en situación de urgencia, tanto de carácter médico como subjetivo. Este estudio se enmarca en la práctica hospitalaria desarrollada por un practicante de 9no semestre de la carrera de psicología clínica en el Hospital del IESS Teodoro Maldonado Carbo y en el Hospital del IESS Ceibos.

La urgencia hospitalaria

Antes de adentrarnos en el ámbito psicoanalítico —que alimentará nuestras aportaciones sobre la urgencia subjetiva— es fundamental ubicar el contexto médico en el cual dichas aportaciones emergen. En este sentido, resulta imprescindible comprender cómo se clasifica una situación de urgencia en el hospital bajo analizando las prácticas del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo y el Hospital IESS Ceibos, donde se utiliza el Triage de Manchester como herramienta de categorización en el área de Emergencias.

De acuerdo con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS, 2025), se afirma que:

Considerando el aumento de la demanda de atenciones de enfermedades que no son urgentes, en las áreas de Emergencia de las unidades médicas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, se utiliza el Triage de Manchester que consta de cinco niveles, identificados por colores, a través de los cuales se define el ‘tiempo clave o máximo para el primer contacto con el médico. (párr. 1).

Además, esta escala se implementa en todos los establecimientos del IESS con área de Emergencia —incluyendo centros de salud tipo C, hospitales básicos, generales y de especialidades— y define los siguientes rangos de atención según colores y tiempos máximos (IESS, 2025, pag 2)

Imagen 3: Escala de Manchester:

Nro.	Clasificación	Color	Tiempo máximo de espera	Observación
1	Resucitación	Rojo	0 minutos	Atención inmediata y sin demora para pacientes en riesgo inminente de muerte.
2	Emergencia	Naranja	10 - 15 minutos	Situaciones muy urgentes, con riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso.
3	Urgencia	Amarillo	60 minutos	No existe un riesgo para la vida del paciente y puede esperar por atención, pero debe ser evaluado en corto tiempo.
4	Urgencia menor	Verde	120 minutos	Sin riesgo vital. El paciente puede esperar por atención o ser transferido a consulta externa con atención priorizada.
5	Sin Urgencia	Azul	240 minutos	No urgente y podría esperar por atención o transferido a Consulta Externa con cita previa.

Nota. Tomado de *Triage de Manchester define tiempo de espera para atención médica*, por Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2025, IESS.

En el contexto hospitalario, la Escala de Triage de Manchester constituye una herramienta fundamental para diferenciar entre casos que deben ser categorizados como *emergencia* o como *urgencia*. La emergencia se refiere a aquellos cuadros que presentan un riesgo vital o un peligro inminente de muerte:

- Paro cardiorrespiratorio.
- Traumatismos graves (por accidentes de tránsito, caídas de altura, politraumatismos).
- Infarto agudo de miocardio o dolor torácico severo con compromiso hemodinámico.
- Accidente cerebrovascular (ACV) con síntomas neurológicos agudos.
- Dificultad respiratoria severa o insuficiencia respiratoria aguda.
- Hemorragias graves (digestivas, ginecológicas, postquirúrgicas, etc.).
- Shock de cualquier etiología (hipovolémico, séptico, anafiláctico).
- Convulsiones prolongadas o estado epiléptico.

Mientras que la urgencia corresponde a situaciones que, si bien requieren atención médica pronta para evitar complicaciones, no comprometen de manera inmediata la vida del paciente:

- Dolor abdominal moderado sin signos de shock ni peritonitis.
- Fracturas cerradas sin compromiso vascular ni neurológico.
- Heridas que requieren sutura, pero sin sangrado masivo.

- Fiebre alta persistente en adultos o niños sin convulsiones ni compromiso neurológico.
- Crisis hipertensiva sin daño agudo a órgano blanco (sin ACV, IAM, ni encefalopatía).
- Asma moderada, con dificultad respiratoria controlable.
- Infecciones urinarias complicadas (pielonefritis, retención urinaria dolorosa).
- Descompensaciones de enfermedades crónicas (diabetes, insuficiencia cardíaca leve a moderada).

Existe una última clasificación dentro del sistema de triaje, representada por el color azul, que corresponde a los casos clínicos que no presentan riesgo vital ni a corto ni a largo plazo. En la mayoría de estas situaciones, los pacientes son derivados a hospitalización en piso o dados de alta el mismo día, ya que no requieren una intervención inmediata.

Sin embargo, este tipo de decisiones suele generar en los pacientes y sus familiares una percepción de rechazo por parte del hospital, lo cual puede desencadenar conductas defensivas. En consecuencia, estas reacciones se proyectan hacia el personal médico y de apoyo, provocando conflictos en la relación paciente–médico y paciente–institución.

La gravedad del caso determina el tiempo máximo en el que el paciente debe ser atendido, lo cual hace del triaje un recurso clave para organizar la prioridad de atención. Este orden, a su vez, depende de la disponibilidad de médicos y personal auxiliar, lo que regula cuántos pacientes pueden ser atendidos en un día.

De este modo, el triaje también cumple la función de gestionar el mal uso de las salas de emergencia, diseñadas en principio para atender situaciones donde la vida del paciente se encuentra en riesgo inmediato y no puede esperar los tiempos habituales de ingreso hospitalario. Sin embargo, en la práctica actual, por el discurso social dominante donde “no hay tiempo de comprender, solo de obtener resultados”, las salas de emergencia reciben una gran variedad de casos. Incluso pacientes con un 0% de riesgo vital, amparados en su experiencia subjetiva de sufrimiento, consideran su situación como grave y acuden al área de emergencias, lo cual interfiere en la atención de los casos prioritarios.

Es aquí donde la atención psicológica, y en particular el psicoanálisis, adquiere relevancia. Mientras que la medicina y la gestión burocrática tienden a excluir aquello que no se ajusta a sus parámetros de clasificación, el psicoanálisis se abre a la escucha

del sujeto. De este modo, se puede evaluar si los síntomas presentados corresponden a un estrés natural derivado de la situación o si, en cambio, revelan un compromiso más profundo de la subjetividad, que requiere una intervención específica.

La urgencia subjetiva (perspectiva psicoanalítica)

Mientras que en la medicina la urgencia se entiende como una situación que requiere atención inmediata —aunque no necesariamente suponga un riesgo vital inminente—, en el psicoanálisis la noción de urgencia se articula de otro modo. Para este campo, la urgencia no se reduce a un criterio temporal o clínico. Sotelo (2009) señala que la urgencia subjetiva puede comprenderse como: una ruptura súbita del equilibrio vital en la que se fracturan los lazos con los otros, con el trabajo, con los pensamientos e incluso con el propio cuerpo. Se trata de la irrupción de lo real, de aquello que carece de sentido y que precipita al sujeto hacia un abismo expresado en un grito sin mediación significativa (pp. 23-24).

Lacan, en su enseñanza sobre la angustia, plantea que esta se origina a partir del encuentro del sujeto con el deseo del Otro, elaborando una pregunta fundamental: ¿Qué soy para el otro?, usando como metáfora el ciclo reproductivo de la mantis religiosa. Siguiendo esta idea, Berger (2020), a partir de las aportaciones de Lacan, explica que “a través de esta imagen propone pensar a la angustia como el afecto que se suscita en el sujeto, en el plano de la interrogación por su ser, por su existencia en el contexto de la dialéctica con el Otro” (p. 8).

Con respecto a la relación entre la angustia y la urgencia subjetiva, Berger (2020) sostiene que “la angustia es medianera entre el goce y el deseo. Se pierde goce, se gana en deseo” (p. 75). A partir de esta formulación, puede inferirse que la angustia opera como un límite al exceso de goce, señalando un punto en el que el sujeto se confronta con lo real. De este modo, se la reconoce como un afecto más que como una simple emoción, ya que permite analizar cómo el sujeto se constituye frente al Otro a partir del deseo que emerge de la falta.

La angustia, al presentarse como señal del encuentro con lo real, puede considerarse un punto inaugural en el surgimiento de la urgencia subjetiva. Sin embargo, cuando se intensifica en exceso, la angustia pierde su función de orientación y provoca una ruptura en la que lo simbólico se ve imposibilitado de cumplir su papel articulador, fracturando así la cadena de significantes (S1–S2). En estas condiciones,

el sujeto queda en un estado de desarticulación, sin capacidad de sostener un discurso de manera autónoma, e incluso imposibilitado de procesar o asimilar información, ya sea en su dimensión de entrada (comprender lo que ocurre) o en su dimensión de salida (poder decir algo de sí).

Así, entendida la urgencia subjetiva, Seldes (2013) sostiene que “la urgencia no es el trauma, sino su respuesta” (p. 20). Con ello plantea que la urgencia se ubica en un tiempo posterior al trauma, no como el acontecimiento mismo, sino como el estrago que este provoca. Un desbordamiento en el cual el aparato psíquico no logra tramitar el exceso de goce que el trauma puso en juego.

El sujeto queda desarticulado de lo simbólico, sumergido en la angustia, producto del exceso de goce que irrumpe sin mediación en el lenguaje y en el cuerpo. Provocando que la angustia se vuelve incontenible, interrumpiendo los lazos sociales e imposibilitando el surgimiento de un S2 que otorgue sentido.

En este contexto, Sotelo propone una vía particular para abordar las situaciones de urgencia subjetiva a través de lo que Lacan en su primera enseñanza denomina los tiempos lógicos. Bassols (2016) subraya que “ese tiempo marcado por el instante de la mirada, el tiempo de comprender y el momento de concluir, implica siempre un sofisma, es decir, un razonamiento lógico que incluye un cierto engaño” (párr. 6). Desde la perspectiva psicoanalítica, y en diálogo con las elaboraciones de Marcus André Vieira, el mismo autor explica:

introduce un nuevo elemento en la lógica temporal de la urgencia: se trata de la resonancia asemántica de la voz en el cuerpo hablante, instancia de la lengua fuera de sentido, parte no significativa de la voz, entrecruzamiento entre significante y goce, que no tiene un objeto predeterminado pero que introduce el tiempo de la contingencia. Un saber hacer con la contingencia, para enfrentar a la urgencia del superyó. (p. 2).

El tiempo de la contingencia se presenta como una propuesta actualizada dentro de la lógica de la urgencia subjetiva. Se refiere a un momento inesperado en el que el sujeto, confrontado con la angustia y el superyó, puede abrir un espacio distinto de inscripción. A diferencia de la medicina, que tiende a imponer modos de goce sobre el cuerpo, la perspectiva psicoanalítica señala que la resonancia del lenguaje en lo corporal abre una brecha temporal en la que algo del significante se entrecruza con el goce, habilitando así la posibilidad de una nueva inscripción subjetiva.

A raíz de explicar la concepción del tiempo en la urgencia subjetiva, Lacan enseña que el tiempo del inconsciente no se rige por los parámetros cronológicos externos, sino por una temporalidad propia, discontinua y marcada por aperturas y cierres del inconsciente. En este marco, la tarea del analista no consiste en suprimir la angustia de inmediato —como lo haría un abordaje meramente médico—, sino en abrir un espacio donde ese exceso de lo real pueda encontrar una vía de simbolización, posibilitando así una reinscripción subjetiva que reordene el lazo con el Otro.

Cada uno de estos tiempos establece coordenadas que permiten situar lo urgente en la urgencia, es decir, posibilitar la reinscripción de lo simbólico allí donde lo real irrumpe de manera desbordante. La intervención del analista se orienta a facilitar ese reenganche simbólico, prestando palabras allí donde el sujeto, atrapado por la urgencia, se encuentra imposibilitado de articular un discurso.

Lo particular de la urgencia subjetiva es que no existe una forma de garantizar que la intervención resulte exitosa. En ese momento, todo se orienta a intentar movilizar algo de la cadena significante rota, con la expectativa de que los efectos se produzcan en el marco de la transferencia. En esta dirección, Sotelo (2009) sostiene que “la estrategia transferencial será la de ofrecerse allí como Otro para que algo comience a ser dicho, aunque aún no estén dadas las coordenadas para el inicio de un análisis” (p. 28). La intervención analítica, en este contexto, no garantiza resultados, pero sí abre la posibilidad de reinscribir simbólicamente aquello que irrumpió como exceso de lo real.

¿Qué se espera de la intervención en la urgencia? Es fundamental considerar el contexto hospitalario en el que el psicólogo o analista se encuentra, bajo el mandato de un gran Otro —la institución hospitalaria— que demanda resultados e impone protocolos a seguir. Desde la perspectiva de la medicina, estas intervenciones suelen orientarse a categorizar al paciente dentro de un cuadro clínico, siguiendo hipótesis diagnósticas que permitan continuar con los procesos asignados.

¿Debe esperarse lo mismo del psicoanálisis? La respuesta es no. Lo que se espera del analista en la urgencia no es que someta al sujeto a un orden preestablecido, sino que abra una vía nueva a partir de aquello que produjo el desbordamiento. En términos generales, sí, se busca que el sujeto pueda hablar, narrar, explicar algo de lo que le ocurre y de ese modo, salir del estado de urgencia. Sin embargo, esto no se consigue mediante la imposición, sino a través de la creación de un espacio que

posibilite el inicio de una experiencia analítica, en el cual lo simbólico pueda volver a articularse y se inaugure un camino singular para tramitar el sufrimiento.

Se trata de brindarle recursos que le permitan elaborar un sentido, aun cuando ese sentido esté sostenido inicialmente en el discurso del amo, en tanto se presenta como una verdad provisional que puede apaciguar la angustia. Frente a ello, el sujeto en urgencia decidirá: entre servirse de esas palabras para tramitar su sufrimiento, o bien enfrentarlo de otra manera, recurriendo a un acto, que puede tomar la forma de un intento de ponerle fin o de transmitir un mensaje dirigido al Otro.

Con su interpretación de la urgencia subjetiva, Inés Sotelo retoma y acomoda la enseñanza de Lacan para que pueda servir como referencia a los analistas que trabajan en el ámbito hospitalario. No se trata de un manual que indique cómo operar en la urgencia, sino de una orientación que señala de qué manera observar y situar clínicamente estos casos.

En este marco, Lacan desarrolla un ejemplo paradigmático en el que se hace evidente el funcionamiento de los tres tiempos lógicos: el instante de la mirada, el tiempo de comprender y el momento de concluir. Según Lacan (1945-1987):

El director de la cárcel hace comparecer a tres detenidos selectos y les comunica el aviso siguiente: Por razones que no tengo por qué exponerles ahora, señores, debo poner en libertad a uno de ustedes. Para decidir a cuál, remito la suerte a una prueba a la que se someterán ustedes, si les parece. Son ustedes tres aquí presentes. Aquí están cinco discos que no se distinguen sino por el color: tres son blancos, y otros dos son negros. Sin enterarles de cuál he escogido, voy a sujetarle a cada uno de ustedes uno de estos discos entre los dos hombros, es decir, fuera del alcance directo de su mirada, estando igualmente excluida toda posibilidad de alcanzarlo indirectamente por la vista, por la ausencia aquí de ningún medio de reflejarse. Entonces, les será dado todo el tiempo para considerar a sus compañeros y los discos de que cada uno se muestre portador, sin que les esté permitido, por supuesto, comunicarse unos a otros el resultado de su inspección. Cosa que por lo demás les prohibiría su puro interés. Pues será el primero que pueda concluir de ello su propio color el que se beneficiará de la medida liberadora de que disponemos. Se necesitará además que su conclusión esté fundada en motivos de lógica, y no únicamente de probabilidad. Para este efecto, queda entendido que, en cuanto uno de ustedes esté presto a formular una, cruzará esta puerta a fin de que, tomado

aparte, sea juzgado por su respuesta. Aceptada la propuesta, se adorna a cada uno de nuestros sujetos con un disco blanco, sin utilizar los negros, de los cuales, recordémoslo, sólo se disponía de dos. ¿Cómo pueden los sujetos resolver el problema? (p. 194).

Lacan plantea la lógica que se elabora como el argumento de los prisioneros. Es necesario considerar tres escenarios principales: dos negros y un blanco; dos blancos y un negro; y tres blancos.

En el primer escenario (dos negros y un blanco), la respuesta se resuelve de inmediato: si el prisionero **A** porta el disco blanco, puede ver en **B** y **C** los discos negros, lo que le permite salir enseguida de la habitación con certeza. Este escenario ilustra la resolución inmediata del problema, basada únicamente en la percepción de los otros, sin necesidad de suponer nada sobre sí mismo. Denominado el *instante de la mirada*, en el cual se excluye toda elaboración lógica posterior y se toma una decisión por el valor instantáneo de la evidencia percibida (Lacan, 1945/1987, p. 200).

En el segundo escenario (dos blancos y un negro), supongamos que **A** y **B** son portadores de discos blancos, mientras que **C** lleva uno negro. Desde la perspectiva de **A**, se observa un disco blanco y uno negro. En este caso, la respuesta no puede darse de manera inmediata, pues ya no basta con una simple percepción visual; se requiere de un tiempo lógico distinto. Aquí aparece el *tiempo para comprender*. El razonamiento de **A** podría formularse así: “Si yo también fuera negro, entonces el otro prisionero que porta el disco blanco vería dos discos negros, lo cual le permitiría concluir de inmediato que él es blanco y salir enseguida. Como no lo hace y permanece en su lugar, eso me indica que yo no soy negro”. En este razonamiento, la certeza no surge únicamente de lo que se percibe, sino de la demora del otro en tomar una decisión. El sujeto se apoya en el momento que introduce la espera, es decir, en el tiempo que el otro tomó y que no salió de la habitación. Así, la conclusión se obtiene no por la evidencia directa de los colores, sino por la lógica que fuerza a inferir sobre el otro para poder inferir sobre uno (Lacan, 1945/1987, p. 200).

En el tercer escenario (Todos son blancos), **A** observa que tanto **B** como **C** también portan discos blancos. Esta situación genera la misma incertidumbre para todos, de modo que cada prisionero se encuentra en igualdad de condiciones. En este punto emerge la urgencia del *momento de concluir*, pues estirar demasiado el razonamiento puede llevar a la indecisión y abrir la posibilidad de que otro se adelante en la resolución. Aquí Lacan introduce la lógica del momento de concluir, donde se

produce una precipitación necesaria que termina con la espera. Como él mismo señala: “Pasado el tiempo de comprender el momento de concluir, es momento de concluir el tiempo para comprender. Porque de otra manera este tiempo perdería su sentido” (Lacan, 1945/1987, p. 201).

Los tiempos lógicos son una propuesta de Lacan que surgió como una crítica a la regla institucionalizada de las sesiones de 50 minutos impuesta por la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Con esta formulación, Lacan plantea que el inconsciente no responde a los tiempos cronológicos del Otro, sino al tiempo lógico del sujeto, donde lo que importa no es la duración medida en minutos, sino la estructura misma de la experiencia subjetiva.

Si bien esta concepción puede resultar disonante al momento de aplicarse en la institución hospitalaria, su propósito es preservar un lugar donde aquello que queda ignorado por el diagnóstico médico —la dimensión subjetiva— pueda ser rescatado por el analista y trabajado en sesión. De este modo, se busca subjetivar a los sujetos que la ciencia reduce a cuerpos de observación, abriendo la posibilidad de construir instituciones más fieles a sus valores fundacionales.

- **Tensiones entre el discurso médico y del analista**

La problemática principal se origina en las áreas de alto riesgo, particularmente en las unidades de UCI, emergencias y cirugías, donde las decisiones deben tomarse con la mayor eficacia y en el menor tiempo posible, ya que está en juego la integridad vital del paciente. En este contexto, el alcance de los avances médicos se ve reducido a responder únicamente a la demanda inmediata del cuadro clínico y de la institución, quedando relegadas otras dimensiones de la experiencia subjetiva del paciente.

Los marcos institucionales promueven ciertas formas de abordar las urgencias; sin embargo, en el momento de la práctica estas pueden ir variando, a veces de manera favorable, como ocurre con la implementación del sistema de interconsulta. Según el Manual de Consulta Externa del IESS (2020), la interconsulta se define como “la solicitud de la valoración de otro profesional de diferente especialidad o subespecialidad en el mismo establecimiento (en el mismo nivel de atención)” (p. 7). La cual sirve como un lazo que posibilita la derivación del caso médico al área de psicología.

La interconsulta se refleja en un módulo digital, el cual todos los profesionales del área de salud tienen acceso, para solicitar interconsultas o atender las que demandan las distintas áreas médicas por criterio propio de los profesionales de la salud. No hay una forma rígida de usar esta herramienta, pero el médico de área puede solicitar una derivación por interconsulta al área de psicología para que atienda la demanda y evalúe el caso.

Una vez finalizada la consulta, el psicólogo/practicante debe elaborar un breve informe clínico, conocido como *evolución* del caso, que incluya información puntual del paciente: datos identificativos, diagnósticos, fecha de ingreso, acompañantes, número de habitación, motivo de consulta y, principalmente, la evaluación psicológica realizada.

La que, en formato de bloques, debe puntualizar signos y síntomas identificados por el psicólogo/practicante los cuales permitan evidenciar algo entorno a la demanda, como por ejemplo algún signo que vaya a encontrar del tratamiento o que responda al motivo de la derivación. Este método manejado bajo los criterios de la mirada médica, consideran que necesitan de un psicólogo o profesional de la salud.

La problemática radica, en que no existen parámetros definidos para la derivación que sustenten con claridad el motivo por el cual el médico decide realizar la interconsulta. En la práctica, esta suele basarse en la presencia de signos emocionales reactivos, como pueden ser al tratamiento, en las dificultades en el trato del equipo médico hacia el paciente o en problemas institucionales que generan frustración, las que pueden dar lugar al llanto tanto del paciente como de sus familiares, así como a la resistencia a los tratamientos, lo que termina por entorpecer los procedimientos médicos.

Esto provoca que la interconsulta pierda su carácter unificador entre saberes y se convierta únicamente en un repositorio de aquello con lo que el médico no desea lidiar. En este marco, el lugar del psicoanálisis se ve trastocado, provocando de forma indirecta una mala implementación del analista al equipo interdisciplinario de un hospital, ya que pasa a ser como un recurso más de servicio social, como un intermediario destinado a evitar posibles demandas legales o incluso como un negociador para persuadir a los pacientes de aceptar un tratamiento que, en muchos casos, se ve obstaculizado por el mal-trato recibido por el paciente por el personal de salud.

Surge la pregunta ¿el psicoanalista-practicante debe abarcar todo lo que este fuera de la norma? La gestión del equipo médico se divide en una estructura jerárquica la cual la encabeza un médico encargado de cierta área, él tiene a numerosos practicantes y enfermeros, los cuales asisten los protocolos a seguir.

Pero el practicante de psicología clínica tiene bajo su responsabilidad dos áreas las cuales deben ser abarcadas por su cuenta. ¿Se necesitan más psicólogos o protocolos amistosos que permitan el abordaje psicológico de tal forma que sea posible crear un vínculo terapéutico con más pacientes? Ricardo Seldes, en *La urgencia generalizada*, sostiene que “la perspectiva del psicoanálisis aplicado a la terapéutica considera el psicoanálisis puro en su causa, en su horizonte, implica la posibilidad de elegir las tácticas y las estrategias que se impongan en cada caso” (citado en Sotelo, 2009, p. 100). Lo que resalta la importancia de mantener la práctica del psicólogo enfocada en la ética psicoanalítica, ya que esta abrirá el campo de la escucha de lo singular.

La medicina, por su parte, se encargará de abordar lo que físicamente ponga en peligro vital al paciente, dejando la dimensión subjetiva a un lado y centrando su análisis en las anomalías físicas y sus resultados, a fin de construir una historia clínica sobre la cual basar un tratamiento médico. En contraste, Sotelo (2009) sostiene que “desde la perspectiva del psicoanálisis el estatuto del cuerpo cobra otra dimensión, separándose del organismo y de la naturalidad biológica. Lo natural o instintivo, está perdido para el ‘hablante-ser’ y estar en el lenguaje ubica al hombre en la cultura y en su malestar” (p. 116). Los exámenes médicos marcan un límite del cuerpo de forma física. Ese límite muestra lo que no puede ser capturado por el discurso médico (el goce). Y es en ese resto donde el deseo se sostiene y se despliega, porque el deseo surge de lo que escapa al saber total sobre el cuerpo.

La forma en que opera el discurso médico en las áreas de urgencia puede pensarse como complementaria, en tanto se sitúa en oposición al psicoanálisis. El discurso médico responde a la demanda inmediata del paciente, organizada en torno al sentimiento de amenaza vital y a la descripción de los síntomas físicos, priorizando la intervención protocolaria. En contraste, el psicólogo de orientación psicoanalítica se orienta por la palabra del sujeto, que se rige bajo una ética de trabajo particular, con el propósito de alojar lo singular allí donde el discurso médico tiende a generalizar.

De este modo, el psicoanálisis impide que la subjetividad quede reducida, preservando sus modos de goce y de deseo para su interpretación, y permitiendo así hacer frente a los estragos que la urgencia puede producir.

