



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

Injuria Moral, posición subjetiva del médico frente a la demanda hospitalaria. Propuesta de un Dispositivo de Atención Psicológica.

AUTOR (ES):

**AGUILERA VARGAS NEIDER CAROLINA
MIRANDA CARRASCO NATHALY CHRISTINA**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciado en Psicología Clínica**

TUTOR:

Psic. Cl. Estacio Campoverde Mariana, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

13 de Marzo del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Aguilera Vargas Neider Carolina y Miranda carrasco Nathaly Christina**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**.

TUTOR (A)

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde Mariana, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Galarza Colamarco Alexandra, Mgs.

Guayaquil, a los 13 del mes de Marzo del año 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros (as), Aguilera Vargas, Neider Carolina y Miranda Carrasco, Nathaly
Christina

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Injuria Moral, posición subjetiva del médico frente a la demanda hospitalaria. Propuesta de un Dispositivo de Atención Psicológica**, 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 13 del mes de Marzo del año 2019

AUTORAS:

f. _____

Aguilera Vargas Neider Carolina

f. _____

Miranda Carrasco Nathaly Christina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Aguilera Vargas, Neider Carolina y Miranda Carrasco, Nathaly Christina**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Injuria Moral, posición subjetiva del médico frente a la demanda hospitalaria. Propuesta de un Dispositivo de Atención Psicológica**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 13 del mes de Marzo del año 2019

AUTORAS:

f. _____
Aguilera Vargas Neider Carolina

f. _____
Miranda Carrasco Nathaly Christina

INFORME URKUND

URKUND	
Documento	Injuria Moral, posición subjetiva del médico frente a la demanda hospitalaria. Propuesta de un Dispositivo de Atención Psicológica..docx (D48050230)
Presentado	2019-02-18 08:13 (-05:00)
Presentado por	Mariana de Lourdes Estacio Campoverde (mariana.estacio@cu.ucsg.edu.ec)
Recibido	mariana.estacio.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje	TRABAJO DE TITULACIÓN Mostrar el mensaje completo 0% de estas 52 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

TEMA: Injuria Moral, posición subjetiva del médico frente a la demanda hospitalaria.
Propuesta de un Dispositivo de Atención Psicológica.

ESTUDIANTES: Neider Carolina Aguilera Vargas, Nathaly Christina Miranda Carrasco

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME ELABORADO POR:

Psic. Cl. Mariana Estacio Campoverda, Mgs.

AGRADECIMIENTO

Cuando pienso en todo lo que he vivido y en lo que me falta por vivir, pienso en ustedes, mamá y papá. Oscar Aguilera y Neider Vargas, siempre pienso en ustedes y cómo desde la forma de ser de cada uno, me han impulsado a lograr tantas cosas. Mi padre, quien no le da un lugar al temor, me dio la valentía de arriesgarme e ir por lo que quiero, me enseñó a hacer las cosas bien desde la primera vez, como él siempre dice. Y mi madre, quien supo acoger mis temores dándome la seguridad de que lo que soy, es suficiente para poder lograr lo que me propongo. Ambos son personas maravillosas, que me han llenado de amor, y que se merecen más que un agradecimiento en este trabajo. Iré por el mundo agradeciéndole a Dios por haberme bendecido con su presencia y su formación, por los grandes esfuerzos que han hecho por mí y por cómo los momentos más duros los hicieron ver como los recuerdos más felices de mi infancia. Gracias mamá y papá, por ser un maravilloso ejemplo de persona y de profesionales.

A mi familia, por el cariño que me han brindado y el entusiasmo por mis logros.

A mi compañera de tesis por arriesgarse a realizar este trabajo conmigo, por la gran amistad y el buen trabajo de equipo que se formó durante estos años.

A mi tutora de tesis, por su paciencia y guía que nos ayudó durante este trabajo.

Y a mi persona, por no rendirme, por superar los miedos y por darme la oportunidad a mí misma de probarme que sí puedo lograrlo.

Neider Aguilera Vargas

AGRADECIMIENTO

Al padre Celestial quien ha sido mi sustento en cada paso que he dado bajo su protección, sus bendiciones y su amor incondicional, de quien estaré eternamente agradecida por su bondad.