La investigación ha permitido poner en evidencia que la urgencia hospitalaria no puede reducirse únicamente a parámetros médicos ni a la lógica de los protocolos, sino que en ella también se hace presente la dimensión de la urgencia subjetiva. Allí se tensionan dos discursos: el médico, que responde a lo objetivo y el del analista, que se orienta por la palabra para alojar lo singular. Como recuerda Sotelo (2009):

los problemas de llevar un cuerpo, con sus modos de satisfacción y de goce, exceden en mucho los problemas del órgano; es así que para la medicina, el diagnóstico, pronóstico e intervenciones encuentran el obstáculo que significa que más allá de todo protocolo, con frecuencia el paciente no quiere su bien, no acepta las indicaciones, lo cual pone en riesgo su salud, su evolución y hasta su vida. (p. 116).

De este modo, se hace evidente que el hospital no debe convertirse en una vía de escape frente al sufrimiento, sino en un lugar el cual cumpla con la función de sostener, donde la angustia pueda ser interpretada y se abra la posibilidad de un trabajo a largo plazo. Así, la urgencia subjetiva encuentra su lugar, no como opuesta a la urgencia médica, sino como un campo indispensable para preservar la subjetividad frente a los estragos de la vida y de la enfermedad.

CAPÍTULO 4

Metodología

A continuación, se expone la metodología empleada en la presente investigación, acompañada de las justificaciones correspondientes que permiten sostener la pertinencia de su elección. Se detallará el enfoque, paradigma y método que orientan el estudio, así como las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos. Finalmente, se especificará la población y la muestra con la cual se llevará a cabo el trabajo de campo, considerando los criterios que fundamentan su selección.

Cabe recalcar que en esta tesis se está implementando el análisis de la muestra bajo la perspectiva de la teoría de los discursos, la cual no se centra en el estudio de entidades, sino en las posiciones de enunciación que asume el sujeto. Por esta razón, se escogió a integrantes del área de salud, donde el discurso médico predomina a través de la protocolarización y la ordenanza. Este discurso funciona como verdad primordial dentro del dispositivo hospitalario y es impartido tanto por médicos como por enfermeras.

Ello permitirá establecer el contraste con el discurso del analista y con su emisario, representado por los psicólogos de orientación psicoanalítica. Se busca resaltar, más que la acción o la jerarquía institucional, la influencia de lo enunciado en la construcción subjetiva del otro

Enfoque

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, el cual permitió revisar los antecedentes históricos en torno al psicoanálisis y su inserción en la institución, así como realizar el debido contraste entre las tensiones que se producen entre el discurso del médico encarnando el discurso del amo y el discurso del analista, encarnando el discurso del analista en el contexto de la urgencia dentro del dispositivo hospitalario. Rodríguez-Gómez (2023) aporta que “la investigación cualitativa guarda distancia con la medición y la cuantificación, para dar cabida a la comprensión, la interpretación y el surgimiento de la teoría, como es el caso de la teoría fundamentada” (p. 3).

Con base en la ética psicoanalítica, el enfoque cualitativo se constituye como la vía más coherente para abordar esta investigación, puesto que se orienta a la interrogación del deseo, a la posición del sujeto frente a la falta y para así llegar a un intento de elaborar un significante nuevo. Así, el método cualitativo, en diálogo con la ética psicoanalítica, no se dedica solamente a calcular cifras o medir hechos, sino que habilita la emergencia de nuevos sentidos en la palabra del sujeto, haciendo de la investigación no un ejercicio de control, sino una práctica de reflexión libre.

Paradigma

El paradigma que estructuró esta tesis fue el interpretativo, el cual permite analizar la urgencia en los dispositivos hospitalarios e identificar las tensiones entre el discurso médico y el discurso del analista. El paradigma interpretativo según Almazán Guevara, R. (s. f.). añade que “Max Weber (1944), cuya teoría está en el origen y consolidación del paradigma interpretativo (Vasilachis de Gialdino, 1994), privilegia la explicación interpretativa frente a la provista por la observación y rechaza toda concepción monista, reduccionista y carente de conciencia crítica.” (p. 2)

Para ello, se tomó como marco la teoría lacaniana de los discursos, que posibilita reconocer los posicionamientos subjetivos del saber en el entramado entre los discursos dominantes y el discurso psicoanalítico. Este paradigma facilita el análisis de las instituciones hospitalarias y de sus estructuras sociales, tanto en relación con la población como con el individuo.

De este modo, permite destacar que el hospital no se reduce a una infraestructura que atiende síntomas e identifica signos, sino que constituye un ecosistema social en el que se despliegan dinámicas complejas. En este entramado surgen efectos propios del lazo social, tales como la transferencia, la angustia y la urgencia, que exceden lo meramente clínico-biológico y abren la posibilidad de una lectura psicoanalítica.

Método

Se maneja el método descriptivo, el cual resultó ser apropiado para detallar los modos de operar en la urgencia desde la perspectiva médica y psicoanalítica y describir como el discurso amo y del analista presentan tensiones en el dispositivo hospitalario en el contexto de la urgencia. Ochoa-Pachas y Yunkor-Romero (2020) señalan que:

Un estudio descriptivo es aquel que pertenece a la investigación cuantitativa y que presenta una sola variable de estudio denominada variable de interés. Por la naturaleza de este estudio, al ser univariado, se deben tener en consideración los factores que se encuentran en el entorno de la misma. Estos factores se les suele denominar de caracterización porque se encuentran involucrados con la variable de interés y se obtienen de la población. (p. 5)

El cual permitió el desarrollo de los objetivos de este proyecto: explorar cómo el discurso médico define y aborda la urgencia subjetiva en áreas clínicas hospitalarias, identificar el lugar que ocupa la escucha clínica en el tratamiento de pacientes en situaciones de urgencia subjetiva dentro del dispositivo hospitalario y analizar las tensiones que aparecen en la práctica clínica entre las intervenciones basadas en el discurso médico y aquellas que consideran la subjetividad del paciente.

Técnica e Instrumentos de Recolección de Información

Para el desarrollo de esta investigación se emplearon diversas técnicas orientadas a la recolección de datos e información, con el fin de responder adecuadamente a los objetivos estratégicamente planteados. De este modo, se buscó garantizar un análisis pertinente acerca de las formas de operación en los dispositivos hospitalarios en relación con la urgencia, así como de las tensiones que emergen entre el discurso médico y el discurso del analista en dicho contexto.

Primero, se realizó una exhaustiva revisión de la bibliografía, la cual permitió el desarrollo argumental del proyecto, planteando un marco teórico apto para analizar la hipótesis y de sustentar los resultados. La lectura de la urgencia subjetiva y su clínica, permitieron destacar tensiones en el campo clínico-medico con el psicoanalítico en el contexto de dos hospitales públicos de Guayaquil. Como articula Guirao Goris (2015) señala que:

La revisión bibliográfica es una sinopsis que sumariza diferentes investigaciones y artículos que nos da una idea sobre cuál es el estado actual de la cuestión a investigar. En la revisión se realiza una valoración crítica de otras investigaciones sobre un tema determinado, proceso que nos ayuda a poner el tema en su contexto. (párr. 5).

Permitiendo así el respaldo por investigaciones previas que sustenten la veracidad de los argumentos desarrollados.

En segundo lugar, se implementó la técnica de la entrevista semiestructurada, la cual permitió formular una serie de preguntas orientadas a responder los objetivos específicos del proyecto, tomando en cuenta tanto la perspectiva médica como la psicológica. Según Piza Burgos, Amaiquema Márquez y Beltrán Baquerizo (2019), retomando a Hernández et al. (2010), en las entrevistas:

el contenido, orden, profundidad y formulación se hallan sujetos al criterio del investigador; en este tipo de entrevista el investigador puede adicionar otras, y por último las entrevistas abiertas que se fundamentan en una guía general de contenido y el investigador posee toda la flexibilidad para manejarla. (párr. 18)

En total participaron diez profesionales: seis integrantes del área de salud (tres del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo y tres del Hospital IESS de Ceibos) y cuatro psicólogos (dos del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo y dos del Hospital IESS de Ceibos).

Sus aportes permitieron identificar que el discurso del amo en la institución no se limita únicamente al discurso médico, sino que también se expresa a través de los niveles de gestión administrativa y gubernamental, los cuales se sitúan por encima de la práctica médica y la regulan. De este modo, se evidencia cómo la propia institución puede alterar el ejercicio médico, orientándolo más hacia la optimización de recursos que hacia la atención prioritaria de la salud del paciente.

Gestión de entrevista semiestructurada dirigidas a médicos

Se plantearon siete preguntas acordes a los objetivos del proyecto, al tratarse de entrevistas semiestructuradas, en algunos casos surgieron preguntas complementarias que no fueron consideradas dentro de la estructura formal de la entrevista, aunque su contenido será igualmente recuperado para el análisis de los resultados.

Preguntas para integrantes del área de salud

1. ¿Cuál es el abordaje del equipo médico durante la atención de un paciente en urgencia?
2. ¿Qué es urgencia? ¿Qué es la urgencia subjetiva?
3. ¿Cree que desde su lugar hay alguna forma de atención de este tipo de urgencia que se caracteriza como subjetiva?
4. ¿Se ha enfrentado a alguna situación en la cual el estado emocional del paciente influyo en las decisiones del tratamiento?
5. ¿Qué rol cree que debería tener la escucha del paciente en una urgencia?
6. ¿Cree que el vínculo con el paciente es importante? ¿Qué factores creen que contribuyan o afecten el establecimiento de dicho vínculo?
7. ¿Ha experimentado algún caso en el que la intervención de un profesional de salud mental haya contribuido a la forma de abordar una urgencia médica?

Tabla 2 Esquema del banco de preguntas para la entrevista semiestructurada para integrantes del área de salud.

Objetivo	Variable	Subvariable	Instrumento	Preguntas a médicos
Explorar cómo el discurso médico define y aborda la urgencia subjetiva en áreas clínicas hospitalarias.	Urgencia	Urgencia subjetiva	Entrevista semiestructurada	¿Cuál es el abordaje del equipo médico durante la atención de un paciente en urgencia?
			Entrevista semiestructurada	¿Qué es urgencia? ¿Qué es la urgencia subjetiva?
	Rol de la escucha	Atención de urgencia subjetiva	Entrevista semiestructurada	¿Cree que desde su lugar hay alguna forma de atención de este tipo de urgencia que se

				caracteriza como subjetiva?
Identificar el lugar que ocupa la escucha clínica en el tratamiento de pacientes en situaciones de urgencia subjetiva dentro del dispositivo hospitalario.			Entrevista semiestructurada	¿Se ha enfrentado a alguna situación en la cual el estado emocional del paciente influyo en las decisiones del tratamiento?
			Entrevista semiestructurada	¿Qué rol cree que debería tener la escucha del paciente en una urgencia?
Explorar cómo el discurso médico define y aborda la urgencia subjetiva en áreas clínicas hospitalarias.	Vínculo con el paciente		Entrevista semiestructurada	¿Cree que el vínculo con el paciente es importante? ¿Qué factores creen que contribuyan o afecten el establecimiento de dicho vínculo?
			Entrevista semiestructurada	¿Ha experimentado algún caso en el que la intervención de un profesional de salud mental haya contribuido a la forma de abordar una urgencia médica?

Gestión de entrevista semiestructurada dirigidas a psicólogos

Se plantearon nueve preguntas acordes con los objetivos del proyecto; sin embargo, al tratarse de entrevistas semiestructuradas, en algunos casos surgieron preguntas complementarias que no fueron consideradas dentro de la estructura formal de la entrevista, aunque su contenido será igualmente recuperado para el análisis de los resultados.

Preguntas para psicólogos

1. ¿Cómo percibe que el equipo médico conceptualiza la urgencia subjetiva en el hospital?
2. ¿Cómo se diferenciaría una urgencia médica de una urgencia subjetiva?
3. ¿Ha notado que las demandas emocionales del paciente influyen en las decisiones clínicas en situaciones de urgencia?
4. ¿Hace falta darle voz al paciente?
5. ¿Qué estrategias utiliza o como lo hace?
6. ¿Al tratarse de una institución hospitalaria que lugar cree que ocupa el que hacer psicológico en ella?
7. ¿Ha tenido que hacerse lugar en la institución?
8. ¿Ha encontrado resistencia por parte de otros profesionales al priorizar la dimensión subjetiva en urgencias?
9. ¿En su experiencia laboral, cree que alguna cooperación o intervención médica, influyo en el tratamiento de un paciente en situación de urgencia subjetiva?

Tabla 3: Esquema del banco de preguntas para la entrevista semiestructurada a psicólogos

Objetivos	Variable	Subvariable	Instrumento	Pregunta
Explorar cómo el discurso médico define y aborda la	Urgencia médica	Urgencia subjetiva	Entrevista semiestructurada	¿Cómo percibe que el equipo médico conceptualiza la urgencia subjetiva en el hospital?

urgencia subjetiva en áreas clínicas hospitalarias.			Entrevista semiestructurada	¿Cómo se diferenciaría una urgencia médica de una urgencia subjetiva?
Identificar el lugar que ocupa la escucha clínica en el tratamiento de pacientes en situaciones de urgencia subjetiva dentro del dispositivo hospitalario.	Voz del paciente	Decisiones clínicas en situación de urgencia	Entrevista semiestructurada	¿Ha notado que las demandas emocionales del paciente influyan en las decisiones clínicas en situaciones de urgencia?
			Entrevista semiestructurada	¿Hace falta darle voz al paciente?
			Entrevista semiestructurada	¿Qué estrategias utiliza o como lo hace?
Analizar las tensiones que aparecen en la práctica clínica entre las intervenciones basadas en el discurso médico y aquellas que consideran la subjetividad del paciente.	Institución hospitalaria	Resistencias	Entrevista semiestructurada	¿Al tratarse de una institución hospitalaria que lugar cree que ocupa el que hacer psicológico en ella?
			Entrevista semiestructurada	¿Ha tenido que hacerse lugar en la institución?

			Entrevista semiestructurada	¿Ha encontrado resistencia por parte de otros profesionales al priorizar la dimensión subjetiva en urgencias?
			Entrevista semiestructurada	¿En su experiencia laboral, cree que alguna cooperación o intervención médica, influyo en el tratamiento de un paciente en situación de urgencia subjetiva?

Muestra

La población con la que se trabajó en la investigación estuvo conformada por enfermeras y médicos de áreas de alto riesgo (UCI, emergencias y cirugía), así como por psicólogos. Estos profesionales de la salud y de la salud mental aportaron valiosas perspectivas acerca de cómo la urgencia se manifiesta en el dispositivo hospitalario, tanto desde la visión médica como desde la mirada psicoanalítica, evidenciando las tensiones que se producen entre el discurso médico y el discurso del analista en dicho contexto.

La muestra se conformó mediante un muestreo intencional, integrado por seis profesionales del área de salud de áreas de alto riesgo y cuatro psicólogos, pertenecientes a dos instituciones hospitalarias de la misma entidad pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Solo se va a mostrar los diálogos entre entrevistador y medico/psicólogo, debido a protección de la privacidad de sus datos personales.

Tabla 4 Datos demográficos de los participantes

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Hospital 1					Hospital 2				
UCI	EMERGENCIA	CIRUGÍA	PSIC	PSIC	UCI	UCI	UCI	PSIC	PSIC
MED	MED	MED			ED	ENF	ENF		

En el Hospital 1, la muestra se conformó por cinco participantes. Tres médicos, cada uno pertenecientes a las áreas de UCI, Emergencia y Cirugía, quienes representan al área de salud. Asimismo, se entrevistó a dos psicólogas, una de consulta externa y otra del área de salud mental.

En el Hospital 2, la muestra se conformó por cinco participantes. Del área de salud, se incluyó a un médico y dos enfermeras del área de UCI. Por parte del área de psicología, participaron dos psicólogos, uno del área de emergencias y otro a cargo de medicina interna, cirugía plástica y consulta externa.

CAPÍTULO 5

Presentación y análisis de resultados

Tabla 5: Resumen de respuestas por pregunta, dirigidas al área de salud
. Contraste de respuestas por pregunta, dirigidas a 5 integrantes del área de salud (M1, M2, M3, M4, L1 , L2)

Objetivo	Pregunta	Respuesta
Explorar cómo el discurso médico define y aborda la urgencia subjetiva en áreas clínicas hospitalarias.	¿Cuál es el abordaje del equipo médico durante la atención de un paciente en urgencia?	M1: ABC (vía aérea, respiración, circulación). M2: Triage de Manchester, ingreso y hospitalización inmediata si hay riesgo vital. M4: Triage de Manchester, categorización de acuerdo con la sintomatología. M3: Introduce la lógica de optimización de recursos como parte del abordaje. L1: Importancia de un equipo multidisciplinario. L2: Interacción médico-enfermero para complementar información del paciente.

	<p>¿Qué es urgencia? ¿Qué es la urgencia subjetiva?</p>	<p>Atención inmediata/No riesgo vital (Urgencia) L2: actuar inmediatamente. M2: no más de 1–2 horas. M3: necesidad imperiosa, diferenciada por triaje.</p> <p>Riesgo para la vida/atención prioritaria (Emergencia) M1: riesgo de descompensación, morbilidad, muerte. L1: Pacientes en estado crítico, paro cardíaco, intubación urgente. M4: debe resolverse en menos de 24 horas para evitar complicación.</p>
	<p>¿Cree que desde su lugar hay alguna forma de atención de este tipo de urgencia que se caracteriza como subjetiva?</p>	<p>M1: Reconoce que lo objetivo (signos clínicos y bioquímicos) prevalece, aunque admite que puede existir cierto espacio de contención verbal. L1: Destacan la importancia de generar confianza y comunicación con el paciente. L2: Propone intentar generar confianza y, si no se logra, continuar con los procedimientos. M3: Menciona que la subjetividad y la cultura del paciente influyen, aunque limitadas por la práctica clínica. M2 y M3 subrayan que las condiciones hospitalarias (tiempo, volumen de pacientes, presión del sistema) restringen la posibilidad de escuchar al paciente de manera profunda. M4: Con el triaje, si el paciente no responde adecuadamente, se dificulta definir el curso de acción.</p>

<p>Identificar el lugar que ocupa la escucha clínica en el tratamiento de pacientes en situaciones de</p>	<p>¿Se ha enfrentado a alguna situación en la cual el estado emocional del paciente influyo en las decisiones del tratamiento?</p>	<p>M1: Señala que, si el paciente está consciente y orientado, debe respetarse su decisión, aunque a veces se solicita apoyo de salud mental para descartar factores psicológicos. L1 Refiere casos donde los pacientes firman documentos de no reanimación o de rechazo a transfusiones (ej. testigos de Jehová). L2: Indica que, aunque se explique el riesgo, algunos pacientes mantienen su negativa absoluta, afirma que la decisión de los familiares puede condicionar si el paciente recibe o no un tratamiento. M4 Destaca que los familiares muchas veces impiden la atención adecuada y que las creencias religiosas son un obstáculo frecuente. M3: resalta el peso del nivel cultural del paciente y las dificultades comunicativas en emergencias saturadas.</p>
<p>urgencia subjetiva dentro del dispositivo hospitalario.</p>	<p>¿Qué rol cree que debería tener la escucha del paciente en una urgencia?</p>	<p>M1: Subraya que no es muy valorado cuando los pacientes despiertan desorientados por la sedación. L1: Resalta tratar al paciente de forma positiva y explicar que los procedimientos son para su beneficio. L2: Sostiene que es fundamental para que el paciente pueda abrirse y afrontar su situación. M2: Enfatiza la falta de tiempo en emergencias, con solo minutos para salvar la vida y poco espacio para comunicación. M3: Plantea que los sistemas de triaje priorizan la gestión de recursos y reducen la subjetividad. L1 y M2 mencionan también el rol de los familiares como parte de la comunicación en la urgencia.</p>
<p>Analizar las tensiones que aparecen en la práctica clínica entre las</p>	<p>¿Cree que el vínculo con el paciente es importante? ¿Qué factores creen que contribuyan o afecten el establecimiento de</p>	<p>Todos los entrevistados (M1, L1, L2, M2, M3, M4) coinciden en que el vínculo con el paciente es fundamental para la atención. Se reconoce que favorecer la adherencia al tratamiento y mejorar el diagnóstico.</p>

<p>intervenciones basadas en el discurso médico y aquellas que consideran la subjetividad del paciente.</p>	<p>dicho vínculo?</p>	<p>L1: Destaca la importancia de la contención emocional. M4: Señala que la comunicación efectiva y la escucha son esenciales para comprender al paciente. M2: Indica que la confianza que proyecta el médico influye en la construcción del vínculo. M1, L2, M2: Varios coinciden en que el tiempo limitado, el estado crítico del paciente y la intervención de familiares influyen en la calidad del vínculo (M1, L2, M2).</p>
	<p>¿Ha experimentado algún caso en el que la intervención de un profesional de salud mental haya contribuido a la forma de abordar una urgencia médica?</p>	<p>M1: Señala que es importante en pacientes con riesgo potencial pero estables, cuando aún están conscientes. L1: Necesidad de apoyo emocional, escucha y respeto por las emociones. M2: Destaca el uso de técnicas para convencer al paciente o familiares de aceptar el tratamiento. M3: considera vital este abordaje para lograr mejor conexión y adherencia al tratamiento. M4: Subraya que en ciertos pacientes (adultos mayores, códigos púrpuras) es indispensable la intervención conjunta con psicología y trabajo social. L1, M2 y M3 coinciden en que este abordaje influye directamente en la aceptación de procedimientos y en la adherencia terapéutica.</p>

La urgencia es entendida de manera general como una situación clínica que requiere atención inmediata para evitar complicaciones graves o incluso la muerte del paciente. Coinciden en señalar que implica riesgo vital o de deterioro significativo, aunque difieren en los criterios temporales y de gravedad: algunos la ubican en minutos (como M2 y M3), otros en horas (M2) o incluso en un plazo de hasta 24 horas (M4). También varían los enfoques: mientras ciertos entrevistados privilegian criterios biomédicos objetivos, como alteraciones bioquímicas o respiratorias (M1), otros la dirigen a patologías críticas propias de cuidados intensivos (L1), o la llevan a lo organizativo, vinculándola a la clasificación por el triaje de Manchester (M3) o a la necesidad de separar la atención según el tipo de caso (L2). En síntesis, existe acuerdo

en la necesidad de inmediatez, pero se diferencian en la delimitación clínica y temporal de lo que se considera una urgencia.

El concepto de urgencia subjetiva resulta ampliamente desconocido entre los entrevistados, quienes en su mayoría manifestaron no haberlo escuchado o no recordar con claridad su significado (M1, L1, L2, M2, M3). Solo uno de ellos (M4) intentó darle un sentido, asociándolo con diagnósticos psiquiátricos como depresión, ansiedad o esquizofrenia, aunque sin vincularlo con la perspectiva psicoanalítica que lo sustenta.

Este hecho muestra que, en la práctica médica hospitalaria, el término urgencia se encuentra reducido a criterios objetivos, biomédicos y protocolarios, dejando de lado la dimensión subjetiva. La falta de un reconocimiento compartido de este concepto evidencia una brecha entre el discurso médico y la noción de urgencia subjetiva propia del psicoanálisis, marcando así un contraste que será clave para el análisis posterior.

El abordaje del equipo médico durante la atención de un paciente en urgencia se concibe de manera general a partir de protocolos establecidos y clasificaciones de gravedad, como el ABC internacional y el triaje de Manchester, que permiten priorizar la atención según el riesgo vital del paciente. Existe coincidencia en que la respuesta debe ser inmediata y proporcional a la gravedad, aunque con variaciones en los tiempos y criterios de espera.

Mientras algunos entrevistados privilegian una visión biomédica y protocolaria (M1, M2, M4), otros introducen una dimensión organizativa vinculada a la gestión de recursos y disponibilidad de camas (M3). Asimismo, desde la práctica clínica, se destaca el papel del equipo multidisciplinario (L1) y en particular la intermediación del enfermero en la relación con el paciente (L2), lo cual aporta una mirada relacional que complementa el enfoque técnico. En síntesis, el abordaje integra protocolos internacionales, categorización institucional y trabajo en equipo, aunque se tensiona por factores estructurales y relacionales.

Las respuestas muestran un contraste entre la importancia del criterio objetivo y protocolario (M1, M4) y la importancia de la comunicación y confianza con el paciente (L1, L2). Mientras algunos consideran que la subjetividad del paciente debe ser tomada en cuenta para favorecer la

comprensión y adherencia al tratamiento, otros recalcan que, en la práctica hospitalaria, la presión asistencial obliga a priorizar la inmediatez y los procedimientos (M2, M3).

La mayoría coincide en que las condiciones del sistema (falta de tiempo, exceso de pacientes y dinámicas de triaje) limitan la escucha subjetiva, aunque se reconoce que esta influye en el vínculo terapéutico y en las decisiones del paciente. Esto provoca una tensión entre el discurso biomédico-institucional, que privilegia la objetividad y los protocolos, y una mirada humanista, que busca integrar la subjetividad del paciente, aunque esta queda frecuentemente relegada por las exigencias del contexto hospitalario.

Las respuestas muestran un acuerdo general en que la negativa del paciente o de los familiares influye de manera decisiva en la atención médica de urgencias. Existe coincidencia en que la autonomía del paciente consciente y orientado debe ser respetada, aunque surgen diferencias en la manera de abordarlo: algunos apelan al apoyo de salud mental para valorar la decisión (M1), otros lo enmarcan en términos legales e institucionales mediante documentos de rechazo a tratamientos (L1), mientras que otros destacan la influencia de los familiares (L2, M4).

También se reconoce el papel de factores culturales y educativos (M3) y, de forma específica, de las creencias religiosas (M4), que llegan a condicionar de forma radical la atención. En conjunto, se observa que, aunque el discurso médico busca sostener el principio de salvar la vida, este se ve tensionado por la autonomía subjetiva del paciente, la presión familiar, factores culturales y restricciones legales, generando escenarios donde el criterio clínico debe ceder frente a determinantes externos.

Las respuestas evidencian de forma general en que la escucha del paciente en situaciones de urgencia es importante y debería estar presente. Sin embargo, se contrasta una visión más humanista, que resalta la necesidad de generar confianza, explicar procedimientos y contener tanto al paciente como a sus familiares (L1, L2, M1), con una visión más limitada por el sistema, donde el tiempo reducido y el volumen de pacientes restringen la posibilidad de una escucha profunda (M2, M3). Mientras M2 y M3 señalan que los protocolos y escalas de triaje priorizan la objetividad sobre la subjetividad, M4

enfatisa la necesidad de escuchar para discernir correctamente lo que el paciente intenta comunicar.

En síntesis, aunque se reconoce que la escucha tiene un rol relevante en la atención de urgencia, en la práctica cotidiana esta se ve tensionada entre el discurso médico-institucional, centrado en protocolos y gestión, y un discurso más humanista, que intenta dar lugar a la subjetividad del paciente y su entorno.

Existe una relación entre que el vínculo con el paciente es fundamental en el contexto de la urgencia, tanto para generar confianza como para asegurar la adherencia al tratamiento y facilitar un mejor diagnóstico. Sin embargo, se observan diferencias en la forma de conceptualizarlo: algunos lo entienden desde una dimensión más humanista y afectiva, donde el médico o enfermero asume un rol de acompañamiento cercano frente a la desorientación del paciente (L1, L2), mientras otros lo plantean desde una dimensión más operativa, en la que el vínculo impacta en la efectividad clínica y la calidad del diagnóstico (M2, M3, M4).

También se reconocen las limitaciones estructurales y clínicas: el tiempo reducido en emergencias, el estado crítico de los pacientes en UCI (M1), la influencia de los familiares (L2, M4) y la información externa (L2).

En síntesis, aunque todos coinciden en que el vínculo es vital, la tensión surge entre la intención de establecerlo y las condiciones reales del sistema hospitalario que dificultan su desarrollo adecuado.

Las respuestas muestran que el abordaje psicológico o emocional del paciente en urgencia es fundamental para la atención clínica, especialmente porque influye en la aceptación de tratamientos, el apego a la hospitalización y la confianza en el equipo médico.

Sin embargo, existen matices en su aplicación: para algunos, este abordaje es dificultoso cuando el paciente no está consciente y estable (M1), mientras que otros lo consideran relevante de manera transversal para sostener la dimensión emocional y fomentar la adherencia (L1, M2, M3).

Asimismo, mientras L1 lo entiende en términos de escucha y acompañamiento emocional, M2 lo enfoca como técnicas de persuasión y M3 como estrategia relacional para lograr mayor comprensión.

Finalmente, M4 introduce la visión institucional, señalando que este abordaje no depende solo del médico, sino que requiere la articulación con psicología y trabajo social en casos complejos como adultos mayores o pacientes críticos. En síntesis, todos reconocen su importancia, pero difieren en cuándo, cómo y quiénes deben implementarlo.

Tabla 6: Contraste de respuestas por pregunta, dirigidas a 4 psicólogos (P1, P2, P3, P4)

Objetivos	Pregunta	Respuestas
<p>Explorar cómo el discurso médico define y aborda la urgencia subjetiva en áreas clínicas hospitalarias.</p>	<p>¿Cómo se diferenciaría una urgencia médica de una urgencia subjetiva?</p>	<p>P1: Distingue la urgencia médica como objetiva, con sintomatología clínica, frente a la urgencia subjetiva entendida como la percepción del paciente. P2: La entiende como crisis sin palabra, que requiere otra lectura. P3: Señala que la urgencia médica se comprende desde lo biológico y lo diagnosticable, mientras que la subjetiva se expresa como un punto de ruptura en el sujeto.</p>
	<p>¿Cómo percibe que el equipo médico conceptualiza la urgencia subjetiva en el hospital?</p>	<p>P1: Plantea que puede identificarse a través de las reacciones emocionales del paciente, especialmente durante las visitas médicas. P2: Reconoce que el equipo médico sí toma en cuenta la urgencia subjetiva, aunque de forma problemática.</p>
<p>Identificar el lugar que ocupa la escucha clínica en el tratamiento de pacientes en situaciones de urgencia subjetiva dentro del dispositivo hospitalario.</p>	<p>¿Ha notado que las demandas emocionales del paciente influyan en las decisiones clínicas en situaciones de urgencia?</p>	<p>P1: Señala que, aunque la decisión médica no puede basarse únicamente en el miedo del paciente, sus demandas sí generan la necesidad de apoyo del equipo multidisciplinario, especialmente psicología, para trabajar la adherencia.</p>

		<p>P2: Indica que la falta de información al paciente genera crisis emocionales que afectan sus decisiones clínicas.</p> <p>P3: Reconoce que ocasionalmente las demandas emocionales, por su tono o actos, influyen y requieren ser escuchadas.</p>
	<p>¿Hace falta darle voz al paciente?</p>	<p>P1: Afirma que en toda institución el paciente tiene voz, aunque depende de la ética y empatía del personal.</p> <p>P2: Reconoce que, aunque debería, muchas veces el sistema la limita o la desvía (“vaya con el psicólogo”).</p> <p>P3: Señala que no se trata solo de hablar, sino de la calidad de la escucha, retomando la perspectiva foucaultiana.</p> <p>P4: Coincide en que los pacientes tienen “voz de voto” para aceptar o rechazar procedimientos.</p>
	<p>¿Qué estrategias utiliza o como lo hace?</p>	<p>P1: Plantea brindar un espacio seguro, confidencial y de escucha, validando emociones y reduciendo síntomas de angustia.</p> <p>P2 y P3: Comparten la idea de que el psicoanálisis se diferencia porque no se centra en imponer un saber, sino en alojar al sujeto en su singularidad, respetando lo que moviliza en cada uno.</p> <p>P4: Coincide en crear un espacio privado y propio para que el paciente pueda expresarse libremente.</p>

		<p>Todos coinciden en que la operación del psicoanálisis no se reduce a protocolos o diagnósticos, sino que introduce otra lógica: la de la escucha, el alojamiento y el respeto por la singularidad subjetiva.</p>
<p>Analizar las tensiones que aparecen en la práctica clínica entre las intervenciones basadas en el discurso médico y aquellas que consideran la subjetividad del paciente.</p>	<p>¿Al tratarse de una institución hospitalaria que lugar cree que ocupa el que hacer psicológico en ella?</p>	<p>P1: Considera fundamental porque el paciente no solo presenta síntomas físicos, sino también subjetivos. P2: Coloca como “voz” del sujeto, en una posición singular de escucha P3: Señala que muchas veces la función se reduce a tareas burocráticas (bitácoras, informes). P4: Ubica como parte esencial del equipo multidisciplinario y de los protocolos de atención.</p>
	<p>¿Ha tenido que hacerse lugar en la institución?</p>	<p>P1: Indica que muchos médicos desconocen la función del psicólogo y es necesario sociabilizar el rol. También mmenciona que son pocos los médicos que entienden la intervención psicológica. P2: Reconoce que sí hay que hacerse lugar, incluso con “cintura política”, porque la institución tiende a subordinar al psicólogo y señala que los médicos suelen sostener un discurso jerárquico (“discurso del amo”), colocando al psicólogo en una posición subordinada. P3: Propone un lugar simbólico: construir un intersticio que no sofoque el deseo frente a la exigencia institucional del “deber hacer”.</p>

		<p>P4: Afirma que el psicólogo debe demostrar con su trabajo que es parte integral del equipo, ya que no siempre se le reconoce.</p>
	<p>¿Ha encontrado resistencia por parte de otros profesionales al priorizar la dimensión subjetiva en urgencias?</p>	<p>P1: Identifica cierta resistencia, principalmente por desconocimiento y falta de familiaridad con el rol del psicólogo. P2: No lo llama resistencia, pero sí identifica actitudes de patologización (“el paciente está loco”), lo que implica un rechazo simbólico a la dimensión subjetiva. P3: Indica que más que resistencia, lo que ocurre es una delegación de lo que no encaja en el discurso médico a los psicólogos. P4: Confirma que algunos médicos muestran irritación y rechazo hacia la expresión emocional del paciente, aunque reconoce que otros sí muestran apertura.</p>
	<p>¿En su experiencia laboral, cree que alguna cooperación o intervención médica, influyo en el tratamiento de un paciente en situación de urgencia subjetiva?</p>	<p>P1: Considera que sí influye, ya que el malestar clínico pesa, pero también la escucha y la experiencia terapéutica permiten al psicólogo aportar en decisiones. P2: Reconoce que la intervención médica puede abrir la puerta a lo subjetivo, cuando algún médico capta que hay algo más allá de lo orgánico. P3: Señala que las palabras del médico siempre tienen un peso en el paciente, pues representan un saber; y que el trabajo en equipo</p>

		favorece efectos terapéuticos rápidos. P4: Coincide en que la intervención médica puede contener el malestar emocional inicial, generando condiciones para la intervención psicológica.
--	--	--

Las respuestas a la pregunta ¿Cómo se diferenciaría una urgencia médica de una urgencia subjetiva?: muestran cierta igualdad en diferenciar la urgencia médica como un fenómeno **objetivo y clínico**, basado en la sintomatología física y en criterios diagnósticos, frente a la urgencia subjetiva, entendida como un fenómeno **subjetivo**, ligado a la percepción, a la crisis sin palabra o al punto de ruptura en el sujeto.

Sin embargo P1 ofrece una distinción básica entre lo físico y lo percibido, P2 introduce una tensión conceptual entre la terminología médica (urgencia/emergencia) y la lectura psicoanalítica, y P3 aporta una argumentación más amplia, planteando que la urgencia médica se inscribe en lo biológico o en la adherencia al tratamiento, mientras que la subjetiva corresponde a los afectos singulares correspondientes a sus patologías o situaciones que exigen cierta demanda de lectura, a la cual el psicoanálisis brinda su función interpretativa.

En conjunto, se destaca una coincidencia general en que la urgencia médica opera en el plano de lo objetivo y lo protocolario, mientras que la urgencia subjetiva abre un campo de lo singular, de lo no medible, cuya diferencia destaca en la forma en que cada discurso (el médico y el psicoanalítico) aborda la situación del paciente.

Con respecto a la pregunta: ¿Cómo percibe que el equipo médico conceptualiza la urgencia subjetiva en el hospital? Ambos entrevistados coinciden en que la urgencia subjetiva es reconocida en el contexto hospitalario, pero también en que su abordaje resulta limitado. Para P1, se evidencia principalmente en las reacciones emocionales del paciente durante la interacción con el médico, lo que muestra que no siempre se verbaliza, sino que puede leerse en los gestos y actitudes. P2, en cambio, ofrece una mirada

más crítica, señalando que, aunque el equipo médico reconoce la urgencia subjetiva, existe un uso inadecuado: cuando los datos clínicos no encajan de inmediato, se tiende a derivar rápidamente a psicología, lo cual provoca que se descuiden exploraciones orgánicas.

Las respuestas de la pregunta: ¿Ha notado que las demandas emocionales del paciente influyen en las decisiones clínicas en situaciones de urgencia? coinciden en señalar que las demandas emocionales del paciente pueden influir en las decisiones clínicas durante la urgencia, aunque esta influencia se da de formas distintas. Para P1, las emociones no sustituyen el criterio médico en la toma de decisiones, pero sí obligan a un abordaje interdisciplinario donde la psicología juega un rol central en favorecer la adherencia y el consentimiento. P2 enfatiza un problema estructural: la tendencia de algunos médicos a ocultar el diagnóstico al paciente y comunicarlo solo a los familiares, lo que genera incertidumbre e irritabilidad que terminan influyendo negativamente en las decisiones del paciente.

Por su parte, P3 reconoce de manera concisa que las demandas emocionales pueden tener peso cuando se expresan con suficiente intensidad. En conjunto, los tres coinciden en que las emociones del paciente no pueden ser ignoradas, pues, aunque no sustituyen el juicio clínico, sí impactan en la dinámica de la decisión médica.

Las respuestas de la pregunta: ¿Hace falta darle voz al paciente? Coinciden en que, en principio, el paciente sí tiene voz dentro de la institución médica, pero también subrayan que su ejercicio está condicionado por múltiples factores. P1 lo vincula a la ética y empatía del personal, mientras P2 critica que el sistema hospitalario tiende a silenciar al paciente o derivarlo al psicólogo sin un espacio real de escucha. P3 aporta una mirada más conceptual, recordando que no basta con permitir hablar al paciente, sino que es necesario interrogar ¿qué se escucha en esa palabra? Finalmente, P4 destaca que, aunque el paciente tiene voz para decidir sobre tratamientos y procedimientos, la automatización y los tecnicismos de la atención hacen que muchas veces no comprenda lo que se le comunica, limitando el valor de esa voz. En conjunto, las respuestas muestran un consenso en que la voz del paciente existe formalmente, pero está amenazada por las lógicas

institucionales de rapidez, tecnicismo y objetividad. Lo que genera tensiones con la necesidad de preservar la subjetividad en la urgencia hospitalaria.

Las respuestas de la pregunta: ¿Qué estrategias utiliza o como lo hace?

Muestran cierta coincidencia en que la función del psicoanálisis en el ámbito hospitalario frente a la urgencia, consiste en ofrecer un espacio distinto al del discurso médico, donde se aloje la palabra del paciente y se preserve su subjetividad. Para algunos, esta tarea se traduce en un enfoque relacional, el que consiste generar un espacio seguro, privado y confidencial donde el paciente pueda expresar su malestar y disminuir la angustia (P1, P4). Para otros, implica una reflexión más institucional y crítica: ocupar una posición “*éxtima*”, a la vez dentro y fuera de la institución, para no quedar absorbido por su lógica (P2), o practicar desde la “*docta ignorancia*”, evitando orientar al sujeto hacia un ideal normativo de bienestar y sosteniendo su singularidad (P3).

En conjunto, el contraste evidencia que, mientras unos destacan la dimensión práctica y relacional del psicoanálisis en el hospital, otros subrayan su dimensión ética y epistémica, ambas necesarias para que el psicoanálisis opere sin diluirse en el discurso médico ni perder su especificidad.

Las respuestas de la pregunta: ¿Al tratarse de una institución hospitalaria que lugar cree que ocupa el que hacer psicológico en ella? Coinciden en reconocer que el quehacer psicológico tiene un lugar importante en la institución hospitalaria, pues aporta una dimensión que complementa la atención física del paciente y abre un espacio para la subjetividad. Sin embargo, difieren en la manera de valorar ese lugar.

Para P1, se trata de un rol clínico que asegura la integridad del abordaje; para P4, el psicólogo es parte esencial del equipo multidisciplinario, aunque en la práctica su importancia aún no es plenamente reconocida por todos los profesionales. P2 introduce una perspectiva ética y crítica, situando al psicólogo en el lugar del “*éxtimo*”, entre dentro y fuera de la institución, dando voz al sujeto frente a la lógica médica. Por su parte, P3 ofrece una visión más crítica hacia el funcionamiento institucional, en el que el quehacer psicológico tiende a ser reducido a tareas burocráticas, perdiendo así su especificidad clínica.

Las respuestas de la pregunta: ¿Ha tenido que hacerse lugar en la institución? Coinciden en que el psicólogo debe hacerse un lugar dentro de la institución hospitalaria, ya que su rol no está plenamente reconocido por el personal médico ni por la dinámica institucional. P1 y P4 destacan la importancia de mostrar y difundir sus funciones, ya sea a través de la formación de pasantes o mediante el trabajo cotidiano con los pacientes. P2 enfatiza las tensiones que genera el discurso médico, que tiende a jerarquizar al psicólogo como subordinado, obligándolo a negociar con “postura política” para sostener su lugar en el equipo. P3 ofrece una lectura más teórica, planteando que el lugar del psicólogo debe pensarse como un *intersticio* donde se sostenga el deseo, sin ser absorbido por la lógica burocrática del “deber hacer”.

En conjunto, estas perspectivas muestran que el psicólogo se enfrenta a una tensión constante: legitimar su función en la práctica clínica y al mismo tiempo resistir las lógicas jerárquicas e institucionales que buscan reducir su rol.

Las respuestas de la pregunta: ¿Ha encontrado resistencia por parte de otros profesionales al priorizar la dimensión subjetiva en urgencias? Muestran que la resistencia hacia la dimensión subjetiva en **urgencias** existe, pero no siempre se presenta de manera frontal. Para algunos, como P1, esta resistencia proviene del desconocimiento y la falta de familiaridad del personal de salud con la importancia del rol psicológico. P2 reconoce que, si bien se deriva al psicólogo.

Muchas veces esto se hace con un estigma patologizante, reduciendo la subjetividad a un signo de locura. P3 aporta una lectura más estructural, sugiriendo que lo que no encaja en el discurso científico es simplemente delegado al psicólogo, sin mayor cuestionamiento. P4, en cambio, enfatiza las diferencias individuales entre médicos: algunos muestran apertura y sensibilidad, mientras otros reaccionan con irritación o rechazo frente al sufrimiento emocional del paciente.

Por último, Las respuestas a la pregunta: ¿En su experiencia laboral, cree que alguna cooperación o intervención médica, influyo en el tratamiento de un paciente en situación de urgencia subjetiva? Coinciden en que la intervención médica sí influye en el tratamiento de pacientes en situación de

urgencia subjetiva, aunque de diferentes maneras. Para P1, esta influencia se da en el equilibrio entre el malestar clínico y subjetivo, donde la escucha psicológica aporta en la toma de decisiones médicas.

P2 destaca que, en algunos casos, ciertos médicos reconocen que lo subjetivo excede lo orgánico, y esta apertura facilita la intervención analítica, aunque reconoce que son pocos los que lo hacen. P3 va más allá al señalar que las palabras del médico siempre tienen un impacto en el paciente, ya que encarna una figura de saber, y que un trabajo interdisciplinario intensifican los efectos terapéuticos. P4, por su parte, pone el acento en que la atención médica inicial ayuda a contener la angustia, preparando el terreno para la intervención psicológica posterior.

En conjunto, estas perspectivas muestran que la cooperación médica puede ser un facilitador del trabajo subjetivo, ya sea al generar contención, abrir la puerta a lo no orgánico, influir con su palabra o permitir un trabajo en equipo; aunque persiste la variabilidad según la sensibilidad y la disposición del personal médico.

CONCLUSIONES

La investigación permitió visibilizar que las tensiones entre el discurso médico y el discurso del analista en el abordaje de la urgencia hospitalaria, emergen principalmente, del contraste entre la objetividad protocolaria y la subjetividad singular. El discurso médico, guiado por criterios clínicos, diagnósticos y protocolos de inmediatez, dan más importancia a la atención biológica y a la gestión de recursos. En cambio, el discurso del analista sostiene la necesidad de abrir un espacio para la palabra y el malestar subjetivo del paciente, aun en contextos donde predomina la presión asistencial.

Estas tensiones se expresan tanto en la diferencia conceptual (urgencia entendida como riesgo vital vs. urgencia subjetiva como crisis singular), como en la práctica institucional, donde el psicólogo debe negociar constantemente su lugar frente a un sistema que prioriza lo orgánico y lo medible.

Los resultados muestran que el discurso médico entiende la urgencia como un estado clínico objetivo que exige intervención inmediata. Esta definición se sostiene en parámetros biomédicos (alteraciones bioquímicas, hemodinámicas, respiratorias), en clasificaciones internacionales como el triaje de Manchester, la cual predomina en esta institución.

Sin embargo, existen variaciones en los criterios temporales y de gravedad (minutos, horas o hasta 24 horas) y en el peso otorgado a la gestión de recursos hospitalarios. En todos los casos, el abordaje médico privilegia la inmediatez y el control de riesgo vital, configurando un discurso centrado en la biología y la eficiencia institucional.

La noción de “urgencia subjetiva” resulta casi desconocida para el personal médico, lo cual evidencia la brecha conceptual entre ambos discursos. Para los analistas, el lugar se sostiene en dar cabida a la palabra, alojar las manifestaciones emocionales y trabajar con lo singular que excede los protocolos. Este lugar se describe como “éxtimo” (dentro y fuera de la institución), como lo menciona el psicólogo P2 del hospital 2, o como una práctica desde la *docta ignorancia*, mencionada por la psicóloga P1 del hospital 1 resistiendo a la reducción burocrática del rol. En la práctica, los

psicólogos reconocen que deben legitimar constantemente su función, ya sea mostrando resultados clínicos o resistiendo la tendencia institucional a reducirlos a tareas administrativas.

Las tensiones más claras aparecen en la definición de urgencia: objetiva/protocolaria para el médico vs. subjetiva/singular para el analista; el tiempo asistencial: la presión por inmediatez limita la escucha subjetiva; la autonomía del paciente: los médicos buscan salvar la vida, pero se ven tensionados por la negativa del paciente, las decisiones familiares o creencias religiosas, donde la psicología aporta una mediación interpretativa; El reconocimiento del rol: los médicos tienden a desconocer o subestimar la función del psicólogo, generando resistencias explícitas (rechazo de la subjetividad) o implícitas (derivar todo lo “no orgánico” a psicología).

No obstante, también se evidencian puntos de complementariedad: la intervención médica puede contener y abrir el terreno para la intervención psicológica, las palabras del médico tienen un efecto subjetivo inevitable, y los equipos multidisciplinarios favorecen un abordaje más integral, donde se articula lo objetivo y lo subjetivo.

Los resultados muestran que el psicoanálisis aporta un contrapunto necesario al discurso médico: rescata la voz del paciente, preserva la subjetividad frente a la estandarización y propone espacios de escucha que permiten tramitar el exceso de angustia que se presenta en la urgencia subjetiva. Este aporte se traduce en mayor adherencia a tratamientos, confianza en el equipo, y apertura para que el paciente no quede reducido a su diagnóstico orgánico.

Además, la implementación de entrevistas en distintos hospitales, dirigidas específicamente a los integrantes del área de la salud, permitió introducir una nueva perspectiva respecto al discurso médico y a su influencia en la práctica profesional. Esta mirada invita a deconstruir la figura del médico dentro de la institución pública.

Con frecuencia se habla de la visión objetiva del discurso médico: el énfasis en los datos cuantificables y medibles, y las formas de atención frías, carentes de empatía, que se centran en esclarecer un diagnóstico, dejando de lado la angustia subjetiva que dicho diagnóstico puede generar. Estas vivencias y creencias recaen directamente sobre la figura del médico, quien

retrospectivamente no es más que un colaborador dentro de la institución. Sin embargo, en el imaginario social, se lo percibe como el “amo” de los dispositivos hospitalarios.

Los diálogos recabados en las entrevistas permiten advertir que el verdadero “amo” oculto tras la verdad del discurso médico no es el profesional en sí, sino la propia institución, con sus marcos rígidos y, muchas veces, hostiles para el sujeto del inconsciente. El médico ejerce su práctica solo en la medida en que la institución se lo permite. De allí se desprende la importancia de establecer valores institucionales que no solo respalden el diagnóstico médico, sino que también promuevan el acogimiento de lo singular, abriendo espacio a la subjetividad del paciente en el contexto hospitalario.

Sin embargo, los psicólogos deben constantemente hacerse lugar en la institución, enfrentando resistencias y luchando contra la burocratización de su quehacer. Su función se vuelve, por tanto, doble: clínica (alojar la palabra en la urgencia) e institucional (resistir la reducción burocrática), aportando un equilibrio necesario para que la urgencia hospitalaria no extinga la dimensión subjetiva y la ética psicoanalítica.

RECOMENDACIONES

Incorporar la dimensión subjetiva en los protocolos hospitalarios de urgencia, donde se reconoce que el sufrimiento psíquico también constituye una urgencia y debe ser atendido de manera complementaria al abordaje médico; de este modo, el tratamiento de la urgencia se concibe como una herramienta que apunta a crear una demanda que empiece un proceso de subjetivación del sujeto, quien antes se encontraba capturado por el puro goce. Sólo así se abre la posibilidad de iniciar una experiencia analítica, siempre y cuando tanto el paciente como la institución lo permitan.

Fortalecer el trabajo interdisciplinario entre médicos, psicólogos clínicos y otros profesionales de la salud, promoviendo espacios de diálogo que integren la visión biomédica con la escucha clínica.

Capacitar al personal hospitalario en el reconocimiento de signos de urgencia subjetiva y en la importancia de la escucha, para favorecer un trato más humano y sensible hacia los pacientes.

Generar políticas institucionales que respalden la intervención del psicólogo clínico en las áreas de urgencia, asegurando que su presencia no sea secundaria, sino parte integral del dispositivo hospitalario.