A mis padres Rolando Miranda y Marlene Carrasco quienes me han inculcado en valores y principios cristianos y que gracias a ellos hoy soy quien soy, siempre agradeceré a Dios por sus vidas y por apoyarme en cada meta que me he propuesto, me enseñaron a no rendirme y siempre avanzar a pesar de las circunstancias, por ser ese apoyo incondicional moral y financiero para culminar mi carrera universitaria.

A mi hermana Mishelle y prima Thayree por ayudarme en cada etapa de mi vida especialmente en los momentos más difíciles y aunque no se los recuerdo lo suficiente siempre estaré agradecida por su existencia.

A mis amigos quienes me he conocido y he compartido a lo largo de la carrera en especial mi compañera de tesis por su entrega y confianza en mí para poder realizar este trabajo.

A mi tutora su apoyo y dirección durante todo este arduo trabajo.

A todos aquellas personas que me han enseñado a lo largo de este viaje y que se convirtieron en un canal de bendición para poder aprender y culminar esta etapa de mi vida.

Nathaly Christina Miranda Carrasco

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a aquellos que sirven y ayudan a los demás, a los que pasan cansancio y horas sin dormir, a quienes nos sanan y en quienes ponemos nuestro bienestar y el de nuestros seres queridos, a los médicos.

En especial a quien lo inspiró, un futuro médico increíble, Marlon Villacís. Este trabajo se lo dedico al estudiante de medicina, al interno que se esfuerza y al médico prodigioso que vas a ser. Simplemente a una persona maravillosa, cuyo esfuerzo e inteligencia demuestran que hay quienes dan lo mejor de sí mismos para ser alguien excepcional en la vida. A quien me acompañó y apoyó, fue luz y guía en los momentos de cansancio. Gracias por no perder la fe y por ver más en mí de lo que yo puedo imaginar. Gracias a Dios por haberte puesto en mi camino y gracias a ti por caminar de la mano conmigo.

Neider Aguilera Vargas

En primer lugar a Dios quien me ha dado la sabiduría y la inteligencia a lo largo de la carrera y a ese ser especial quien fue un empuje para que yo eligiera esta carrera, crezca cada momento aprendiendo cada día algo nuevo y permitirme descubrir cada día algo diferente, Isaías Carrasco. A mi familia por su apoyo incondicional en cada proceso.

¡Es una bendición mirar atrás y ver que todo el esfuerzo ha valido la pena!

Nathaly Christina Miranda Carrasco



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSIC. CL. ALEXANDRA GALARZA, MGS.

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

PSIC. CL. FRANCISCO MARTINEZ, MGS.

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC.CL. PAULINA CÁRDENAS BARRAGÁN, MGS.

OPONENTE

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN	4
ANTECEDENTES	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
OBJETIVOS	14
CAPÍTULO 1	15
MARCO TEÓRICO	15
1. Historia de la Medicina	15
1.1 Juramento Hipocrático	17
1.1.1. Principios del Juramento Hipocrático: Principio de Beneficencia y No Maleficencia.....	19
1.2 Concepciones de las instituciones hospitalarias	21
1.2.1. Estándares dentro de la Institución Hospitalarias	25
1.2.2. Sistema de Salud y las Exigencias a los médicos	27
1.2.3 Relación médico-paciente	31
1.3. Injuria Moral	34
1.4. Bioética	36
2. Psicoanálisis, La función del Otro en la constitución subjetiva	38
2.1. Constitución de la subjetividad	38
2.1.1. Necesidad, Demanda y Deseo.....	40
2.1.2. Estadío del Espejo	43
2.1.3. Alienación – Separación.....	45
2.2. El lugar del Otro en la constitución subjetiva	48
3. Deseo del médico frente a la demanda Hospitalaria	50
3.1. Los Discursos un aporte del psicoanálisis lacaniano	51
3.2. El Discurso Amo	57
3.2.1. El discurso del Amo y el discurso de las instituciones	60
CAPÍTULO 2	64
METODOLOGÍA	64
Análisis de resultados	68
CAPÍTULO 3	82
PROPUESTA	82
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS	96

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad analizar como la demanda institucional afecta a la subjetividad del médico a través de una comprensión e interpretación de la realidad hospitalaria, para promover un dispositivo de atención psicológica

El marco teórico de referencia está basado en la teoría psicoanalítica, en especial bajo una orientación lacaniana. Realizando un recorrido por los seminarios de Lacan, definiendo conceptos claves en nuestra investigación como: necesidad, deseo y demanda, lugar del Otro, estadio del espejo, alienación; separación y los cuatro discursos, en especial el discurso del amo, con los cuales se logra un recorrido importante para la constitución de la subjetividad del sujeto.