REFERENCIAS

- Alfaro, L. S., & Baldi, B. (2021). Interconsulta hospitalaria: una mirada psicoanalítica. En *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXVIII Jornadas de Investigación, XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional, III Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-012/406>
- Almazán Guevara, R. (s. f.). *El paradigma interpretativo*. [Documento académico].
- Bassols i Puig, M. (2016). *El cuerpo hablante y sus estados de urgencia*. *Freudiana: Revista psicoanalítica*, (76), 23–34.
- Bracher, M., Alcorn, M. W., Corthell, R. J., & Massardier-Kenney, F. (Eds.). (1994). *Lacanian theory of discourse: Subject, structure, and society*. New York: New York University Press.
- Cosentino, M. A., & Muñoz, P. D. (2017). Del filósofo al santo: Consideraciones acerca del goce en *El reverso del psicoanálisis*. *Anuario de Investigaciones*, 24, 79–87. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Dasuky Quiceno, S. A. (2010). El discurso del amo: de Hegel a Lacan. *Escritos*, 18(40), 100–124. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Dialnet-EntreElPsicoanalisisYLaInstitucion-8171597[1].pdf
- Etymologías de Chile. (s. f.). *Urgencia*. <https://etimologias.dechile.net/?urgencia>
- Fernández, A. M. (2007). *Lógicas colectivas. Sujetos, políticas, instituciones*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Formé Medical Center. (2024, 17 de julio). *Learn to differentiate between medical emergency and urgency*. Formé Medical Center. <https://formemedicalcenter.com/blog/learn-to-differentiate-between-medical-emergency-and-urgency/>
- Foucault, M. (1963/2003). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (3.ª ed.). México: Siglo XXI Editores.

- Guirao Goris, S. J. A. (2015). *Utilidad y tipos de revisión de literatura*. *Ene – Revista de Enfermería*, 9(2). <https://doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). (2020). *Manual del proceso de consulta externa* (Versión 1.0, Cód. PS-P02). Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, Subdirección Nacional de Provisión de Servicios del Seguro de Salud.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2025, mayo 6). *Triaje de Manchester define tiempo de espera para atención médica*. IESS. [Triaje de Manchester define tiempo de espera para atención médica - Noticias - IESS](#)
- Kaës, R., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R., & Vidal, J.-P. (1989). *La institución y las instituciones: Estudios psicoanalíticos* (M. Vasallo & R. Alcalde, Trads.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1987)
- Lacan, J. (1987). *Escritos 1* (T. Segovia, Trad.). Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1945).
- Lacan, J. (1992). *El seminario, libro 17: El reverso del psicoanálisis (1969-1970)* (J.-A. Miller, Ed.; E. Berenguer & M. Bassols, Trads.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1975)
- Laurent, É. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Editorial Tres Haches.
- Lexis S.A. (Comp.). (2001). *Ley de Seguridad Social* (Ley No. 55, Registro Oficial Suplemento 465, 30 de noviembre de 2001; última modificación 1 de noviembre de 2022). Quito, Ecuador: Lexis S.A.
- Mazzuca, R. (2020). *Vicisitudes de la dupla de lo unario y lo uniano: El Seminario 17 de Jacques Lacan*. *Anuario de Investigaciones*, 27, 293-296. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Reglamento para la atención integral y en red*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Acuerdo Ministerial N.º 0091: Norma técnica para la derivación de pacientes a la red complementaria del Sistema Nacional de Salud*. Registro Oficial N.º 25. <https://www.salud.gob.ec>

- Ochoa De La Maza, M. S., López Bertella, C., Varela Rozados, M., Moreno, V. A., Soliani, A., Lubo, F., Morales, C., & Girano, M. F. (2018). *Clínica de la urgencia subjetiva*. En X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-122/501>
- Ochoa-Pachas, J., & Yunkor-Romero, Y. (2020). El estudio descriptivo en la investigación científica. *Universidad Autónoma del Perú*.
- Padrón, M. E. (2024). Trayectorias del psicoanálisis en instituciones de salud. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 24, 125-130. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Piza Burgos, N. D., Amaiquema Márquez, F. A., & Beltrán Baquerizo, G. E. (2019). *Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias*. Conrado, 15(70), 455–459. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000500455
- Real Academia Española. (2025). *Urgencia*. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). <https://dle.rae.es/urgencia>
- Rodríguez-Gómez, R. (2023). *Investigaciones cualitativas en salud pública publicadas en revistas biomédicas colombianas entre el 2011 y el 2021*. **Biomédica**, 43(1), 69–82. <https://doi.org/10.7705/biomedica.6476>
- Roudinesco, É. (1993). *La batalla de cien años. Historia del psicoanálisis en Francia (1925-1985)* (Vol. 2, Trad. A. E. Guyer). Madrid: Editorial Fundamentos. (Trabajo original publicado en 1986).
- Seldes, R. (2011). *La urgencia dicha*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Seldes, R. (2013). *La urgencia en psicoanálisis: clínica y dirección de la cura*. Letra Viva.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia* (1.^a ed.). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2009). *Perspectiva de la clínica de la urgencia subjetiva*. Olivos, Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sotelo, I. (2015). *DATUS: Dispositivo Analítico para el Tratamiento de Urgencias Subjetivas*. Olivos, Buenos Aires: Grama Ediciones.

- Wood, L. (s.f.). *Psicoanálisis y salud mental: Lazos en la construcción de un campo de saber*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-015/869.pdf>
- World Health Organization. (2023, 3 de octubre). *Emergency care*. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/emergency-care>
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2010). *Reglamento para atención de salud integral y en red de los asegurados* (Resolución C.D. 308). Registro Oficial Suplemento 173, 16 de abril de 2010. Última modificación: 22 de noviembre de 2011.
- Quiceno, S. A. D., & López Vélez, L. M. (2019). *Cultura contemporánea: ciencia y capitalismo, la cuestión de la subjetividad*. *Tempo Psicanalítico*, 51(1), 288–309. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382019000100013

ANEXOS

Entrevistas psicólogos

Hospital 1

P1

Entrevistador: Entonces, antes que nada, quisiera preguntarle si es que me podría hablar sobre la urgencia subjetiva. ¿Usted qué reconoce como una urgencia?

P: Subjetiva. Una urgencia subjetiva. Es la forma en cómo el paciente percibe su salud, ¿ok? O sea, en cuanto a la parte de las emociones, ¿no? Por ejemplo, lo que genera su enfermedad en cuanto a miedo, angustia, ansiedad. Eso es como la urgencia subjetiva del paciente. Cómo percibe él y lo que genera, las reacciones que genera cuando se trata de alguna enfermedad.

Entrevistador: Entonces, a raíz con esta primera pregunta, quisiera preguntar, ¿cómo percibe que el equipo médico conceptualiza la urgencia subjetiva en el hospital?

P: Es a través de las reacciones emocionales que pueda el paciente expresar o pueda hacer notar durante, por ejemplo, las visitas, ¿no? Los pasos de visitas que tiene el médico para que pueda ver que hay una urgencia subjetiva. El médico sea que el paciente lo expresa, tengo miedo o hay una negación con respecto a una intervención. O sea, que encuentra al paciente llorando o expresa que hay dificultades para dormir, ¿no? O sea, es lo que observa el médico en cuanto al malestar **subjetivo que pueda** presentar el paciente. Y una vez que esto lo nota, pues ahí es donde interviene el servicio, ¿no? Y el trabajo en equipo que debe haber en una institución de salud.

Entrevistador: Claro. Segunda pregunta, ¿cómo se diferencia una urgencia médica de una urgencia subjetiva?

P: La urgencia médica es la parte, es esa parte real un poco que está afectando la salud del paciente. O sea, porque hay síntomas, ¿no? O sea, hay sintomatología, hay dificultad respiratoria, hay una necrosis, hay dolor, ¿no verdad? O sea, esa es la urgencia más objetiva diría yo, ¿no? Porque hay una sintomatología física, clínica. La urgencia subjetiva es eso que te decía, ¿no? Cómo percibe el paciente a su enfermedad, ¿no verdad? Sea porque ha generado miedo, angustia, ansiedad, dolor inclusive, físico. Ok. Pero es cómo percibe el paciente. Ya. Un poco vendría a ser entonces desde la perspectiva de usted, cómo acogen los síntomas. Porque una cosa es sentir, una cosa es como vivir el síntoma en lo real, como usted dice. Pero otra cosa es cómo lo acogen ellos adentro del hospital. Así es. Incluso no sé si tú te acuerdas o lo que tú has visto aquí en las prácticas, al menos en los niños más que todo, cómo refieren tener mucho dolor, ¿no verdad? Y tú los ves y te hablan y te lo expresan con calma, ¿no? Pero ellos dicen tengo mucho dolor. Entonces esa es la forma en cómo ellos perciben a esa molestia, ¿no?

Entrevistador: Ok. Como tercera pregunta, ¿ha notado que las demandas emocionales del paciente influyan en las decisiones clínicas en situaciones de urgencia?

P: A ver, no sé si es que influyen porque cuando se trata de una condición de salud que puede afectar la vida de un paciente, el médico no va a basar su intervención o su decisión clínica porque el paciente tiene miedo. No lo puede hacer porque estamos hablando de que el médico, su objetivo o su función es de salvar vidas, ¿no? Y de aliviar el malestar clínico de un paciente. Entonces no sé si influye, pero sí más bien creo yo que ahí es donde interviene mucho el trabajo en equipo, ¿ya? El trabajo multidisciplinario porque si digamos que el paciente, y no sé si has estado en el área de vascular, el paciente requiere de una amputación, el médico, claro, respeta mucho. Si el paciente se niega, el médico lo respeta porque no pueden hacer una intervención sin el consentimiento del paciente. Pero ahí también interviene psicología porque el médico sabe que esa decisión, digamos, que si el paciente se niega es contraproducente, pues llama al servicio de psicología para trabajar mucho en esta parte de la adherencia y de por qué es necesaria una intervención

quirúrgica. Pero no puede tomar el médico o basar sus decisiones clínicas porque el paciente tiene miedo o está angustiado. Entonces, no pues, no lo podría hacer. Respetaría cualquier decisión, sí, pero no puede basarse netamente en eso. Podría ser que no sea considerado ético también. Exactamente, hablando desde la ética profesional por parte del médico, claro que sí, pues no puede basarse solamente en el miedo o en la ansiedad del paciente. Y así, si hay la parte de la negación, ahí es otra cosa. O sea, ya tiene que ver mucho con respetar la decisión del paciente.

Entrevistador: Ok. La siguiente pregunta, entonces, bajo la respuesta que me acaba de desarrollar, ¿hace falta darle una voz al paciente en este tipo de contextos o solo inclinarse un poco a tratar de manipular la patología o la situación en caso de emergencia?

P: O sea, el paciente tiene voz. En toda institución de salud tiene voz. Depende mucho del personal de salud que trabaje mucho en eso, ¿no? ¿Verdad? En respetar lo que expresa el paciente, en validar lo que piensa y lo que siente el paciente. Entonces, depende mucho de la ética profesional, del personal médico, de la empatía que pueda tener el personal médico con respecto a esta relación médico-paciente. Pero tiene voz, claro.

Entrevistador: Entonces, ¿cómo puede ser estas estrategias?

P: Es crear realmente esta demanda por parte del servicio, de brindar un espacio al paciente, un espacio de escucha, un espacio que sea seguro, confidencial, dependiendo del caso, donde se valide las emociones que está presentando el paciente y se busque disminuir un poco la sintomatología ansiosa o de angustia que esté presentando. Pero es crear este espacio, y los médicos no lo van a hacer. Es uno mismo quien tiene que hacerlo como profesional de la salud mental. Crear este espacio.

Entrevistador: La siguiente pregunta, al tratarse de una institución hospitalaria, ¿qué lugar cree usted que ocupa el quehacer psicológico en ella?

P: No, pues tiene un valor muy importante. En toda institución de salud debe haber un manejo integral con el paciente, porque en el paciente no solamente hay sintomatología física y clínica... con respecto al manejo o la intervención del servicio de psicología en una institución. También tiene mucho que ver con la ética profesional de cada médico o personal de salud. Pero ahí es donde, como profesionales, como psicólogos, tenemos que hacer que se valore un poco.

Entrevistador: ¿Ha tenido que hacerse lugar en hospital?

P: Bueno, ahí sí influye mucho del profesional. En este caso, del servicio de psicología. Y yo siempre doy este ejemplo, la verdad, a los pasantes, a los que vienen acá. Cuando yo vine a este hospital, que era nuevo prácticamente, yo entré casi cuando recién lo abrieron, nadie del personal médico no conocían cómo era la intervención de un psicólogo en una institución de salud. Eran poquísimos los que sabían. Entonces, cuando yo entré aquí, al área de emergencias, no sabían qué casos tendrían que pasar por psicología, no sabían realmente qué función era la que íbamos a emplear, porque para muchos médicos solamente en un hospital se trabaja la parte física, la parte clínica. Entonces, ahí es donde viene un poco el qué hacer de cada psicólogo. O sea, cómo puedes tú ofertar y sociabilizar tus funciones y tu rol dentro de un hospital.

Entrevistador: Me parece curioso esa perspectiva que tiene, él de no solamente generar la demanda en el paciente, sino también al equipo médico.

P: Al equipo, claro que sí. Y eso, todo psicólogo que va e inicia en una institución de salud, tiene que crear ese espacio, tiene que fortalecer mucho ese enlace que tiene que haber entre el equipo de salud médico con el equipo de salud mental, de psicología.

Entrevistador: ¿Ha encontrado resistencia por parte de otros profesionales al priorizar la dimensión subjetiva en urgencias?

P: Esa parte sí depende mucho también de nosotros. Si estás en una institución de salud, tienes que transmitir la importancia que tiene la atención de un psicólogo para un paciente. Incluso está para el personal de salud también. Entonces, sí, esa parte sí he visto resistencias. Pero es más, yo al menos, de lo que me ha tocado a mí, más tiene que ver con la poca información y están poco familiarizados. Aquí, por ejemplo, viene personal médico nuevo, y al menos en el área donde yo estoy, que es de emergencias, me doy cuenta. A ver, los que no tienen ni idea cómo pueden hacer un abordaje o cuándo entra a psicología es porque son nuevos, pero es porque no están familiarizados. Pero si yo voy al área de emergencias a los médicos que ya tienen bastante tiempo, ya todos saben, ok, aquí hay psicología, estos son los casos que tengo que llamar a psicología. Pero eso es algo que uno, al menos yo, he trabajado mucho.

Entrevistador: Y como última pregunta, en su experiencia laboral, ¿cree que alguna cooperación o intervención médica influyó en el tratamiento de un paciente en situación de urgencia subjetiva?

P: A ver, que haya influido, dices. Sí. O sea, a ver, ahorita lo que se me ocurre es depende de cómo esta condición de salud del paciente esté generando mucho malestar subjetivo. O sea, depende. Por ejemplo, los pacientes que vienen con una necrosis, ¿verdad? Hay mucho dolor, mucho dolor. Entonces, a veces es tan insoportable el dolor que refieren, yo prefiero que me amputen la pierna o el pie a seguir experimentando esto, ¿no? Entonces, ellos a veces, los pacientes toman estas decisiones, que claro que sí, son decisiones bastante drásticas, son decisiones que generan mucho miedo, angustia, ¿verdad? Impotencia. Pero el malestar clínico es como lo que pesa más, de alguna forma. Entonces, sí, sí creo que en ciertos casos sí influye. Lo entendí por ahí, no sé si es que tenga que ver. Claro.

Entrevistador: Tengo una misma pregunta que es, en cambio, al revés. Si cree, para esa salida de los médicos, si cree que la intervención de un psicólogo le ha ayudado a poder abarcar algún tipo de caso en situación de emergencia.

P: Entonces, es un poco por esto. O sea, por ejemplo, en algunos casos, al menos que tengan que ver con la parte cognitiva, ¿ya? Lo he visto yo en dos casos específicos, me acuerdo, en emergencias, por ejemplo, llega un paciente que era un niño, me acuerdo, era un niño que llegó, que las ideas no las podía englazar, no había mucha coherencia, ¿ya? Y claro, obviamente, cuando llega con el médico, el médico piensa, ah, eso es algo psicológico, es algo mental, el paciente tiene un cuadro psicótico, ¿no? Entonces, cuando comencé a ir, me hacen la interconsulta a mí, porque pensaron específicamente que esto era algo mental, ¿ok? Que algo que tenga que ver con la salud mental. Hicieron exámenes clínicos, pero no hicieron otros estudios. O sea, los iba a obviar el personal médico, no lo iba a hacer porque inmediatamente, por el discurso del paciente y lo que le refería el familiar, pensaron esto es algo mental. Cuando yo abordé al paciente, a mí algo me llamó la atención, de que era su lenguaje, la lengua como que la arrastraba, no sé, algo me llamó la atención. Y sí, es verdad, sí, yo confirmé que efectivamente no había un lenguaje coherente, pero más era porque como que no lo podía decir, ¿ya? verbalmente hablando. Entonces, le digo a la doctora, ¿sabe qué? Hay que descartar la parte cognitiva, hay que descartar la parte neurológica, perdón. Y cuando le hicieron el examen, tenía un tumor enorme a nivel cerebral. El niño, y es más, el neurológico de este niño va a morir en unos meses, porque le abarcaba gran parte del cerebro. Entonces, aquí sí, o sea, ahí tiene mucho que ver nuestra escucha terapéutica, la observación clínica, la experiencia que puedas tener también trabajando con estos pacientes, para poder también ayudar en la toma de decisiones con el equipo médico. Entonces, en este caso, pues, que te digo, se lo derivó, ¿no? Se lo derivó al paciente porque tenía, pues, un tumor. Entonces, ahí se trabajó fue con neurología específicamente. Entonces, sí, o sea, ahí es donde te digo esto de trabajar en equipo.

Entrevistador: Muy interesante su punto de vista, muchas gracias por su colaboración.

P: De nada.

Hospital 1

P2

Entrevistador: Entonces, antes que nada, para poder empezar la entrevista quisiera saber un poco desde su experiencia, qué usted puede denominar como una urgencia. Y si es que hay alguna diferencia entre la urgencia médica y la urgencia psicológica, o como está dicha en el proyecto, urgencia subjetiva.

P: Bueno, sí, sí hay una diferencia porque para el médico no es urgencia, es emergencia. Para nosotros una urgencia subjetiva es un paciente que llega a una crisis que no hay palabra. Y el contrario, para el psicoanálisis de esta manera, es pasar de la urgencia a la emergencia. Es decir, donde no hay palabra, pasar a que exista palabra. Y en el área médica, para ellos es la emergencia. Un momento en el cual el paciente llega, por eso tienen una escala, quizás creo que es la escala de Manchester, no me acuerdo, en el cual la emergencia es la roja. Entonces, comúnmente cuando hay una crisis, una urgencia subjetiva, no la ponen como una emergencia, sino lo ponen como en espera, que el paciente puede... Muchas veces lo que se tiene es que se le habla al área médica que un paciente es vulnerable, para que exista **una atención pronta, porque muchas veces llega, por ejemplo**, hay pacientes que llegan a consulta externa y que no están para un tratamiento por consulta externa, porque en entrevista se ven indicadores de una crisis muy fuerte, que hay acompañada de un riesgo suicida. Entonces hay que enviar por emergencia, porque hay que cumplir también como profesionales un flujo de un protocolo en el cual todo paciente que tenga un indicador moderado o alto de conducta de riesgo suicida, hay que mandarlo por emergencia, para ser valorado por psiquiatría y ver si amerita una internación, porque lo que indica, de cierta manera, ciertos protocolos como la OPS, el Instituto de Salud Pública, entonces hay que ser un poco cautos en eso, porque es un tema ya legal. O sea, antes de ser como evaluado por el tema psicológico, tiene que primero pasar por los protocolos para ser evaluado por la parte médica. Posteriormente. Primero se lo evalúa, porque hay pacientes que llegan a la consulta externa y vienen con un cuadro subjetivo de tiempo. Vienen no dormir dos meses, vienen ya con accidentes constantes, ideas

suicidas, ya hay ciertas cosas en la cotidiana que ya no van funcionando, entonces ya hay una repetición, es mejor morir, es mejor ya no seguir viviendo, cosas así que aparecen en entrevistas y uno dice, bueno, ¿a qué emergencia? Claro. Y hay que cumplir el protocolo, porque de cierta manera estamos en un sistema de salud, digamos, de red pública. Entonces, una cosa es el consultorio privado, en el cual uno puede decir, bueno, no es un paciente que amerite. Luego, como eso queda evidenciado en un sistema, ya ha pasado antes.

Entrevistador: ¿Cómo percibe que el equipo médico conceptualiza la emergencia subjetiva en el hospital? ¿Es algo que se toma en cuenta? ¿Es algo que se deja a un lado?

P: Sí, se toma en cuenta, lamentablemente, estamos en un país que se pasó de no saber qué es la psicología, a que ahora todo lo quieren psicologizar también. Entonces pasó de un extremo a otro también. Y eso también genera problemas, porque hay pacientes que no lo evalúan bien en la parte médica y dicen, esto es psicológico, va de psicología. Ya me ha pasado que pacientes que llegan porque hay una pérdida de la movilidad de las piernas, me pasó una vez una paciente que llegó en silla de ruedas a la emergencia y dieron, no, aquí no hay nada, médico, esto es psicológico, hay una somatización, va de psicología. La paciente había perdido la movilidad a las noches de la mañana, había perdido visión, entonces ahí cuando se evalúa, sí hay una tensión emocional, pero cuando se pide una valoración más exhaustiva a nivel neurológico es una paciente que la descubren en una esclerosis múltiple. O sea, sí hay, el equipo médico sí percibe la urgencia subjetiva, pero lamentablemente ahora se pasó al extremo de que todo es psicología. Lo que no encadenen los datos. Exactamente, en un examen rápido no aparece algo, psicología. Hay pacientes que han venido porque han venido con punzadas en el corazón y dicen, ah, les hacen un examen sencillo en la emergencia que es un mapeo, no, no aparece nada, esto es crisis de ansiedad. Cuando, lo importante siempre es descartar primero lo orgánico, y hay casos que me ha **tocado que son pacientes que se les envía cardiología en una consulta externa con un examen más** profundo y un examen de caminar, que es un

examen de fuerza, encuentran que está teniendo un problema cardíaco y eso le está generando un problema eléctrico. Entonces, ha pasado, o sea, sí se le da el equipo médico, entiende la urgencia subjetiva, pero lamentablemente también lo mal-usa. Como no encaja rápidamente en un diagnóstico médico, por la emergencia que llega, entonces es psicológico, y cuando va a psicología vemos factores orgánicos, entonces no hay una exploración a fondo de patologías médicas, y también se pasó al otro lado. Entonces, sí, sí, bloqueé bastante la interconsulta en el área de emergencia de pacientes en crisis de angustia y ansiedad, o crisis depresiva, entonces sí entienden rápidamente que hay una urgencia y hacen la interconsulta psicología por box. Entonces se baja y se evalúa el caso.

Entrevistador: Entonces, ¿ha notado que las demandas emocionales del paciente influyan en las decisiones clínicas en situaciones de urgencia?

P: ¿Me puede repetir?

Entrevistador: ¿Si ha notado que las demandas emocionales del paciente influyan en las decisiones clínicas en una situación de urgencia?

P: Sí, sí, sí ha habido casos en que sí pasa, que eso era un obstáculo en la crisis o el diagnóstico. Lamentablemente, a veces ya, ¿qué sucede? Yo diría que en nuestro país hay un tema en el área médica que no prefiero no entrar mucho, pero hay que hablarlo también. Los médicos no les están dando los diagnósticos de las patologías médicas **a los pacientes, si no se** lo dan primero al familiar. Entonces vulneran un derecho legal. Entonces, ¿qué sucede? El paciente desconoce su diagnóstico. Mucho tiempo tiene 15 días, un mes, y el familiar conoce el diagnóstico, pero el paciente no. Entonces el paciente comienza a ver una irritabilidad, porque no sabe lo que tiene, una incertidumbre. Y eso genera que existe una crisis y eso influye ya en su decisión muchas veces. Ya ha pasado tanto tiempo que no quiere hacer tratamiento, no quiere una apuntación, no quiere tal cosa. Entonces ya también influye en muchas cosas. Pero también ahí hay un tema también externo. Entonces yo creo que se van juntando varios factores también.

Entrevistador: Ok. ¿Usted considera que hace falta darle una voz al paciente?

P: ¿Darle una voz al paciente? En la institución médica. Sí, porque muchas veces el sistema médico lo que prefiere es callar la palabra. Para ellos es mucho más fácil. O vaya con el psicólogo, pero no le dan tampoco un espacio como médicos, porque muchas veces ellos vienen por un tema médico. Entonces como ellos, como te decía, no encuentran algo, endosan, digamos así, a un psicólogo. No le digan a mí, vaya para allá. Exactamente, yo no quiero escuchar de lo que le pasa a usted. Pero sí es importante que el médico escuche, porque hay cosas que son netamente médicas. Hay pacientes que necesitan una, que se conoce según el sistema gubernamental, se llama psicoeducar. Hay que psicoeducar al paciente de su patología. Ellos no quieren **nada. Entonces no le dan una escucha a eso. Tampoco le dan palabra a eso.**

Entrevistador: Le pregunto, ¿qué estrategia utiliza o cómo usted considera que es oportuno generar esta voz entre la institución hospitalaria? ¿Del paciente?

P: ¿Al paciente o que la institución?

Entrevistador: O sea, la voz, cómo generar esta voz del paciente y la institución.

P: O sea, nosotros como psicólogos alojar. Es decir, si la institución, por si la institución no quiere alojar, estamos nosotros, de esta manera decía Eric Loran, estamos como en una posición éxtima. Es decir, no estamos ni adentro ni completamente afuera. Es decir, jugamos entrando y saliendo. Porque no podemos solo estar ahí también. Porque perdemos una visión crítica. Porque luego hay la institucionalización. Entonces hay que tener esa posición un poco como una banda de muebles. Es decir, a los momentos que está adentro

también está afuera. Entonces es importante esa posición éxtima. Al tratarse de una institución hospitalaria,

Entrevistador: ¿qué lugar cree que ocupa el que-hacer psicológico en ella?

P: Bueno, ese es el lugar. El lugar del éxtimo. Hay unos textos importantes de Eric Loran que pueden ayudarte mucho en esa posición éxtima. Es decir, estar ahí dando esa voz, muchas veces, al sujeto.

Entrevistador: En el texto, creo que de salud mental y psicología.

P: También está ese. Laurent habla también anterioridad de eso. Pero en ese también habla del ciudadano, algo así.

Entrevistador: Claro. Le pregunto, ¿ha tenido que hacer ese lugar en la institución, como psicólogo?

P: Sí. Lamentablemente, muchas veces, se cree que hay que hacerla de una manera política, digamos. En algún momento, los docentes dicen que hay que tener cintura política.... también de criterio evaluativo, entonces muchas veces hay que ser amable, pero también poco directo muchas veces entonces a veces al sistema, lamentablemente al sistema de salud, dependiendo del médico, les cuesta eso porque dice, usted es un psicólogo, no viene a cuestionar a nosotros, porque ellos están en ese discurso del amo, pero no se dan cuenta de que el psicólogo, al pertenecer a un sistema de salud, está en la misma posición del médico nadie está encima de nadie, es decir, no es una cuestión de pirámide, sino a la par un equipo multidisciplinario exactamente, pero muchas veces yo lo veo como equipo multidisciplinario, pero usted haga lo que yo le digo es como que, como cuando el médico le dice a la auxiliar de enfermería, pásale cada 8 horas la paracetamol entonces venga, haga pase psicológico todos los días hay pacientes que tú has podido ver que no ameritan todos los días, porque no hay una crisis subjetiva hay un malestar por la institución médica, o porque no ha habido una atención acorde a él

entonces no hay un malestar subjetivo, hay una inconformidad por el sistema que podemos dar un espacio a eso.

Entrevistador: le pregunto, me pudiera dar un poco de explicación con esta posición política que se recomienda que el psicólogo también tenga, pero que no que la sea tomada del todo

P: si, una profesora..., nos decía, hay que tener cintura política es decir, hay que darle al sistema lo que quiere, pero también a nuestra manera hay que jugar mucho con el sistema, ejemplo, con el sistema de evoluciones es decir, ¿qué quiere el área médica? no que se le ponga que se le hizo una psicoterapia y que se le da contención que se le da un espacio de la palabra, eso no le interesa a ellos eso es lo que nosotros hacemos con el paciente al sistema lo que necesita es que registre lo que le pasa al paciente entonces es importante que se registre lo que le pasa al paciente sin entrar con lo que dijo el paciente dijo, me dijo, habló de su tema familiar no, simplemente dar una... registrar los signos y síntomas del paciente es darle al sistema lo que quiere y decir ah ok, el paciente le pasa esto una conclusión, muchas veces con psicólogos en las clases no hay conclusiones simplemente pones ese proceso de terapia eso es lo que uno hace con el paciente y ahí es darle un espacio del psicoanálisis a las instituciones pero también darle a las instituciones lo que quiere porque luego va a decir, y que hace el profesional? me ponen psicoterapia, psicoterapia, pero y? porque sucede que al pertenecer a un sistema de salud lamentablemente hay protocolos y luego cuando hacen supervisiones revisan las historias clínicas que dicen los protocolos en cuadros depresivos? que hay que tener objetivos terapéuticos que un paciente no puede estar tanto tiempo cual es su objetivo? y que ha pasado? entonces luego eso puede haber un cuestionamiento profesional de salud mental y puede haber una repercusión entonces es importante que también se den del sistema, leer un poco de sus protocolos entonces poner si se hizo o primer objetivo dar un espacio a la palabra entonces poner un plan terapéutico de lo que ellos quieren aunque el protocolo dice que hay las líneas primero habla de que se debe trabajar el conectivo conductual que si no se trabaja el conectivo conductual se puede trabajar desde otro lugar pero especificando

no se habla tanto del psicoanálisis para el sistema, ellos hablan de psicodinámico para ellos eso es el psicoanálisis así se le explique ellos lo entienden al psicoanálisis como psicodinámico como psicoterapia breve para ellos eso es el psicoanálisis lamentablemente no entienden pero bueno, tampoco es que deben entender simplemente porque lo que yo siempre digo entonces trabajamos con el paciente al sistema dale lo que quiere pero todo lo hace con el paciente o sea, tu dale lugar al paciente a los dichos a los equívocos a los lapsos, a los sueños a las palabras que se repiten en ese discurso también captarlas un poco de eso devolverlas un poco hacer puntuaciones de estas cosas y trabajar desde una posición del psicoanálisis y el sistema puede ponerle por ahí psicoterapia un poco darle a eso también un poco describirle lo que le pasa por eso yo digo siempre es importante sí, trabajar desde el psicoanálisis pero también saber el lenguaje del área médica por eso siempre te decía hay que leer un poco el DSM el C10, pero para qué para un poco, no es que vamos a encasillar al paciente pero es que el sistema quiere eso y eso sí es un poco eso es algo que el sistema no te permite un diálogo a eso entonces, porque luego viene lo que se conoce como servicio de calidad en el sistema de salud, y te revisa las historias clínicas dice, bueno cuál es su evolución, son tres líneas entonces hay que un poco explayarse ahí, paciente presenta malestar de subjetivo debido a factores familiares, personales, laborales médicos, lo que he generado puedes poner síntomas detonantes porque eso es lo que quieren entonces eso es darle al sistema hacernos un lugar, y con el paciente decir, bueno, esto es algo diferente hay pacientes que dicen, pero, ¿qué deber me va a mandar? es que yo estaba con otros psicólogos en otras unidades, me mandaban un deber entonces cuando vienen acá y se encuentran con un lugar distinto a muchos es como que es algo nuevo.

Entrevistador: A raíz de lo que me comenta, quisiera añadir una pregunta extra relacionada con esta situación. Esta tesis está dirigida también a estudiantes, especialmente a quienes se encuentran en prácticas dentro de áreas hospitalarias. Una problemática que he observado es que, en el ámbito universitario, se enseña un psicoanálisis en un sentido bastante “purista”. Sin embargo, cuando uno llega a instituciones públicas de salud, se encuentra

con que ciertos factores institucionales modifican o tensionan esos conocimientos. Esto genera la duda acerca de qué tanto psicoanálisis puede o debe implicarse en el sistema médico o dentro de la institución.

En los textos se plantea que el psicoanálisis no puede institucionalizarse, sino que se trata de sostener una posición constante que requiere mantenimiento a través de la supervisión y el estudio permanente. Ante este escenario, me surge la siguiente inquietud: ¿qué le recomendaría a un practicante que debe insertarse en una institución hospitalaria?, ¿qué orientaciones o sugerencias le daría para sostener su práctica psicoanalítica en ese contexto?

P: yo antes de eso diría yo creo que también hay un tema a la universitaria pero lamentablemente no hay un tema legal a la universidad porque si ahí tú dices que es un psicoanálisis puro no sabría si es un psicoanálisis puro yo creería que es importante la formación del psicoanálisis para nuestra práctica pero si creería que ciertos docentes sobre todo docentes de prácticas en mi opinión debería ser un poco como antes antes. el docente de prácticas también era, aparte de ser docente trabajaba en una institución público o privada entonces había una articulación no solo teórica, sino práctica la mayoría, pero es que no solo es de una universidad de todas, por un tema de ley es que el que dirige prácticas tiene que ser docente de **tiempo completo entonces, tienen una experiencia sí, son** docentes que tienen su experiencia pero no están en una institución actual de salud es un poco lo que nos permite en mi época, estaban docentes que tenían articulación en el sistema de salud, en el sistema hospitalario que permitan la actualización de la clínica exactamente, en mi época estaba ... tenía conexión con la neurociencia entonces nos llevaba a clases de neurociencia, nos llevaba a prácticas de neurociencia entonces ella nos podía hablar desde la cátedra pero también desde su experiencia en esa institución un poco, estaba Antonio Aguirre en su momento, que dirigía prácticas en Solca, y trabajaba en Solca estaba ... que ya no tenía una práctica hospitalaria, pero que había tenido en el Teodoro Maldonado y que la conocían no me explico, o sea, hay una articulación que creo que debería haber nuevamente pero lamentablemente

hay un tema creo que de ley, de ministra de educación desconozco mucho eso y bueno, un poco ¿qué más da la pregunta?

Entrevistador: ¿y qué recomendaciones le daría a un practicante que esté en octavo o noveno semestre, que ya se enfrenta a la institución médica de cómo debería alojarse aquí porque pasa mucho que uno identifica cierto desamparo institucional tanto del practicante, por ejemplo eso me pasó a mí en el Teodoro, entonces ¿cómo uno debería recomendar a un estudiante que debe guiar su práctica académica en el hospital?

P: Bueno, primero que todo, creo que es importante el análisis si no ha pasado por un análisis como decía en su época ..., vas a ir a prácticas y vas a salir de la práctica a dormir todo el día No todo lo puede la institución, no todo te lo puede la universidad decir ah, lo que te pasó a ti no es algo nuevo. Eso también te permite un poco salir de esa posición de que esperas que el paciente te llegue o que me diga qué paciente me da e ir a tocar puertas. Esas son las prácticas, tocar puertas. Decían ahora, oferte servicio, crea una demanda, porque también pasaba, ¿qué hacemos? Crea una demanda, oferte servicio. Mis prácticas fueron así, golpear una puerta y el paciente no quiere hablar. A veces era sentarse al lado del paciente sin hablar, es decir, presentarse, bueno, estoy aquí para escucharlo. Había pacientes que no hablaban. Luego, a la tercera visita, hablaban. Entonces era un poco eso, es decir, crear una demanda también. Entonces muchas veces, cuando yo tengo que responder una interconsulta, hay que ir con una entrevista semiestructurada también. Bueno, cuéntame tal cosa, esto, usted está hospitalizado, ¿qué ha pasado? Y a veces uno también puede usar las pruebas. ¿Para qué? Para generar preguntas. Y, bueno, hay pruebas de ansiedad, depresión, que hacen ciertas preguntas. Y eso te permite una entrevista semiestructurada también. Y ahí algo luego va acogiendo. Pero no uso como un checklist. No es que me quedo solo con la prueba. Sino eso me permite un diálogo con el paciente. Diga, sí, esto, bueno, y esto otro. Esto me pasa en mi casa. Entonces muchas veces, esto no he dicho. Por ahí, entonces, eso que te pasó no es nuevo. Y permite un ubicarse

también. Lo que recomendaría es, hay que ir a analizarse. Si no, comparte el tema del psicoanálisis, bueno, ir a una terapia.

-Es importante, muchas veces en nuestro país, no puedo hablar de otro país, dependiendo de otro país, los psicólogos se gradúan y nunca, dependiendo de cada universidad, nunca vienen a un proceso terapéutico. Entonces, nunca se han escuchado. Entonces, se les pregunta, ¿por qué estudio psicología? Responden con otras cosas. Cuando tú trabajes un análisis podrás identificar por qué elegiste ese lugar. Si no, van a repetir lo que todo el mundo dice. Entonces, un análisis importante es analizarse. También si van a otro sistema de salud, leer temas de salud. Sí, porque tienes que también conocer ese lenguaje, como dice Lebrán también. Conocer un poco el lenguaje que hablan ahí. Si no, desconoces. Sabemos por el psicoanálisis que la bipolaridad puede ser un tema de psicosis. Pero, ¿cómo identificar un cuadro de bipolaridad con una depresión recurrente? Entonces, también hay que conocer un poco ese discurso médico para entenderlo. Y saber a su lugar, y saber moverse. Jugar un poco por ahí. Y ahí, dando al sistema lo que quiere, pero también hago lo que yo quiero. Si hay un tema de psicoanálisis, que haga un poco ese lugar del psicoanálisis en esa situación.

Entrevistador: Hay uno de Bleger que habla del lenguaje de la tribu.

P: Hay uno de Argentina, no recuerdo el nombre ahorita, que habla del tema del psicoanálisis en instituciones de salud. En un cuarto de nombre. Y habla mucho de eso también. Me parece fundamental lo que dice de no estar preparado para trabajar con la falta, pero sí estar listo para trabajar con eso, en la experiencia del estudiante. Igual, como dice también, la experiencia del análisis propio la ayuda un poco a maniobrar, un poco te permite saber qué preguntar. ¿Cómo preguntar? ¿Cómo alojar eso? Algo de tu propio análisis, de lo que tú has dicho, de lo que tú te has oído, de las puntuaciones del analista, va a permitir también, en los casos de decir, ah, esto me permite también, porque hay cosas que van a tocar. Te van a tocar de lo propio. Habían veces practicantes que ir al sistema hospitalario les generaba mucha angustia.

Entrevistador: Entonces, ¿ha encontrado resistencia por parte de otros profesionales al priorizar la dimensión subjetiva en urgencias?

P: ¿Resistencia? No, porque como te decía, a veces cuando hay un paciente lo mandan a psicología. Lamentablemente, no sé si sería resistencia, pero hay mal tacto o mal estímulo. Porque es decir, el paciente está loco. Entonces, el paciente está loco. Entonces, no es que no le dan lugar a la psicología, pero también lo patologizan todo. Entonces, es que está loco. Y se escucha en emergencias, o se escucha en hospitalizaciones que el paciente está loco. Porque viene una crisis. Muchos dicen, no es que está loco, es que está psicótico. Y es una crisis. Entonces, hay una crisis, muchas veces hay una crisis. Lo que te dice el tema netamente psicológico, es que una crisis de ansiedad puede tener también síntomas psicóticos. Que en el psicoanálisis vamos a buscar fenómenos elementales. Que no hay fenómenos elementales. Pero el angustia es tan fuerte que ellos creen que hay, porque dicen que me están persiguiendo. Y ahí vienen a ver los fenómenos elementales. Y que no hay, porque muchos dicen, no es que creo que me están persiguiendo.

Entrevistador: Ricardo Seldes dice que la angustia tiene cierta certeza, que a la larga lo compara con lo psicótico.

P: Exactamente, porque una crisis de angustia, o lo que dice la psicología, una crisis de ansiedad, una ansiedad de mucho tiempo puede generar ciertos síntomas, pero que no hay una metáfora psicótica. Simplemente es como que hay mucha angustia, no duermen bien varios días, y eso va a generar una alteración en la sexopercepción. Entonces, obviamente por ahí. Entonces, no creería, o sea, no me ha pasado de una resistencia.

Entrevistador: Ya, ok. Y como última pregunta, en su experiencia laboral, ¿cree que alguna cooperación o intervención médica influyó en el tratamiento de un paciente en situación de urgencia subjetiva?

P: A veces la intervención médica abre la puerta, digamos así, para que los subjetivos se alojen. Por ejemplo, a veces un médico reconoce que, no todos,

a veces reconoce que hay algo más allá de lo orgánico, ¿sí? Y que tú en tu práctica te has podido dar cuenta. Que dice, ok, aquí pasa algo. Hay médicos que dan a escuchar eso, son muy pocos. Los otros dicen, es médico el psicólogo, pero de forma despectiva, ¿sí? Hay otros cuantos que dicen, dan a escuchar eso, y se dan cuenta de, bueno, ¿por qué me ha pasado el médico? Son muy pocos. Que dice, el psicólogo es que yo hablé con el paciente y me refirió esto, entonces lo llamo a usted para que a profundidad, porque algo habló de la familia. Por ejemplo, se tomó el espacio de escuchar ese malestar. Pero otros médicos es como que, porque ellos no quieren escuchar. Por eso no hay una resistencia, pero hay una endosa, de cierta manera. Todo, entonces llega un momento en que hay pacientes que no hay un malestar subjetivo, sino hay un malestar por una inconformidad con el médico. Entonces, como no escucharon bien, en vez de la psicología. Y hay veces que sí, entonces hay unos que detectan muy bien que hay un malestar subjetivo y permite por ahí hablar otra cosa.

Entrevistador: Bueno, pues eso sería todo, entonces. Muchas gracias por sus aportaciones, Me quedo bastante, con “trabajar en la falta”. Un consejo fundamental para que los estudiantes tengan presente, no estar preparados porque no se puede anticipar, pero sí estar listo para hacer con nada.

P: No te preocupes, espero haber aportado algo.

Hospital 1

P3

Entrevistador: ¿Cómo percibe que el equipo médico conceptualiza la urgencia subjetiva en el hospital?

P: El entorno médico puede entender este concepto desde su alcance biológico, por lo cual la urgencia aparece bajo la forma de los diagnóstico de la salud mental. Otra interpretación posible es la de leer **la urgencia como un**

acto del paciente que refleja la mala adherencia a un tratamiento o diagnóstico.

Entrevistador: ¿Cómo se diferenciaría una urgencia médica de una urgencia subjetiva?

P: La urgencia médica es del orden de las respuestas fisiológicas y la exploración biológica para el encuentro de sus causas. Para el psicoanálisis la urgencia subjetiva es leída en su punto de ruptura que genera un efecto de conmoción en el sujeto, y que puede ser expresado de múltiples formas según los recursos que el sujeto posea a nivel de la subjetividad.

Entrevistador: ¿Ha notado que las demandas emocionales del paciente influyan en las decisiones clínicas en situaciones de urgencia?

P: Ocasionalmente, cuando la demanda exige ser escuchada por su tono, actos y contenido.

Entrevistador: ¿Hace falta darle voz al paciente?

P: Además de un ejercicio de escucha como el de la clínica clásica abordar por Foucault, pensaría que no se trata solo de que el sujeto hable sino de qué se escucha en eso que el paciente trae a la consulta.

Entrevistador: ¿Qué estrategias utiliza o como lo hace?

P: Operar desde la docta ignorancia, reconociendo que no sabemos eso que moviliza al sujeto. Y que la practica no se centre en una tarea de elucubración, de comprensión o la posición de apogeo de orientar al sujeto por el camino del bienestar.

Entrevistador: ¿Al tratarse de una institución hospitalaria que lugar cree que ocupa el quehacer psicológico en ella?

P: El psicólogo tiene un rol dentro del encuadre de cada institución, en la mayoría de casos se trata de tareas asignadas a fin de dar cuenta de una bitácora de sujetos atendidos o de acciones realizadas, bajo la orientación de la misión y los fines burocráticos.

Entrevistador: ¿Ha tenido que hacerse lugar en la institución?

P: Lo pienso como la construcción de un intersticio que no sofoque el deseo ante el peso del “deber hacer”.

Entrevistador: ¿Ha encontrado resistencia por parte de otros profesionales al priorizar la dimensión subjetiva en urgencias?

P: Muy pocas veces, más que resistencia hay un efecto de delegar lo que escapa al discurso científico, a los “psi” encargados de hablar y poner al día a los pacientes de lo que se espera de ellos.

Entrevistador: ¿En su experiencia laboral, cree que alguna cooperación o intervención médica, influyo en el tratamiento de un paciente en situación de urgencia subjetiva?

P: Creo que en todos los casos hay un peso inevitable en las palabras que un médico usa en el diálogo con un paciente. No solo por lo que dice sino por lo que un sujeto escucha en él, por ser una figura a la que se le atribuye un saber sobre algo propio. Sin embargo en los casos en los que se consolida un equipo de trabajo en el cual todos son llamados a la mesa para leer cada caso y lo posible desde cada profesional, se habilita un trabajo consistente con mayores resultados en eso que conocemos como efectos terapéuticos rápidos.

Hospital 2

P4

Entrevistador: ¿Ha notado que las demandas emocionales del paciente influyan en las decisiones clínicas en situaciones de urgencia?

P: Si, porque un paciente muchas veces está ahí asustado porque no entiende lo que le están hablando o enojado porque no entiende lo que los doctores explican, igual no todos son así, pero a veces en esos momentos de urgencia donde se tiene que mover, a un alta de alto riesgo, no todo médico se toma el tiempo de explicarles, o a veces es complicado por la urgencia misma, entonces pueden negar la atención por la confusión o una situación depresiva latente lo cual provoque que rechace el tratamiento y no se deje atender de una manera idónea, además de las actitudes que estas situaciones los ponen a los pacientes.

Entrevistador: ¿Hace falta darle voz al paciente?

P: Los pacientes tienen voz de voto. Ellos son los que deciden, se niegan, aceptan si hay un procedimiento, si hay una atención, si hay algún tipo de tratamiento. Lamentablemente, a veces todo está automatizado, está de necesidad de situaciones muy objetivas o **situaciones muy rápidas, de que** necesitamos que se ha tomado ya, que no se le da el espacio, o se les explique de una forma muy rápida o muy técnica. Entonces el paciente tiene voz para decidir, pero no es que no tiene la capacidad, pero no entiende bien, a veces lo que está decidiendo, o a veces se muestran un poquito renuentes, asustados, y es ahí donde ellos mismos no quieren ni preguntar, temen, porque temen ser regañados, un poquito... No es que falta darle, falta darle más bien la información a veces, pero no es que no tenga la capacidad, pero no entiende bien a veces lo que está decidiendo, o a veces se muestran un poquito renuentes, asustados, y es ahí donde ellos mismos no quieren ni preguntar, no es que falta darle, falta darle más bien la información a veces, porque ellos entiendan la voz, tienen voz y voto, sino que a veces en el temor no saben qué están decidiendo.

Entrevistador: ¿Qué estrategias utiliza o como lo hace?

P: Que él pueda expresar exactamente qué molestia tiene, qué incomodidad tiene, qué malestar tiene, o qué es lo que pasa o no pasa. Bueno, este espacio un poco más privado, un poco más de que sienta que es suyo y que puede hablar tranquilamente. Y bueno, ir a dialogar con los doctores, con el tratante, con los residentes, obviamente no dándole información como tal del paciente, no violentando la parte del secreto profesional, pero sí como que tratar de mediar un poco para que entiendan que esto es lo que pasa y que hay que explicarle, que hay que darle el espacio a estas emociones o a esta situación de cómo les afecta lo que están midiendo. Bueno, ahora hay médicos que tienen la apertura para y otros que no.

Entrevistador: ¿Al tratarse de una institución hospitalaria que lugar cree que ocupa el que hacer psicológico en ella?

P: A ver, en una institución hospitalaria sí ocupamos un lugar en teoría importante porque somos parte del equipo multidisciplinario, de determinadas áreas. Somos parte del equipo básico, por ejemplo, áreas como infectología, como oncología, más tarde infantil. Somos áreas en salud mental. Obviamente, somos parte esencial del protocolo de atención del paciente. Lamentablemente, no siempre, para el resto del personal está claro que el lugar que ocupa el psicólogo es un poquito complicado cuando muchos doctores no han visto la importancia de la salud mental.

Entrevistador: ¿Ha tenido que hacerse lugar en la institución?

P: Sí, toca a veces habernos lugar en una institución, como lo mencionaba anteriormente no todo médico tiene claro el trabajo o rol del psicólogo en el grupo multidisciplinario entonces toca demostrar con el trabajo con las actuaciones al paciente, como se va haciendo parte integral del trabajo porque a veces, no todo el personal de salud tienen claro el rol de psicólogo y le quitan importancia excluyéndolo del grupo.

Entrevistador: ¿Ha encontrado resistencia por parte de otros profesionales al priorizar la dimensión subjetiva en urgencias?

P: Si, como lo mencionaba, no todos los doctores son iguales no todos los doctores tienen el mismo criterio y muestran apertura a la salud mental y que los pacientes en sus momentos necesitan ayuda en elaborar ciertas cosas, hay doctores que lo permiten y muestran apertura y otros que no, que les preguntan que porque lloran, que porque se siente mal, que no se dan cuenta de que es para salvarle la vida, se muestran muy irritables ante él apaciente que está sufriendo que está padeciendo algo, no está tomando según ellos la decisión racional y cuando uno habla con ellos y trata de explicar se muestran un poco de reacios, a entender esta parte de que las emociones la parte de una patología no les permitirá reaccionar como las expectativas del médico esperan.

Entrevistador: ¿En su experiencia laboral, cree que alguna cooperación o intervención médica, influyo en el tratamiento de un paciente en situación de urgencia subjetiva?

P: Si, si hay momentos en los cuales pueden ser de mucha ayuda, dado que el paciente se siente atendido, a ver porque cuando un paciente llega a emergencia o un área de alto riesgo, como UCI, observación o emergencia, el paciente no viene con la idea de algo emocional, sino con algo que pasa en el cuerpo entonces los médicos están ateniendo ayuda a disminuir un poco el malestar emocional, que no lo disminuye de todo, pero ayuda a contenerlo hasta que llegamos hacer un trabajo de Intervención adecuada con malestar el paciente. Ayuda el hecho de que sean atendidos o escuchados o a veces se puede complicar el trato del médico de turno hacia el paciente. Pero depende mucho en ambas parte el tipo de profesional y sus formas de ejercer.

Entrevistas médicas

Médico del área de UCI

Hospital 2

M1

Entrevistador: A raíz de este contexto, yo quisiera saber, desde su experiencia y en su área, ¿cómo se denomina la urgencia?

M: Es que no entiendo qué quisiera decir. ¿Urgencia subjetiva?

Entrevistador: No, la urgencia médica. ¿Cómo se denomina? ¿Cómo se puede identificar cierta urgencia en este tipo de áreas?

M: Acá la urgencia es el potencial riesgo de descompensación que cause más morbilidad y la muerte del paciente. Que generalmente son cambios bioquímicos, como la acidosis, potasio elevado o bajo, o que sea con cambios en la mecánica de la respiración, o sea, cambios corporales, físicos, que sea deterioro del sensorio, mala mecánica para respirar, o hipotensión severa.

Entrevistador: ¿Ha escuchado alguna vez el término urgencia subjetiva?

M: No

Entrevistador: La urgencia subjetiva es prácticamente un estado que tiene como rasgos de angustia en los pacientes, que prácticamente los anulan al lazo social, o sea que no pueden transmitir un mensaje ni acatar órdenes, debido, puede ser por algún rasgo traumático de la situación que lo trajo a estas áreas de emergencia, o en un estado de urgencia. Entonces, estas

cuestiones donde hay pacientes donde están alterados, que pueden identificarse como un ataque de pánico, o pacientes que simplemente no hablan. Y no por alguna afectación neurológica, sino por la cuestión que la situación les sobrepasa. Entonces quedan totalmente anulados del discurso. Entonces a eso nos referimos nosotros con la urgencia subjetiva.

M: ¿Pero no hablan o tienen delirio?

Entrevistador: Puede haber delirio o simplemente no hablan o están agresivos. Suelen ser identificados como un ataque de pánico.

M: ¿Alguno le llamaban desasociado?

Entrevistador: Puede ser un poco de eso, sí. Entonces por eso nosotros nos referimos con eso. Entonces le pregunto, ¿cuál es el abordaje del equipo médico durante la atención de un paciente en urgencia, en su área médica?

M: Por normas internacionales establecidas, se da prioridad a la parte respiratoria. Le llaman ABC. A de vía aérea, B de respiración, C de circulación. Que son las normas que hacen los rescatistas, los RCP y todo eso.

Entrevistador: ¿Y cree que desde su lugar hay alguna forma de atención a este tipo de urgencias que se caracterizan como subjetivas?

M: O sea, si uno ve cambios físicos y bioquímicos, son cosas que son más objetivas que subjetivas. Salvo que sea un paciente que esté con un riesgo potencial y que uno haga una especie de contención verbal, no sé. O a la familia, pero que yo sepa, no sé.

Entrevistador: Entonces, mientras que el cuerpo o los datos no demuestren cierta alteración, lo que se expresa del paciente ¿pasa a primer o segundo plano en estas áreas de urgencia?

M: Es que esos cambios son rápidos. Entonces, la subjetividad sería también fugaz. Claro. Y uno da paso al objetivo. Porque a veces hay cuatro minutos nada más de que si no hay oxigenación, hay daño cerebral severo.

Entrevistador: Ok. Y le pregunto, ¿se ha enfrentado alguna situación en la cual el estado emocional del paciente influyó en las decisiones del tratamiento?

M: ¿Del paciente o del familiar?

Entrevistador: Del paciente.

M: Sí, cuando ellos se niegan a hacer procedimientos. Ya. Y aparentemente están con sus sentidos puestos, que están orientados, y entonces no tienen que respetar su autonomía. Hasta esperar que haya un familiar o a veces interconsulta a salud mental para tratar de ver qué tanto es la decisión del paciente y qué tanto es algún tipo de situación psicológica.

Entrevistador: Y le pregunto, ¿qué rol cree que debería tener la escucha del paciente en un área de urgencias?

M: Es importante, sobre todo cuando se están despertando. Porque a veces se despiertan después de la sedación y se están totalmente conscientes, pueden olvidar que entraron al hospital por el mismo mecanismo de los mismos fármacos que te producen, ¿cómo se dice?, pérdida transitoria de memoria. Las veces se pierden, entonces la persona no se acuerda que se desmayó, que se enfermó, y se despiertan a veces amarrado y con todo en la boca. Y creen que están secuestrados o alguna cosa.

Entrevistador: Están confundidos de cierta forma y piensan que es contra su voluntad.

M: Claro, entonces ahí hay que estar atento y explicarles.

Entrevistador: También, ¿cree que el vínculo del paciente es importante? ¿Qué factores cree que contribuyan y afectan al establecimiento de dicho vínculo? Médico-paciente, paciente-médico.

M: Es importante. Claro, es demasiado. O sea, para mí, es muy importante.

Entrevistador: ¿Y hay algún factor de por medio?

M: Aunque es más difícil en la UCI porque la mayoría están sedados, no de acuerdo a las enfermedades, pero sí, es importante.

Entrevistador: Entonces uno de los factores que afectan a este establecimiento de dicho vínculo es el tema de la sedación, que usualmente se encuentra en este tipo de áreas.

M: Es claro, porque él tiene que estar consciente para entender. Si no está consciente, no está consciente nada.

Entrevistador: Y como última pregunta, ¿ha experimentado algún caso en que la intervención de un profesional de la salud mental haya contribuido a abordar una urgencia médica?

M: Claro, sí, sobre todo en pacientes que tienen un riesgo potencial, o sea, que tienen la urgencia, pero que en ese momento está con relativa estabilidad y no hay que sedarlo ni intubarlo, pero que está despierto y en tiempo. Entonces en esos casos es importante.

Entrevistador: Entonces en esos casos se podría experimentar cierta ayuda de parte de él psicólogo.

M: Claro que sí.

Entrevistador: Ok.

M: De hecho, con la misma se generan más ansiedad y le sube la presión. Entonces, en vez de sedarlo, prefiero que hablan con alguien.

Entrevistador: Ok, claro. Entonces doctor, eso sería todo por el momento. Muchas gracias.

M: No hay de qué.

Hospital 2

Enfermera de área de UCI

L1

Entrevistador: Primero quisiera saber, desde su experiencia y en las áreas que usted ejerce su práctica, ¿qué se puede denominar una urgencia?

L: Una urgencia, bueno, aquí ya los pacientes dentro de la terapia intensiva, lógicamente ya son pacientes críticos. Dentro de mis años de experiencia solamente he elaborado dentro de esta área. Entonces todo lo que es una urgencia dentro de un paciente, es en base a su patología, un paro cardíaco, una entubación no programada, que hay que asistirle inmediatamente.

Entrevistador: ¿Alguna vez ha escuchado el término urgencia subjetiva?

L: Urgencia subjetiva, sí la he escuchado, pero no recuerdo ahorita el término como tal.

Entrevistador: Entonces, para darle un breve inciso, la urgencia subjetiva es cuando un paciente, de cierta forma, se presenta con una especie de desconexión hacia el otro. El discurso, no hay un discurso claro, ni siquiera hay una conversación de por medio. Toda la información que se le da al

paciente no la puede recibir y él tampoco puede transmitirla. A veces esto se refleja físicamente como...

L: ¿Un paciente intubado o previos a eso puede ser?

Entrevistador: Puede ser como una especie de ataque de pánico, que así se suele denominar bastante. O también puede ser como una especie de mutismo selectivo, o sea que no hablan. uno trata de explicar todo y parece que están con alguna alteración neurológica. Pero realmente los exámenes demuestran lo contrario. Y es más algo a nivel de experiencia. Entonces a eso nos referimos los psicólogos con orientación psicoanalítica, con urgencia subjetiva.

L: Claro

Entrevistador: Entonces le pregunto, ¿cuál es el abordaje del equipo médico durante la atención de un paciente en urgencia? ¿Cuál es el abordaje?

L: Bueno, dependiendo de la gravedad y lo que necesita el paciente, aquí dentro de esta área recorre todo el equipo de salud. Es decir, aquí tenemos un equipo grande conformado por médicos tratantes, pobladistas, residentes, licenciados y auxiliares. Entonces es un equipo multidisciplinario que acude en base al requerimiento o la urgencia que necesita en ese momento el paciente.

Entrevistador: Y hay una forma de determinar la gravedad de la urgencia, como emergencia y urgencia.

L: Claro, una emergencia lógicamente requiere... A ver, en un paro cardíaco recurre todo el equipo. En una entubación programada a veces no está todo el equipo, pero lo asiste el terapeuta respiratorio en este caso. Igual que en un paro cardíaco asiste el terapeuta respiratorio, pero el trabajo es en conjunto los tres. Y cuando es una intubación está la cabecilla, el terapeuta, o sea, dependiendo de la gravedad o lo que presente en teoría el paciente en ese momento.

Entrevistador: Ok. ¿Y cree que desde su lugar, desde la posición médica, hay alguna forma de atención a este tipo de urgencias que se caracterizan como subjetivas?

L: Sí, sí hay, sí existen casos. Bueno, en lo que me diste, me comunicó usted el término, que pese a que tú le expliques, el paciente está con un estado de shock, por decirlo así, en el cual pese a que él puede tener el entendimiento, pero no puede tener una respuesta, que es lo que uno espera en ese momento, porque uno le explica la gravedad de su diagnóstico, asimilar su diagnóstico, que a veces no para todo paciente que está despierto, que a veces, ejemplo, ingresan por una patología, una neumonía. Ya, intrahospitalaria, necesita soporte de oxígeno, pero haciéndoles estudios, encuentren otras enfermedades que ella no conocía, ¿correcto? Puede tener un cierto dolor, bueno, hablo de un caso especial, cierto dolor, encontraron una masa, que cuando fueron a estudios, ya fue un CA, entonces, una cosa conlleva a la otra, ¿no? Entonces, uno le explica al paciente, el médico lo aborda, pero como te lo mencionaba antes, está en estado de shock, y si hay médicos que tratan de ser humanistas en explicarle todos los días, tratarle de abordar para que el paciente también tenga la confianza en el médico de abrirse, o sea, sus sentimientos, qué es lo que siente, qué es lo que ella quiere, qué es lo que ella desea. Muy aparte de, lógicamente, se le hace la interconsulta, que sí lo hemos visto a psicología, pero los médicos también tratan de abordar todo el tema de una manera en la cual ella comprenda y entienda la gravedad de la situación.

Entrevistador: ¿Se ha enfrentado alguna situación en la cual el estado emocional del paciente influyó en las decisiones del tratamiento? Por ejemplo, pacientes que se nieguen, que estén alterados, que no se pueda proseguir con algún tipo de procedimiento médico.

L: Sí, sí ha existido. Hay pacientes que a veces están conscientes, orientados, necesitan una intubación y, lógicamente, como está consciente en tiempo, espacio y persona, es ellos los que afirman la autorización de no

intubación, de no reanimación, a veces en muchos casos, y pacientes que a veces requieren lo que son hemoderivados y son testigos de Jehová, ellos te firman una no administración de hemoderivados, que eso sí influye en el tratamiento de ellos. Y, lógicamente, en una evolución eficaz dentro del diagnóstico que ellos presentan.

Entrevistador: Le pregunto, ¿qué rol cree que debería tener la escucha del paciente en una urgencia?

L: ¿La?

Entrevistador: La escucha del paciente, de su discurso, de lo que trae para hacerse algo emocional, pero, ¿se toma relevancia lo que dice o se le presta más atención a los datos, a las cuestiones físicas?

L: Bueno, dependiendo de lo complejo que sea el caso, un ejemplo, a veces, vuelvo a repetir, aquí hay pacientes, bueno, nosotros ya los recibimos en estado crítico, ¿no? Ya vienen pacientes intubados como pacientes posibles para intubación. Claro, se le entiende, pero se lo trata de la manera más positiva, de tratar de abordar que todo lo que se haga dentro de los procedimientos es para el bienestar de su salud y para su mejoría. Entonces, porque eso es el trabajo de nosotros. O sea, lo que nosotros desempeñamos dentro de esta área, es darle un bienestar, un confort y una buena atención para que los pacientes, lógicamente, evolucionen, salgan, pasen a piso y, lógico, a su casa, ¿no? Siempre se espera que el paciente salga de una área crítica, independientemente de lo complejo que sea su diagnóstico. Entonces, siempre se trata de abordar al paciente, porque si hemos tenido casos que no, no, no, no, y se lo trata de abordar explicándole todo lo que conlleva, si no se lo entuba, qué es lo que va a pasar, si no se lo atiende a tiempo, el tiempo que está perdiendo en negarse, etc., etc., etc. También se habla con los familiares, a veces los familiares también ingresan, abordan al paciente y así se logra tener algo positivo en muchos casos, más del 90%, por decirlo así.

Entrevistador: ¿Y en casos donde la escucha del paciente evita poder seguir con los procedimientos médicos, ¿hay algún protocolo de promedio?

L: O sea, dentro de esta área ya se firma lo que son, lógicamente, protocolos en los cuales el paciente se niega, se niega a ciertos procedimientos, es decir, a procedimientos invasivos, no se le haga una reanimación, ¿ya? Entonces eso, como respaldo de nosotros como profesionales, sí se lo hacen, y se lo hace firmar tanto del paciente y se le da conocimiento al familiar, que es el que recibe a veces la información todos los días. Su paciente está consciente orientado, no autoriza reanimación, y eso sí se respeta. No autoriza transfusión de hemos derivados y se lo respeta. Pese a veces que hay casos de que los hijos indican, no doctor, si necesita transfusión y eso es la mejoría de él, transfúndalo. Pero si el paciente está consciente, se respeta lo que indica el paciente, sus derechos. El discurso del paciente está por encima del familiar, por más que esté en un estado... Correcto, cuando ellos están conscientes y orientados en tiempo, espacio y persona, es su derecho a no recibir un procedimiento. O sea, el paciente en ese estado es el que manda. Si el paciente estuviera soñoliento, no estuviera consciente, estuviera con delirios, etc., eso ahí, si está casado, lógicamente su esposa, y si no un familiar directo, que es el que se hace responsable, y se le explica todos los riesgos que puede tener el paciente en todos los procedimientos que se le vaya a realizar. Y con la autorización de ellos se les hace.

Entrevistador: ¿Cree que el vínculo con el paciente es importante? ¿Y qué factores creen que contribuyen o afectan al establecimiento de dicho vínculo? Médico-paciente, paciente-médico.

L: Bueno, sí es importante el vínculo. A ver, aquí dentro de esta área es una área cerrada. Es una área cerrada, que a veces los pacientes no ven si es de día, de tarde, de noche, no saben qué fecha es, si ya pasó un día, dos y tres. Entonces sí es importante el vínculo afectivo, porque nosotros pasamos a hacer una especie de familiar.

Entrevistador: Entonces, para pasar a la última pregunta, ¿ha experimentado algún caso en el que la intervención de un profesional de salud mental haya contribuido a la forma de abordar una urgencia médica?

L: ¿Una, perdón?

Entrevistador: Una urgencia médica, si es que la intervención de un profesional de salud mental contribuyó a la forma de abordar una urgencia médica.

L: Sí, sí contribuye. En pacientes que están con negativa, como teníamos en mente, sí contribuye bastante.

Entrevistador: ¿A qué se prefiere con negativa?

L: Como lo mencioné anterior, ¿no? Hemos tenido diferentes casos. Pacientes que quieren pedir alta petición porque se encuentran encerradas, pacientes maternas, que pese al alto riesgo que ellas tienen, aquí dentro de la unidad quieren pedir alta petición por sus bebitos, lógicamente, y por la situación emocional que están viviendo en este momento, en este momento dentro de una área crítica, ¿no? Entonces, el profesional sí ayuda bastante. Emocionalmente, dándole el apoyo que ella necesita, siendo escuchada, qué siente ella, qué es lo que quiere ella, o sea, respetando sus emociones, ¿no? Entonces, se le trata de abordar de todas las maneras, y se le trata de ver lo positivo que puede ser el que ella acepte ciertos tratamientos que se tienen que seguir.

Entrevistador: O sea, sí es una parte fundamental.

L: En pacientes que sí están con una negativa de muchos procedimientos dentro de esta área como tal, sí es muy fundamental.

Entrevistador: Entonces, eso sería todo. Muchas gracias.

L: De nada

Hospital 2

Enfermera de UCI

L2

Entrevistador: Le quiero preguntar, para poder empezar la entrevista, desde su experiencia, tanto laboral y de sus conocimientos, ¿qué se puede denominar una urgencia? Una urgencia aquí en el hospital.

L: Una urgencia es cuando el paciente amerita atención inmediata. Quiere decir, viene un paciente de politrauma. Nosotros debemos actuar inmediatamente ante esa situación. Independientemente si tenemos a un paciente que viene por unas presiones bajas o viene por una cortada mínima, entonces nosotros separamos esa atención. Viene un politrauma que amerita la atención inmediata, procedemos y actuamos ante esa situación.

Entrevistador: ¿Hay alguna forma que ustedes utilizan para poder categorizar qué es inmediato y qué no?

L: Claro, el triaje.

Entrevistador: ¿Qué triaje?

L: se utiliza el triaje, que te colocan amarillo, verde, rojo. Entonces, de acuerdo a esa categorización, te separan, te evalúan, te separan, y ahí depende la atención. Pero actuamos inmediatamente cuando el paciente viene y necesita atención rápida en ese momento. Y ahí no separas ni amarillo, ni verde, ni rojo, ni naranja. Vas y actúas inmediatamente ante la situación.

Entrevistador: Ok. ¿Alguna vez ha escuchado el término urgencia subjetiva?

L: No.

Entrevistador: Ya, la urgencia subjetiva, para hacer un breve inciso, se trata de pacientes que están totalmente desconectados del lazo social. ¿A qué me refiero con eso? El discurso tanto de ellos hacia el otro no existe. Puede ser por... usualmente, físicamente, esto se puede denominar como un ataque de pánico, donde por más que el otro le hable al paciente, no va a poder escuchar ni acatar órdenes, porque está totalmente como descontrolado, desbordado. Ok. O a veces también suele ser pacientes que están totalmente en silencio. Puede ser lo que se los ve llorando pero no hablan y tampoco pueden transmitir lo que les sucede. Entonces, esta desconexión que los desborda y que prácticamente es como que están inundados del sufrimiento, es lo que se denomina como una urgencia subjetiva, desde la psicología psicoanalítica.

L: Ok.

Entrevistador: Entonces, le pregunto. ¿Cuál es el abordaje del equipo médico durante la atención de un paciente en urgencia? ¿Cómo actúan ellos? ¿Cómo se actúa?

L: Bueno, en sí, inician... bueno, depende. Si el paciente está consciente, puede responder, inician entrevistas preguntándole los acontecimientos, cómo pasó, qué sucedió y todo eso. Y hay una vez que, mientras hacen su interacción, su conversación, el enfermero procede a realizar lo que el médico le indica. Colocar su guía, colocar sus soluciones, medicar y todo eso. Existen enfermeros que interactúan con el paciente. Cuando se puede, el paciente despierto, uno procede a preguntarle cómo estás, cómo te sientes, qué te sucedió, te duele, todo eso. Porque no es lo mismo que el paciente se abra completamente al médico, que está solamente en el momento, que con el enfermero que pasa muchísimo más tiempo. O sea, el enfermero tiene mucha más interacción con el paciente que el médico. Entonces, de acuerdo a lo que nosotros abordamos, comunicamos al médico algo que se haya pasado de alto, y ahí hay la relación más. Complementamos información y todo eso.

Entrevistador: Y cuando no es posible hablar con el paciente de una forma fluida o cómoda, ¿qué pasa? ¿Se deja a un lado?

L: Igual hay cierta insistencia porque, como usted comenta, la reincidencia que usted lo ve al paciente es constante.

Entrevistador: Entonces, ¿se trata un poco de gestionar un vínculo o se deja un poco de lado porque hay ciertos obstáculos?

L: Claro, por lo general, en mi caso sí me ha tocado dejarlo a un lado porque no, no, por más que uno intente entrar a abordar, el paciente es completamente cerrado. O sea, se mantiene en su situación de no querer hablar, no querer decir nada. Entonces, es preferible evitar porque después van a decir que uno lo está acosando, que uno lo está presionando. Preferible dejarlo hasta ahí. Hasta que el paciente coja su confianza y decida decir, hablar.

Entrevistador: Ok. ¿Cree que desde su lugar, desde su posición de cierta forma en el área médica, hay alguna forma de atención a este tipo de urgencia que se caracteriza como subjetiva?

L: Desde mi lugar... ¿Cómo podríamos ser? Yo me mantendría en la posición de... ingresar, abordar al paciente por lo más básico. ¿Cómo estás? ¿Cómo te llamas? ¿Qué te pasó? ¿Qué te sucedió? ¿Quisieras conversar? Desde mi manera de abordar a la persona, así.

Entrevistador: ¿Generando cierto deseo como de plática?

L: Exacto, generar confianza. Que se genere la confianza en ese momento de que se abra. Pero si ya no se puede, ya dejarlo hasta ahí. Proceder nomás a ingresar y hacer el procedimiento que tenga que hacer.

Entrevistador: ¿Se ha enfrentado alguna situación en la cual el estado emocional del paciente influyó en la decisión del tratamiento?

L: Sí. Hay pacientes que se ciegan netamente y no... por más que le expliquen los beneficios, o las consecuencias de no recibir el tratamiento, se niegan completamente, absolutamente. O, si no es el paciente, le dicen, díganle a mi familiar a ver qué dicen. Y influye mucho también la opinión del familiar, en que reciba o no reciba el tratamiento. Entonces, sí, sí me ha tocado.

Entrevistador: ¿Y qué casos, así, me podrías comentar por encimita, como, de pacientes, de este tipo de, como, negaciones que hay, por su cuestión, tanto, puede ser sociocultural o emocional, que se presentan y que usted tiene que, de cierta forma, afrontar?

L: Claro, hemos tenido pacientes con B24.

Entrevistador: Ya.

L: Que desconocen a veces. Vienen aquí y aquí es donde se enteran. Ok. Entonces, se les indica el procedimiento, lo que tenemos que hacer y todo eso. Y ellos se niegan a aceptarlo. No, no quiero, no quiero saberlo. No quiero que se lo diga a nadie. No quiero que lo sepa nadie. No quiero recibir nada. Déjenme ahí. No quieren que lo mediquen. O sea, no, no se cierran. Se cierran absolutamente a todos. Y no hay quien los haga cambiar de opinión. Entonces, sí, sí me ha tocado.

Entrevistador: Ok. Y, ¿qué rol cree que debería tener la escucha del paciente en una urgencia?

L: Completamente. Tienen que, o sea, tiene que venir el especialista cuando el paciente está completamente cerrado para ayudarlo a entender, para ayudarlo a que se abra completamente y pueda darle solución a la situación que le está enfrentando, para ayudarlo más que todo.

Entrevistador: Entonces, ¿pero a especialista qué se refiere usted? ¿Con el doctor o con un especialista, por ejemplo, en el área de psicología?

L: En el área de psicología. Tiene un rol importante en la especialista de psicología. Tiene un rol importante.

Entrevistador: Entonces, ¿cree que el vínculo con el paciente es importante? ¿Y qué factores contribuyen o afectan al establecimiento de dicho vínculo?

L: Claro que sí. Claro que sí. Tiene una importancia sumamente. Es importante. Sí, sí, es importante.

Entrevistador: Ya. Y entonces, ¿hay algún factor de promedio que se pueda como facilitar o dificultar el vínculo con el paciente? ¿Algún factor? ¿Algún factor en especial que dificulte o facilite el vínculo? Por ejemplo, me han comentado doctores el tema de la sedación, que dificulta bastante poder hacer eso.

L: Claro, porque el paciente está completamente sedado, ¿no?

Entrevistador: ¿Qué otras cuestiones usted podría identificar así que dificulten el vínculo médico-paciente?

L: La no colaboración del paciente.

Entrevistador: El paciente no colabora.

L: La no colaboración de los familiares, porque a veces los familiares dicen, no, mientras yo no decida, él no decide. Esos pacientes menores de edad que necesitan la autorización de los familiares. Todo eso.

Entrevistador: ¿Usted también cree que la información y también el nivel de información que tenga el paciente afectará a lo que acepte o no?

L: Claro. Porque hay pacientes que se informan por internet, por ejemplo, en el momento, y se llenan de ideas que totalmente los, como que los asustan. Ajá. Y ya les plantean el tratamiento y ya lo han averiguado Información completamente errónea a la que aplican directamente los médicos.

Entrevistador: Ajá, ok. Y como última pregunta, ¿ha experimentado en algún caso en el que la intervención?

L: Uy, espere, es que esta la doctora ahí.

Entrevistador: ¿Uh? ¿No puede hablar si esta ella aquí?

L: Es que después se pone brava si nos ve haciendo otra cosa que no sea trabajar.

Entrevistador: Comprendo, no se preocupe, si gusta lo podemos dejar hasta aquí. Muchas gracias por su colaboración

Hospital 1

Medico de Emergencia

M2

Entrevistador: Entonces, empezamos con la primera pregunta, que es para poder abrir un poco el tema. Quisiera saber desde la perspectiva médica, ¿qué es la urgencia?

M: Ok, ya, pero como para contextualizar un poquito, Yo soy médico general, ahorita me dedico bastante a lo que es el área de psiquiatría y

neurología en cuestión de hospitalización, pero estoy también rotando por las áreas de emergencia, emergencia general. Entonces, en ese contexto yo le puedo dar la versión médica en ese ámbito, más que desde el ámbito netamente psicológico o psiquiátrico, porque soy un residente de medicina general. Entonces, desde el punto de vista de lo que me está consultando, es que es una urgencia, una urgencia es una patología que uno evalúa, que compromete la salud del paciente, pero que necesita una atención que no debe pasar la hora, los 60 minutos o máximo las dos horas de instaurada la enfermedad. Entonces, normalmente una urgencia es un paciente que tiene alguna complicación, algún signo o síntoma alterado, y que uno lo evalúa y tiene que darle por lo menos encaminar la solución, el tratamiento o el diagnóstico en no más de dos horas, o sea, no más de una espera de dos horas en el área de emergencia al llegar al hospital. Eso se categoriza entonces como urgencia.

Entrevistador: Claro.

M: una urgencia es básicamente una enfermedad que uno tiene signos y síntomas, pero que no repercuten de forma urgente con la vida del paciente. Un poquito más práctico, como nosotros lo evaluamos, es con la urgencia y la emergencia hipertensiva. Entonces, en la urgencia hipertensiva uno maneja un paciente que tiene algún signo o síntoma de presión arterial alta, pero que no está todavía comprometida la vida del paciente y no hay una lesión sobre un órgano específico, órgano diana, es decir, el paciente no se me va a morir y no está tan grave. Le doy un rango de una hora para que lo pueda atender y manejar, mientras que la emergencia hipertensiva ya es un caso más grave donde está comprometido corazón, cerebro o riñón y necesito darle tratamiento en ese instante, no puede esperar. Entonces, en el contexto médico la urgencia viene a ser una patología que requiere un rango más o menos de una hora, dos horas para poder ser tratado, pero que no compromete la vida del paciente.

Entrevistador: En cambio una emergencia.

M: En cambio la emergencia ya es un cuadro más grave, esta amenaza a un órgano, esta ya tiene una amenaza sobre la vida, el paciente si no es tratado de forma inmediata, es decir, desde que nos llega nosotros al área de emergencia, si no le damos un tratamiento y una evaluación en los primeros 15, 20 minutos, el paciente ya corre el riesgo de morir.

Entrevistador: Entonces, una vez sabiendo dos tipos de forma de denominar y de diferenciar tanto la urgencia de la emergencia en el ámbito médico, le pregunto a usted si ha escuchado el término urgencia subjetiva.

M: No la he escuchado.

Entrevistador: Ok. Entonces, más o menos para poder hacer un breve resumen, es lo que una situación de rasgos subjetivos, no tanto el lado físico, pero que desarticula, que desconecta a la persona del lazo social. ¿A qué vamos con esto? Por ejemplo, una persona que haya sufrido un accidente en el cual, por ejemplo, supongamos que tiene que someterse a una cirugía por amputación, esta cuestión puede ser que de cierta forma haya que intervenir en el momento, ya sea por el tema de gravedad del asunto, pero esta persona cuando se le habla trata de comunicarse con el paciente o está tan alterado que no puede hablar, la comunicación de por medio o simplemente hay como una especie de mutismo selectivo en el cual no puede comunicar, pero no es porque haya alguna afectación neurológica, sino que es por el excedente como puede ser traumático o la angustia de la situación y como esa persona lo tramita. Entonces, más o menos a eso nos referimos con urgencia subjetiva. Entonces, una vez que tenemos estos dos marcos como claros, voy con la siguiente pregunta. ¿Cuál es el abordaje del equipo médico durante la atención de un paciente en urgencia? ¿El abordaje desde qué punto de vista? ¿Desde el punto de vista general ante cualquier urgencia?

M: Claro, puede ser general. Ya, el abordaje generalmente ante una urgencia es el paciente llega al área de emergencia, es valorado por el médico inicial que es el método del triaje que se llama, que se maneja con el triaje de

Manchester. Ya, se evalúa al paciente y se determina si el paciente tiene algún signo vital o alguna alteración que pueda comprometer su vida. Entonces, desde el punto de vista psiquiátrico puede ser un paciente que haya consumido con un intento autolítico y que haya consumido alguna sustancia. Ya, o que se haya cortado, esté con un sangrado activo, algo que lo ponga en peligro inmediato. Entonces, eso ya se categoriza como una emergencia y yo lo tengo que ingresar y hospitalizar de inmediato para evaluar inmediatamente por cuarto de... para darle su tratamiento agudo, ¿no? Y en cambio una urgencia se evalúa de nuevo en el triaje, se ve que no hay alteración en los signos vitales o que la alteración es general. No hay alteración en los signos vitales o que la alteración es mínima y no compromete la vida inmediata del paciente. Y entonces se lo atiende por consultorio con el rango de espera que les dije, que normalmente son de 60 a 30 minutos hasta los 120 minutos. O sea, de 1 a 2 horas normalmente es el tiempo que puede esperar una urgencia. Ya, de ahí es evaluado y dependiendo de lo que se categorice, por ejemplo, de nuevo vamos con ejemplos, si viene un paciente que no ha consumido ninguna sustancia pero que tiene ideas autoelíticas muy marcadas o un pensamiento estructurado de intento de suicidio, es un paciente que yo lo tengo como urgente y que tiene que ser ingresado y hospitalizado obviamente. No está en peligro inmediato su vida porque no se ha intentado matar pero tiene toda la idea estructurada y no le puedo dar el... el visto bueno de que se vaya a la casa.

Entrevistador: Entonces tiene que ser hospitalizado como forma preventiva más que todo.

M: Porque más que preventiva, o sea, sería preventiva para el intento autolítico pero psicológica y psiquiátricamente ya tiene estructurada la idea y no le puedo permitir que se vaya.

Entrevistador: Ok, ok. Entonces a raíz de esto vamos con la siguiente pregunta. ¿Cree que desde un lugar hay alguna forma de atención de este tipo de urgencias que se categorizan como subjetiva en el área médica?

M: Creería que sí, más que en el área médica, en el área psiquiátrica. Porque, bueno no, sí, sí lo podremos categorizar, es que sería más mixta. Una persona que tiene un mutismo selectivo o que está demasiado ansioso o demasiado desesperada para poder comentarte el caso o para poder darte bien los signos y los síntomas desencadena toda una cascada. Entonces es un paciente que por su ansiedad, por su desesperación no te va a comunicar bien las cosas, va a tener una respiración mucho más alterada, esto le va a producir una hipoxigenación, va a aumentar el cuadro de taquicardia y va a tener mayor complicación o por lo menos va subjetivamente a sentirse mucho más enfermo con una mayor complicación a la que realmente tiene. Sí, entonces son pacientes que de pronto tienen una neumonía o tienen una infección, sienten el ahogo, pulmón está bien, no tiene ningún signo que me haga pensar que necesita intubación o que se me va a morir por parte respiratoria, sin embargo la sensación de falta de aire lo pone mucho más ansioso y eso al paciente lo pone peor, no puede hablar, no puede comunicarse entonces se complica un poquito el cuadro, a eso se le suma también la ansiedad del familiar del paciente que también interviene mucho aquí. Entonces ambos como que confluyen y ponen peor todavía al paciente por ver a sus familiares mal. Y eso sí podría, yo podría creo que categorizarlo ahí, sí. Si hemos tenido esos casos de pacientes que no están tan mal por signos vitales están en teoría bien, pero por el tiempo de espera por la sensación subjetiva de que ellos están mal, de que no pueden respirar de que no pueden caminar bien, cualquier cosa que a ellos realmente los esté afectando, no en el grado de que la patología los esté afectando ellos sí lo sienten y eso a veces nos distorsiona el cuadro. Que ellos te gritan que se está ahogando, que se está muriendo, que está empeorando cuando uno por examen físico y por signos vitales los ve que siguen iguales. Entonces sería algo más como una cuestión somática, o sea como que por más que no esté revelado en los datos y que no se pueda evidenciar como es transmitido, altera el desarrollo. Entonces nos descompensa un poquito más porque ese mismo tema de la desesperación nos puede hacer entrar en otros cuadros. Los riñones que han estado fallando. No tenía mucha conciencia de su enfermedad, pero viene con unos exámenes que ya denotan que el riñón está fallando y que necesita diálisis. Entonces, ya hoy día, justamente antes de

irme, lo vio el nefrólogo y le indicó lo mismo, que necesita ponerse un catéter de hemodiálisis y someterse a diálisis tres veces por semana. Entonces, es una noticia que se impacta bastante fuerte. Es el tratamiento que requiere y es un tratamiento dialítico de por vida. Y la parte emocional de él, el paciente se puso a llorar porque es una persona relativamente joven, tiene 44, 45 años, y ya tiene que someterse a procedimientos dialíticos y está rezagado a una máquina de diálisis tres veces por semana. Entonces, tanto él como la mamá no estaban de acuerdo y estaban retrasando el tema del ingreso y el procedimiento para colocarse el catéter. Entonces, eso influye mucho sobre el tratamiento. Influye sobre uno también porque hay que ser también realistas con nosotros. En el ámbito médico no tenemos un ambiente ideal en donde tú puedes darte tu tiempo para atender en emergencia a cada paciente y darle todo lo indicado. Entonces, tienes un grupo de pacientes atrás de este que necesitan tratamiento, que también están en espera, y si no toma la decisión rápido, tú tienes que tomar una decisión, no por él porque no puedes, pero si tienes que tomar una decisión más fuerte y decirle, bueno, no quiere o está indeciso, permiso, salga. Cuando decida o si se niega, me firma y yo tengo que ver otros pacientes. No es por ser malo, pero es lo que uno tiene que hacer en el sistema de salud que tenemos. Ahí, por ejemplo, me influye un poquito a, ¿sabes qué? Listo, estás dudando, no lo quieres, permiso, vayas, no se le coloca, y yo me voy con otro paciente.

Entrevistador: Le pregunto, usted cree, hablando por el tema este de los sistemas de salud que hay en los diferentes hospitales, ¿usted cree que la institución, dependiendo de cómo sería su estructura, privada, pública, también influye bastante en la forma que se ejerce, puede ser los saberes, tanto médicos como de salud mental, ¿usted cree que eso también influye?

M: Más que de saberes, no creo, es que tienes, es más complejo que responderlo en una sola pregunta. En el tema académico, obviamente la...

Entrevistador: Disculpe, doctor, se fue la señal, se... Sí, no, me está entrando otra llamada, perdón.

M: No respondí nada todavía. No se preocupe. A ver, le estaba comentando que es un poquito más complejo... En el tema mismo público, tú tienes una mayor cantidad de experiencia y una mayor cantidad de personas con las que puedes estudiar, aprender y practicar. En ese aspecto, en la pública, es mucho más. Pero eso mismo te despersonaliza un poco, porque al tener mayor cantidad de pacientes, te exigen más producción en menor tiempo. Entonces, empiezas a despersonalizar un poco el paciente, no le puedes dar el tema ni el tiempo adecuado, porque tú tienes que manejar un mayor flujo. En el privado, tú manejas menos pacientes, te puedes dar un poco más de tiempo con ellos, pero al final el tema de salud mental influye en el aspecto no solamente del tiempo de evolución que tienes con cada paciente, sino en el aspecto también de lo que tienes de insomnio. Entonces, tienes mayor cantidad de insumos en la privada, pero también tienes un mayor costo a nivel de lo que puedes o no puedes hacer y tienes o no tienes que hacer con ellos.

Entrevistador: Claro, eso es algo que no había tomado en cuenta, que también lo que usted haga en un paciente también implica costos. Y claro, eso no lo había tomado en cuenta, es verdad. Bueno, entonces le pregunto, ¿cómo debería ser tomado el rol de la escucha del paciente en estas áreas de urgencia?

M: El problema con la escucha en el paciente es que no hay un tiempo adecuado. El tema con ponerte a sentar, y creo que tú como estudiante de psicología lo puedes saber mucho mejor, tú necesitas darte tu tiempo para poder hacer una conexión con el paciente, acercarte, conversar, que él también te pueda comentar las cosas que necesitas. Entonces, necesitas un poquito más de tiempo con él, que es tiempo que no tienes en el paciente. De nuevo, retomemos lo que es el tema de urgencia y emergencia. Un paciente que está en una emergencia franca, que tienes 15, 20 minutos para poder tratarlo, iniciar todo, desencaminar el protocolo de tratamiento y salvataje de la vida del paciente, 15 minutos no es nada para hacer todo lo que tienes que hacer, más poder conversar y darle el tiempo de escucha al paciente. Lo mismo en patología psiquiátrica, solamente entablar una conversación en

donde ya el paciente se pueda abrir y conversarte algo, 15 minutos es solamente la introducción. Entonces, si lo veo bastante limitado, no veo muy viable todo el tema de salvataje y emergencia a nivel de comunicación, justamente por ese tema, porque tienes poco tiempo. Y lo que te digo, los 60 minutos o las 2 horas que tienes para tratar al paciente en una urgencia, no son 2 horas que tú estás con el paciente y sentado en esas 2 horas, son 2 horas que tienes para tratar la patología. Pasadas las 2 horas puede que se te muera el paciente, es el tiempo como que límite, de ahí igual lo que te dan es muy poco tiempo para que tú lo atiendas. Entonces, el tema de que puedas todavía entablar una conversación, muchas veces te quedas muy corto, por eso en emergencia no entras tanto en contacto con el paciente, tratas de hacer una conexión muy, muy, muy por encima de la corteza, porque no te da el tiempo realmente como para conectarte con ellos. Y es por eso también que se siente el problema, no sé si algún otro médico o colega te ha contado, pero usualmente en emergencia justamente tienes ese problema. El problema es que casi siempre es conflictiva, los pacientes están reclamando, son muy demandantes, porque todo el que va a emergencia sostiene que se está muriendo o que está mal, tiene esa sensación subjetiva de muerte. Pero no todos tienen una complicación grave que amerite emergencia, que amerite una atención pronta, la cantidad de pacientes te acorta a ti el tiempo que le puedes dar a cada uno, entonces menos tiempo todavía.

Entrevistador: Claro, sí me han comentado que puede ser un poco que influye el nivel sociocultural que hay como a nivel de Latinoamérica que el sistema de emergencia es mal usado, porque es para, como usted bien ha delimitado, casos que tengan poco margen de tiempo para poder tratar y que no pase a una pérdida de la vida. Y la gente va más por la inmediatez, más que por la situación como tal.

M: Obviamente influye en la parte de cómo se sienten, pero a la larga eso hace entorpecer lo que realmente es una emergencia, y les toca como que estar escarbando entre muchos pacientes, tratar de encontrar a alguien que sí requiera de un tratamiento de emergencia. Claro, entonces nos limita mucho, no le puedes dar el tiempo adecuado al paciente que realmente tiene

alguna patología, y obviamente si es un paciente con una depresión menor o con una depresión moderada, no puedes sentarte a darle o a iniciar una psicoterapia cuando tienes a dos pacientes más que se te están descompensando respiratoriamente, o viene uno que que consumió medicamentos y tienes que hacer un lavado, entonces es complejo, es complejo en ese aspecto. O sea, no es que sea menos importante, de hecho es muy muy vital, pero no nos da mucho tiempo como para poder manejarlo. Incluso yo creería que algo que está olvidado y que no se maneja es justamente el tema del manejo del familiar en el aspecto psicológico en emergencia. Porque en algunas ocasiones el paciente viene grave y no te responde o no está como comunicante, tú lo manejas simplemente como un paciente urgente, lo intubas, lo manejas, hace lo que sea necesario, pero el que más está gritando o el que más está reteniendo en ese momento toda la carga psicosocial, toda la carga psicológica del dolor de ver a su paciente mal es el familiar. Y usualmente uno, el que menos tiempo o el que menos tiempo le puede dar es al familiar, porque en ese momento está buscando es el paciente que se te está muriendo, pero se tiene un poco olvidado el tema de la carga familiar y del cuidador ahí.

Entrevistador: Claro, esa es una variable también súper importante, que no la toco en esta investigación, pero sí, se evidencia bastante en la práctica del día a día en los hospitales. Entonces le pregunto, ¿cree que el vínculo del paciente es importante? ¿Y qué factores creen que contribuyan o afecten al establecimiento de dicho vínculo como médico?

M: Por supuesto que el vínculo es importante. Si no estableces un buen vínculo con tu paciente, el paciente no cree en el médico, va a buscar una segunda opinión o simplemente no va a confiar en el protocolo o el tratamiento que tú le des y no va a estar seguro y no lo va a hacer. Eso puede retrasar el tratamiento, puede hacer fuga del paciente. En el ámbito público no es tan... no es que no se evidencia, pero es que no afecta tanto porque el paciente sigue siendo parte de la red de salud y puede obtener atención con otro médico en otro lado. En el ámbito privado sí se siente porque es un paciente que tú pierdes, ¿no? Pero el vínculo es vital, es de vital importancia. ¿Cuál

es el problema o qué factor me... no me contribuye, sino que me afecta realmente al vínculo? Es el tema de lo que te dije, es el factor tiempo. Tú no puedes establecer un vínculo real o un vínculo apropiado en menos de 15 minutos. La mayoría de ocasiones lo que establece un vínculo un poquito más de confianza entre los familiares y el paciente es la confianza que el médico tenga y cómo proyecta la imagen el médico que sepa. Entonces si tú ves un médico que está proyectando una imagen de confianza, de que sabe, usualmente por eso los médicos viejos, o por no decirle viejos también, a los que se ven mayores, con más experiencia, usualmente evocan un poquito más de confianza simplemente con ver cómo llegan, cómo manejan el paciente, cómo hablan. Pero es un tema que también ellos lo manejan porque ya tienen sus años en donde han aprendido a manejar esa clase de pacientes. Pero el problema más importante, que el vínculo es realmente importantísimo, pero es difícil por justamente ese tema del tiempo que tienes para manejar al paciente. Como tienes muy poco tiempo o nada de tiempo para manejarlo, no puedes establecer un buen vínculo.

Entrevistador: Entonces, para pasar a la última pregunta, ¿ha experimentado algún caso en el que la intervención de un profesional de salud mental haya contribuido a la forma de abordar una urgencia médica?

M: No por un profesional de salud mental, pero sí hemos visto que utilizan ciertas técnicas algunos médicos. Por ejemplo, cuando el familiar del paciente está en cierta duda de un tratamiento o de un protocolo riesgoso. Ahí sí he visto que es importante tener ciertas técnicas como para poder encaminar y convencer a los familiares o al paciente de hacer el tratamiento. De nuevo, te pongo el ejemplo que te comenté, el paciente que requiere hemodiálisis. Entonces, aquí sí sería de vital importancia el manejo con alguien de psicología que pueda darle cierto soporte y manejo al paciente. Porque, sea como sea, lo podría poner como similar a cuando le dan diagnóstico de una enfermedad tumoral o oncológica o infecciosa como el VIH. O sea, el paciente en ese momento no está informado. El paciente en ese momento no sabe toda la información de la enfermedad. Tiene nada más los cejos de conocimiento que tiene de la calle. Y si en ese momento se ponen

a buscar en internet, le sale cualquier cosa de Google o cualquier cosa de cualquier red social. Entonces, no va a tener una información tan verídica apegada a la ciencia. Y no tienes tampoco mucho tiempo como para darle que investigue, que pregunte, que haga. Entonces, aquí, en este caso, sí para mí fue vital que se llame al psicólogo del área para que lo pueda manejar. Porque necesitas darle calma al paciente con tensión, que entienda que es el procedimiento adecuado, que entienda que no va a ser el fin del mundo, o que tiene otras opciones, o que se puede manejar. Pero en ese tema sí creo que hay ciertas patologías o ciertos diagnósticos o tratamientos que sí necesitamos la colaboración de salud mental para eso.

Entrevistador: Ok. Entonces, Dr. Macías, esto sería todo. Muchas gracias por su tiempo y también por las respuestas e información que me ha brindado. Entonces, muchas gracias por su ayuda.

M: No hay problema. Espero que te vaya superbién en tu tesis. Cualquier duda, cualquier cosa, háblale nomás a la Dra... Estoy dispuesto para ayudarlo.

Entrevistador: Ok. Muchas gracias, entonces. Pase bien. Cuídese.

M: Cuídese.

Hospital 1

Medico de cirugía

M3

Entrevistador: Entonces, con la primera pregunta, para poder diferenciar el tema principal, ¿me podría definir para usted qué es la urgencia? Referente a una urgencia médica.

M: Claro. Referente a una urgencia médica es una situación clínica en la cual algún tipo de característica del paciente identifica una necesidad imperiosa de atención porque pone en riesgo su vida.

Entrevistador: Ok. Y le pregunto a usted si es que alguna vez ha escuchado el término de urgencia subjetiva.

M: No, no lo he escuchado específicamente.

Entrevistador: Ok. Entonces, la urgencia la podemos encerrar en el marco de una situación que ponga en riesgo la vida del paciente. Puede ser una amputación, puede ser algún accidente que haya tenido una perforación. Entonces, eso sería la urgencia, ¿verdad?

M: Lo que pasa es que para eso existe una escala de triajes. Una escala de triajes. Se diferencia la unidad de terapia intensiva de la unidad de emergencia porque en la unidad de emergencia tú tienes un sistema que se llama triaje. El triaje tiene una clasificación específica. El triaje internacionalizado, por así decirlo, es el triaje de Manchester. Y creo que alguna vez ha visto una experiencia de que le ponen un brazalete con un tipo de color específico. Entonces, dependiendo del tipo de color amerita el grado de atención prioritario. Toda paciente que se supone que llegue a emergencia, en teoría, pasa por ese triaje. Entonces, el grado de urgencia está definido por una escala ya establecida. La interpretación no debería ser subjetiva en un paciente que acude a un área de este nivel. Si lo termina siendo por situaciones como expresiones del paciente, como algún tipo de situación de empatía entre el médico o algo. Lo difiere mucho porque en realidad el sistema es complejo. Las personas van a una atención del área de emergencia porque ellos consideran que su situación debería resolverse ya por algo de molestia que les crea y que probablemente en consulta no los van a atender cuando ellos desearían. Y el problema principal de situaciones de país en vida de desarrollo como la de nosotros es que efectivamente probablemente si él va a una atención médica la consulta se la daría en dos semanas, tres semanas, hay algunas que se la darían en un mes. Y claro, si el paciente considera que lo

que está haciendo le da premio de ser atendido, pues no lo va a ver bien. ¿Qué es lo que hace la mayoría de los pacientes? ¿Cómo atajo va la emergencia? Claro, que la gran mayoría de ocasiones es así. Un 80% de ocasiones es así. Claramente está, como te lo vuelvo y te lo repito, no es una culpa específica de la subjetividad del paciente, sino que corresponde a cómo actualmente funciona el sistema de gestión sanitaria. Si tuviéramos un sistema de gestión sanitaria eficiente que daría atenciones acordes por médicos que tuvieran una línea de heridación específica con hospitales que atenderían esa línea de saturación específica, probablemente la emergencia se pueda funcionar de forma acorde. Te pongo un ejemplo. Tiene un paciente con un sangrado por el recto. El paciente al ver sangre lo va a identificar como una urgencia. Pero si eso es de un hemorroides, probablemente el paciente tenía el hemorroides seis meses y justo ahí pasó algo, capaz la dureza de su ejército provocó una ruptura de la varice, que rompió y se quebró. Técnicamente, eso si lo viera una consulta, un médico general que tuviera algo de conocimiento, probablemente le daría oxibroc, le daría daflon, un antiinflamatorio, y eso debería mejorar en dos semanas hasta que probablemente lo vean con los proctólogos y programen una cirugía o que dé una evaluación a la medicación. Lo que regularmente pasaría aquí sería que el médico va en emergencia, le dicen que eso no es una urgencia, ocupa una atención, él molesta porque no puede estar sentado, porque lógicamente le molesta la región perianal, y pues va a tener un centro de salud. En el centro de salud, muchos médicos, en todo el contexto de cárcel, lo digo, no saben qué deberían de dar en ese tipo de situación. El paciente se molesta y de cierta forma termina un paciente en el limbo. Luego eso pasa a ser una hemorragia estrombosada y que se convierte en una emergencia. No, no, eso tiene una escala. Cuando todos los pacientes llegan, llega un triaje. El triaje es el que toma signos vitales. La toma de signos vitales identifica, ya hay un riesgo que ponga en riesgo la vida del paciente. Luego de eso pasa una consulta. En esa consulta se identifica la necesidad de que el paciente dentro del área de emergencia pueda pasar a un área específica de atención. En una emergencia, en casi todas las emergencias internacionalizadas v, hay un área de observación, un área de procedimientos y un área de choque. La de procedimientos también se podría pasar a llamar

del área en área. Entonces la observación es un paciente que amerita atención hospitalaria, pero probablemente sea provisional, 72 horas que se resuelvan sus cuadros. Entonces nunca termina ahí en la hospitalización, sino que está ahí. Hay otros pacientes que esperan 24 horas y que, por ejemplo, es un paciente que ha tenido una diarrea, que le duele el abdomen en la vida y que, lógicamente, acude porque cree que está en una emergencia y tiene que esperarlo. Se le hace una ecografía, se le hace laboratorio, se descarta en el contexto del cuadro, pero está en el área de rehidratación y está en el área de hidratación. Y pacientes que llegan con los signos vitales superalterados, que llegan dormidos básicamente, pues terminan en el área de choque, que es un área donde está manejada por personal que atiende, por decirlo así, pacientes de terapia intensiva. Y de cierta forma va a estar ahí hasta que haya un cupo en terapia intensiva para que pase al área de terapia intensiva.

Entrevistador: Entonces, con respecto a esta clasificación que me comenta, le pregunto, ¿cuál sería el abordaje del equipo médico durante la atención de un paciente en urgencia? Me comenta que esto es delimitado por la escala que derivan a los pacientes dependiendo de su situación. Pero es algo que tienen que pasar ciertas características para poder ser identificado como tal, ¿verdad?

M: Sí, pero es que es muy complejo. Es decir, resumirte eso sería la forma en la que ya te dije, con los ejemplos que te mencioné. Ahora, decirte de alguna forma más específica que es complejo, porque te diferencia... Yo te pongo un ejemplo. Un paciente tiene un problema de vesícula biológica. Ya tiene cálculos. Entonces, ya el paciente tiene esos cálculos. Va con mucho dolor, lógicamente. El paciente siente que se va a morir, que lo debemos operar urgentemente. Le va, le hacen una hipografía y efectivamente están los cálculos y le provoca el dolor. Ahora, esto debería ser operado. Y por ende, para el paciente, como ya le provocó mucho dolor, debería ser operado ya. Pero los cupos de cirugía están llenos. En ese momento en que está inflamada, la vesícula no se puede operar. La vesícula se opera cuando realmente está desinflamada porque si no, forrará muchos riesgos que te

compliquen. Entonces, el paciente debería estar hospitalizado por 48 horas o 72 hasta que se desinflame eso y luego intervenirlo. Pero no hay cama. Entonces, no vamos a ocupar cama en un paciente que tiene algo tan sencillo, por así decirlo. Es una forma, capaz de parecerla, pero es real. Entonces, al paciente lo envían a casa y le dicen que va a ser agendado por la cirugía general para una cirugía programada. Pero, si ese mismo contexto del paciente va, cuando le hacen una hipografía, identifican que uno de esos cálculos está ya yéndose hacia unos tubitos que hay por ahí, que ocasionan una pancreatitis. Y en las exámenes de laboratorio confirman esto. El paciente se lo meten a un paciente de ingreso hospitalario. Y esa pancreatitis, que ahora tiene asociada, también se clasifica en otro grado. Y dependiendo de esos otros grados, el paciente puede ser manejado en hospitalización, o puede ser manejado en terapia intermedia, o puede ser manejado en terapia intensiva. Así que, en realidad, va a diferir mucho del contexto global. Cada patología tiene su identificación de grados de gravedad. Hay escalas adicionales a las que te mencioné que miden el estado de gravedad. En terapia intensiva, nosotros manejamos escalas específicas que aborden eso. Escalas de cómo el paciente llega, si llega dormido, llega despierto, el paciente por los laboratorios, el grado de fallo de sus órganos. Todo eso se hace en el contexto que llega un paciente.

Entrevistador: En esta tesis es todo lo que traiga al sujeto o al paciente a desarticularse con la realidad. Pacientes que están totalmente alterados, ya sea por algún tipo de ataques de pánico y falta de colaboración debido por el incidente, o también pacientes que no hablan y que hay como una especie de mutismo selectivo. Puede ser la urgencia tanto ruidosa o visible como también que todo lo que desarticule al paciente a poder desarrollar un diálogo con el otro, en este caso con los doctores. Entonces, viéndolo de este modo, le pregunto, ¿usted en su experiencia se ha enfrentado a alguna situación en la cual el estado emocional del paciente influye en las decisiones de un tratamiento?

M: Claro que sí. Muchos de ellos a veces han estado en el miedo. Tenemos pacientes que saben que deben ser ingresados y no quieren ser

ingresados. Tenemos pacientes que deben ser ingresados directamente a terapia intensiva y los familiares no quieren que estén en esa área porque están malditos las familias así. Comienzan a hacer comparativas de un joven de 30 años con lo que le pasó a una persona que ellos conocían de 80 años. Es lo mismo cuando después tienen el mismo nombre de patología. Hay pacientes con pacientes de 80 años que claramente va a ser complicada y termina muriendo. Lo mismo le puede pasar a un joven de 30 años que va a estar siendo hospitalizado adicto en UCI, pero el paciente luego sale del cuadro. Entonces, el abordaje del paciente siempre va a estar basado para mí en el nivel de cultura y en el nivel de conversación o explicación que lleve el médico. Y claramente el nivel de estrés que te lleva a un área de ese tipo a veces involucra que no podamos tener la paciencia de poder hablar así con el paciente. Podría decirte lo mismo, pero por ejemplo, usted como psicólogo, si yo le dijera un día que tengo a 40 personas con crisis depresiva y que todos sienten en ese momento en unas escalas, en bien sea como hago una escala de B, todos me dicen que tienen un puntaje alto, entonces todos deberían tener atención ese día. Por ende, usted debería bajar la consulta normalmente que atiende en una hora, entonces debería atender a todos en probablemente 20 minutos. Al atender las 20 minutos, usted lógicamente la calidad de su discurso, la atención que el paciente crea que le aborda a su problema va a ser nula y el paciente en realidad no va a sentir que usted tuvo aprehensión con él y capaz ni siquiera va a querer hablar con usted, porque usted va a llevar un discurso rápido. Lo mismo ocurre con una unidad de este tipo. Lamentablemente no tenemos la posibilidad de atendernos con un paciente de una hora. En una unidad de emergencia usted tiene 40 o 50 pacientes por día, por ende el discurso es muy selectivo y yo pienso que eso se involucra lógicamente en la forma en la cual el paciente se sienta. Y eso se basa en la pregunta de subjetividad que esa sería ahora. Si usted se refiere a que hay pacientes que por alguna otra situación pues casi todas son basadas en perjuicio y descultura. A veces el paciente espera que cuando llegue allá todo el mundo se mueva, todo el mundo corra, le meten un resonador y todo, pero lamentablemente así no funciona en un país de bienestar. Hoy es por el contexto de la recursos.

Entrevistador: Entonces, ¿cree que desde su lugar como médico hay alguna forma de atención de este tipo de urgencia que se caracteriza como subjetiva? ¿O lo dejan a un lado para que otros profesionales se encarguen de eso? ¿Que si desde su lugar como médico hay alguna forma de abordar esta cuestión subjetiva? ¿Usted la identifica como algo cultural, algo de prejuicios? ¿O ese tipo de problemáticas la descartan o se la derivan a otro profesional o tratan de abordarla?

M: Si, el flujo no lo permite. Por ejemplo, si me llego a una situación de especialidad en emergencia, el médico especialista no se va a acercar en emergencia, en media hora, y tengo pacientes que si eso no pasa se van porque dicen que están bien todos los dos y nadie los atiende. Entonces, es complejo. Si usted me pregunta a mí, es una suma de cosas. Claro, la cultura y la subjetividad del paciente cogen en marcha mucho, pero también es la falta de aprehensión de nosotros para poder dialogar mejor con ellos y dar una explicación posible. Sin embargo, en realidad, como todo ser humano con ese volumen de pacientes que ve, se colapsa y se cometen errores.

Entrevistador: Claro, claro. Entonces, ¿cómo cree que el rol de la escucha del paciente en una urgencia debería ser tomada? ¿Usted cree que es algo que debería estar siempre presente o algo que pasa segundo plano dependiendo de la situación?

M: Debería estar siempre presente, claro. Claro, es totalmente cierto. Pero en un área de emergencia, para justamente... Las escalas, los triajes, no se inventaron como un concepto empático ni aprehensivo. Se inventaron por un contexto de gestión. La mayoría de cosas se inventan por tratar de maximizar los recursos de una institución. Entonces, yo diferencia al paciente que debo ingresarlo a que lo debo de manejar con medicación ambulatoria para ahorrarme recursos como salud pública. Si en eso se trata la salud pública, probablemente nadie le presta atención. Entonces, no me interesa lo que un paciente me diga vulgarmente. Si en los laboratorios dice algo diferente, aunque te escuche mal. Es decir, si el paciente me llega a decir que le duele mucho eso y yo le hago una ecografía, le hago una tomografía, le

hago laboratorios, aunque a las tres horas el paciente sigue con dolor, yo dejo de cualquier situación urgente y se debe manejar con medicación para el dolor. Ahora, el problema es que a lo mejor no sobredimensionan su capacidad para identificar un diagnóstico sin estos exámenes, solo con cómo lo tocan o demás, no haciéndolo bien. Y claro, luego el paciente llega después de dos horas complicadas. Y para atrás, yo le cuento un caso. Ahorita tengo en mi área a un paciente que falta en vida por un medicamento y me dice que el paciente está bien, que puede ser manejado en casa y a los 10 minutos el paciente ingresó nuevamente a emergencia, ingresó al área de choque y terminó haciendo una parada de carga respiratoria y le tuvieron que dar el RCP por 15 minutos y estaba en un sitio. Entonces, probablemente el discurso de la paciente no fue el problema. El problema fue la forma objetiva en la que el médico valoró a ese paciente. Entonces, más allá del discurso que traiga el paciente, usted toma decisiones en base a los datos, porque eso puede traer también consecuencias, como comento. Es que los datos se inventaron para quitar la subjetividad, porque la subjetividad de un médico siempre va a ser un problema.

Entrevistador: Le pregunto, avanzamos con las dos últimas preguntas. ¿Cree que el vínculo con el paciente es importante? ¿Y qué factores creen que contribuyan o afecten al establecimiento de dicho vínculo?

M: Sí, es vital. Y relacionan la atención que el paciente crea que recibe sobre su problema. La atención que el paciente que recibe va a permitir que él hable mal. Y probablemente, a veces la información que le dice un médico valida de lo que le dice al otro por esa atención que el paciente le da. Y justamente, pequeños datos claves son los que nos permiten llegar a un mejor diagnóstico.

Entrevistador: Ok. Y ya como última pregunta, ¿ha experimentado algún caso en que la intervención de un profesional de salud mental haya contribuido a la forma de abordar una urgencia médica?

M: Sí, en realidad el abordaje de ellos es muy vital. Nos permite lograr hacer una mejor conexión con el paciente, comprenda mejor lo que ocurre y por ende, tenga un mejor apego al tratamiento, a la internación que va a tener.

Entrevistador: Ok. Y ya como una pregunta adicional, ya que en su discurso noto bastante también como mucha influencia de la institución, también como está estructurada y como gestionan todos estos procedimientos. ¿Usted cree que la institución también influye en la calidad de abordaje de un hospital y eso también afectará como en su práctica? El tipo de institución en la que usted ejerce.

M: Claro que sí. Es que una institución es hacer todo, es hacer programas de atención. Es el número de pacientes que ingresan. Esto es global. Una institución depende de todo. El gerente, dirección técnica, coordinaciones de cadáveres específicas. Si ellos no saben hacer su trabajo, pues todo lo demás va a funcionar mal.

Entrevistador: Ok. Entonces la práctica médica también no solamente depende de los conocimientos y saberes del que lo ejerce, sino también desde donde se hacen, que en este caso es un hospital. Al ser el hospital del IES, eso también ha de cambiar en su forma de atender. ¿Usted cree que si, por ejemplo, atienden un hospital privado, eso fuera un poco diferente, habría mejorías? ¿Usted cómo lo nota? ¿Usted cree que la institución donde se ubica la practica, influye en la manera ejercer su profesion? en el contexto de hospital publico y privado?

M: Si, la verdad que eso se responde de una manera muy fácil, ya que la institución lo es todo, la institución es la que permite y no, hacer en el lugar y si no hay una buena gestión, nada va a funcionar, también hay que entender que el hospital público no le importa si el paciente vuelve o no, por muchos factores, falta de recursos, mala gestión burocrática y el contexto en el que se encuentra la institución en ese momento. En cambio, la institución privada trata de brindar no solo una atención buena, sino que también una experiencia en la que te sientas tomado en cuenta, hasta después de cada consulta, hay

valoraciones de atención para ver en que se puede mejorar. Eso no pasa en una institución pública regularmente.

Entrevistador: Bueno Doctor, muchas gracias por su colaboración, me ha brindado mucha información fundamental, que suman diferentes perspectivas a las que se tenían en cuenta. De antemano le agradezco la oportunidad de haber aceptado este espacio.

M: No hay de que pase buena tarde. Adiós

Hospital 1

Medico de UCI

M4

Entrevistador: Entonces, primero quisiera saber desde su experiencia, ¿qué es una urgencia?

M: A ver, urgencia es una patología que presenta un paciente en la cual tiene que razonarse en las 24 horas y no puede complicarse.

Entrevistador: Ok. Le pregunto si es que alguna vez ha escuchado el término urgencia subjetiva.

M: No. O sea, sí la he escuchado, pero no entiendo el concepto propiamente.

Entrevistador: Claro. Ok. Para hacer un breve inciso, la urgencia subjetiva vendría a ser algún paciente, alguna persona que ingrese como al área de emergencias, por ejemplo, y esté totalmente desarticulado en el lazo social. ¿A qué nos referimos con eso? Que cuando se le hable y se le den indicaciones o se le pregunte para que responda, el paciente no pueda articular ningún tipo de discurso. Y eso obviamente impide que se pueda haber una comunicación. Y eso es producto más de la situación, tal vez de

emergencia, es producto de cómo esa persona procesa. Puede ser un poco en el lado subjetivo la situación, la cual puede despertar ciertos rasgos traumáticos, angustia, pero no va tanto ligado a la parte física, sino cómo esa persona está viviendo, cómo sería la vivencia entonces. Y esto lo desarticula totalmente. A eso nos referimos desde el lado psicológico con la urgencia subjetiva.

M: O sea, pacientes así vienen de emergencias. Son pacientes que vienen diagnosticados con un trastorno psicológico, psiquiátrico, depresión, ansiedad, esquizofrenia. Así vienen a la emergencia. Pero que tenga un paciente por propios medios, así, sentarse y no decir nada, eso no se consideraría como una urgencia, se consideraría más como un trastorno de comportamiento, pero a causa de él lo sabemos.

Entrevistador: Claro, es que la urgencia se puede manifestar de una forma disruptiva, como un ataque de pánico, o también de una forma que sea como silenciosa, como un mutismo selectivo, que no dicen nada, pero está pasando por una situación que no le permite elaborar. Entonces, le pregunto, ¿cuál es el abordaje del equipo médico durante la atención de un paciente en urgencia?

M: ¿En ese tipo de pacientes, un abordaje?

Entrevistador: No, no, desde la urgencia, ¿cómo usted lo categoriza? ¿Cómo puede ser la médica, por ejemplo, desde su área?

M: O sea, nosotros nos basamos bajo un triaje de Manchester, que es el triaje que categoriza las patologías según la urgencia y atención. Partiendo del rojo, que es la emergencia en el cual crítica, por ejemplo, que si no se resuelven rápidamente, el paciente muere. Es una atención inmediata. La urgencia amarilla es la urgencia en la cual el paciente tiene que ser atendido para tratar de ver qué le sucede, y si no se puede complicar en menos de una hora. Y la urgencia verde, 24, la urgencia verde, la urgencia azul, y cosas así. Entonces, dependiendo de cómo venga el paciente, uno lo categoriza. Si

viene un paciente con un dolor precordial, tipo infarto, es una urgencia que puede ser amarilla o naranja, dependiendo del tipo de evolución. Si es un dolor que es agudo, que es inmediatamente, en una hora, tiene síntomas específicos, es una urgencia roja, inclusive. Porque es un posible infarto. Entonces, no es que tenemos a certeza 100% de cómo puede ser. Pero dependiendo de la sintomatología del paciente, uno puede categorizar la emergencia.

Entrevistador: Ok. Le pregunto, ¿cree que desde su lugar como médico, hay alguna forma de atención de este tipo de urgencia que se categoriza como subjetiva?

M: Subjetiva... O sea, se podría... A ver, el paciente ingresa al triaje, y el triaje se encarga de valorarlo. Pero si el paciente no responde, o no conecta con el médico en la respuesta que le da, porque es un interrogatorio breve, entonces es casi imposible decir si es algo que amerita ingreso, amerita observación, amerita ambulatorio, no lo sabemos. Porque no sabemos si el paciente está sufriendo un trastorno quizás frenético, un trastorno neurológico, mental, no sabemos, no tenemos idea. Entonces, lo que haríamos en ese caso es esperar que venga un familiar con trabajo social para poder hacer eso.

Entrevistador: Ya... Una pregunta, entonces, ¿este triaje se basa tanto en las respuestas de la persona, o también se basa por los datos, por los exámenes que se hagan en el momento, y la información, por ejemplo, clínica?

M: Lo que pasa es que, si viene un paciente sin exámenes, o con exámenes, ahí se puede categorizar, a veces hay encefalopatía, o sea, que venga un paciente que me diga, no tengo, o sea, se siente y no diga nada, no lo podría categorizar.

Entrevistador: Claro. Ok, ok. Le pregunto, ¿se ha enfrentado alguna situación en la cual el estado emocional del paciente influyó en las decisiones del tratamiento?

M: Claro, sí, ya bastante. O sea, como por ejemplo, hay pacientes que vienen solos y tienen trastorno de como esquizofrenia o disparemia, a veces es complicado, o a veces pacientes que vienen en estado de, se podría decir, vienen irritables, o asustados, no sé cómo poder catalogarlo, pero a veces hay pacientes que vienen, más que los pacientes, son los familiares que vienen e impiden una atención adecuada al paciente. Ya. Como por ejemplo, lo que más vemos aquí son, más que todo la parte religiosa, son los testigos de Jehová, que por su mente, su religión no permite transfusión, y hay pacientes que se han muerto por no transfundirse.

Entrevistador: Ya. O sea, también viene, más que también la parte emocional, también algo sociocultural, dependiendo también de las creencias.

M: Exacto, sociocultural, socioeconómico también, hay pacientes que vienen y como no tienen recursos, porque el estado actual de salud es pésimo y no hay recursos, entonces necesitan comprar medicación, y como no hay medicamento, se van. O hay pacientes que es verdad, vienen, más que todo vienen las madres con sus hijitos, y como no dicen nada, no se los puedo atender y se los llevan. Ya. O sea, también un poco la parte de educación, en el sentido de que si no pueden expresar, o como sería, describir lo que está pasando. A veces, sí, a veces vienen pacientes con sus hijos, vienen los objetos analfabetos, que no saben escribir, esas cosas. Ya, entonces esa es la situación, es complicado.. O los pacientes que vienen con, pacientes que vienen con, sus pacientes que tienen patologías. Algo cognitivo. que ellos no se saben expresar, no saben qué decir, la familia como ya tiene su comunicación directa, ya saben expresar. O los pacientes también sordomudos, los pacientes que tienen trastornos de lenguaje, tienen dificultades para el lenguaje, los niños, también pacientes autistas, o sea, vienen de todo un poco.

Entrevistador: Y esos, y ese tipo de pacientes que de cierta forma se salen de la norma del triaje de Manchester, por ejemplo, se los puede

categorizar bajo esa misma tutela, o se los cambia, ¿o se trata de hacerlo posible?

M: O sea, exacto, o sea, pasa que la atención no se le puede dar a ningún paciente, la cosa es cómo categorizar al paciente, cómo se lo puede abordar y intervenir al paciente. Porque hay un paciente, si hay un paciente con fisionomía de 13 años de edad, obviamente, pues la cara y todo lo demás, se siente, no dice nada aún, el paciente, no sabemos qué tiene, no sabemos nada, pero por algo está en el hospital, puede estar perdido, puede dolerle algo, o sea, hay que tratar de ver cómo se aborde ese caso. Entonces ahí trabajamos con trabajo social, obviamente, para que ellos se comuniquen, porque igual, si tienen documentos, es más fácil, porque hay un banco de datos, hay un sistema, y si no, pues ya viene complicado.

Entrevistador: ¿Qué rol cree que debería tener la escucha del paciente en una urgencia en ese entonces?

M: Obviamente, el médico tiene que escuchar al paciente, porque a veces el paciente no se sabe expresar o a veces hablamos con palabras muy mnemotécnicas que no entiende el paciente. Entonces hay simplemente que coger y saber abordar. Entonces digamos, supuestamente dice el doctor, me duele la barriga, me duele el estómago, me duele la cabeza, le preguntan el cuándo, cómo es el dolor, aparte de eso, ¿qué más síntomas tiene? Entonces ahí uno va abordando más al paciente y viendo, pero tratando de discernir qué es lo mismo puede tener el paciente.

Entrevistador: Le pregunto, ¿cree que el vínculo con el paciente es importante? ¿Y qué factores creen que contribuyan o afectan al establecimiento de dicho vínculo en un estado de urgencia?

M: Lo que pasa es que uno como médico tiene que generar un vínculo con limitaciones a la parte del paciente. Uno tiene que apersonarse, tratar de ponerse en el papel del paciente, porque igual tiene que tratar de ver, tratar de expresarle, que sabe que mire, no sé lo que usted siente, pero por lo que

usted me está diciendo puede tener esto, esto, esto. Entonces creo que la comunicación efectiva con el paciente es lo ideal, porque hay que saber escucharlo, porque a veces los pacientes no saben cómo expresarse, no saben, dice el doctor, me duele la espalda, pero también me duele el cuello, también me duele esto, pero tratar de discernir en todo lo que el paciente me dice para yo poder darle algo que sí puede tener sentido en esto.

Entrevistador: Y ahora ya, como última pregunta, ¿ha experimentado algún caso en el que la intervención de un profesional de salud mental haya contribuido a la forma de abordar una urgencia médica?

M: Claro, a veces vienen pacientes, a veces vienen adultos mayores que vienen a las familias a dejarlos ingresados como no quieren tenerlos en la casa, entonces este tipo de pacientes, a veces vienen pacientes código púrpura, a veces vienen pacientes que son con discapacidad intelectual, física, entonces este tipo de pacientes siempre se tiene que abordar con trabajo social que es la psicóloga para poder ayudar a que la parte social nos ayude a poder valorar mejor al paciente y coordinar mejor con el paciente.

Entrevistador: Una pregunta, el código púrpura...

M: pacientes con sospecha de violación. Ellos también entran porque vienen niñas o vienen personas discapacitadas con sospecha de violación.

Entrevistador: ¿Y el trabajo social, ahí también entran psicólogos?

M: Es que claro, la psicóloga es el trabajo social.

Entrevistador: Bueno, doctor, muchas gracias por su tiempo.

M: No hay de qué.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Jacho García, Manuel Tomás** con C.C: # **0927646091** autor del trabajo de titulación: **La urgencia en el dispositivo hospitalario: Tensiones entre el discurso médico y discurso del analista**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 2 días del mes de septiembre del 2025

EL AUTOR:

f. 

Jacho García, Manuel Tomás

CC: 0927646091



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	La urgencia en el dispositivo hospitalario: Tensiones entre el discurso médico y discurso del analista.		
AUTOR	Jacho García, Manuel Tomás		
TUTOR	Psic. Cl. García Navas, Javier Emilio, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Psicología, Educación y Comunicación		
CARRERA:	Carrera de Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	2 de septiembre de 2025	No. DE PÁGINAS:	151
ÁREAS TEMÁTICAS:	Urgencias subjetivas, Urgencia hospitalaria, Institución Hospitalaria		
PALABRAS CLAVES/	Urgencia subjetiva, Institución, Ética, Dispositivo, Discurso,		
RESUMEN:	<p>La urgencia hospitalaria se presenta como un espacio donde convergen distintos discursos y prácticas pre profesionales, de forma tradicional el discurso médico ha prevalecido en este ámbito, privilegiando la dimensión biológica y protocolar para asegurar la supervivencia del paciente. Sin embargo, esta lógica puede invisibilizar la urgencia subjetiva, que se entiende como la irrupción de un sufrimiento psíquico que desborda los recursos del sujeto y que requiere de un espacio de escucha. El presente trabajo analizó las tensiones entre el discurso médico y el discurso del analista en el contexto de la urgencia hospitalaria, destacando la necesidad de reconocer la dimensión subjetiva como parte integral de la atención en salud. La metodología que se utilizó fue la cualitativa y se empleó la técnica de la entrevista semiestructurada. Los resultados obtenidos dan cuenta que el reconocimiento de la urgencia subjetiva no solo favorece al paciente, sino que también aporta a la práctica interdisciplinaria y a la humanización de los servicios hospitalarios.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-990936353	E-mail: mjachog@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: tatiana.torres@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			