El trabajo de investigación está constituido por tres capítulos. El primer capítulo corresponde al marco teórico en el que se recoge de textos médicos información necesaria acerca de la institución hospitalaria y luego desde el psicoanálisis se hace un recorrido sobre la constitución subjetiva que habla de necesidad, demanda y deseo, estadio del Espejo, alienación – separación y el lugar del Otro en la constitución subjetiva cerrando con los discursos planteados por Lacan, definiendo desde el psicoanálisis lo que es la injuria moral y la relación de este concepto con la realidad de la institución hospitalaria regida por el discurso del amo. Se utiliza una metodología cualitativa con enfoque descriptivo, recolectando la información a través de entrevistas e interpretándola por medio de la categorización y la lectura intertextual, para arribar a la propuesta de un dispositivo de atención psicológica bajo lineamientos psicoanalíticos.

Palabras Claves: injuria moral, deseo, posición subjetiva, demanda, propuesta.

ABSTRACT

The purpose of this investigation is to analyze how the institutional demand affects the subjectivity of the doctor through an understanding and interpretation of the hospital reality, to promote a psychological care device

The theoretical frame of reference is based on psychoanalytic theory, especially under a Lacanian orientation. Following the texts of the Lacan, seminars defining key concepts in our research as: need, desire and demand, place of the Other, mirror stage, alienation; separation and the four speeches, especially the discourse of the master, which has an important function in the constitution of the subjectivity of the subject.

The research work consists of three chapters. The first chapter corresponds to the theoretical framework in which medical information is collected from necessary texts about the hospital institution and then from psychoanalysis, we search texts about the subjective constitution, in which spoke of need, demand and desire, stage of the mirror, alienation - separation and the place of the Other in the subjective constitution culminating in the discourses proposed by Lacan, defining from psychoanalysis what moral injury is, culminating with the relationship of this concept with the reality of the hospital institution governed by the discourse of the master. A qualitative methodology with a descriptive approach is used, collecting information through interviews and interpreting it through categorization and intertextual reading, to arrive at the proposal of a psychological care device under psychoanalytic guideline

Clue Words: Moral Injury, desire, subjective position, demand, proposal.

INTRODUCCIÓN

Al pensar en un trabajo de titulación a partir de una práctica en una institución hospitalaria la mayoría de veces nos enfocamos en cómo el paciente puede sufrir por la mala atención de parte de los profesionales de salud o por una mala infraestructura hospitalaria. Pero existen pocas investigaciones estudiando el bienestar de los responsables de nuestra salud y preguntándose o reflexionando por qué en ocasiones los médicos no otorgan una atención de calidad. Es por ello que esta investigación se propone estudiar la injuria moral como un tema actual y poco estudiado desde el psicoanálisis

Las exigencias de los hospitales pueden convertirse para los médicos en mandatos provenientes de un discurso del Amo. Las constantes evaluaciones a los médicos, el corto tiempo de las consultas, el seguimiento de protocolos forman parte de una demanda institucional que oprime el deseo del médico, lo que afecta la subjetividad del profesional de salud. Pues no siempre lo que resulta beneficioso para la institución lo es para el médico y hasta para el mismo paciente.

Para el desarrollo de este proyecto de investigación se definieron los objetivos, el general apuntó a analizar como la demanda institucional afecta a la subjetividad del médico a través de una comprensión e interpretación de la realidad hospitalaria, para promover un dispositivo de atención psicológica. Para responder a este objetivo trabajamos cuatro objetivos específicos.

En la primera parte del marco teórico se hace un recorrido por la historia de la medicina, el quehacer del médico y las demandas a partir de los estándares, protocolos que los médicos deben seguir en la práctica. Además, se teorizó desde un enfoque bioético la Injuria Moral.

Posteriormente, desde el marco teórico psicoanalítico lacaniano se realizará un recorrido por los conceptos que desde el psicoanálisis permiten entender la constitución subjetiva tales como: el estadio del espejo, los conceptos de necesidad, deseo y demanda, alienación- separación y la importancia del Otro en la constitución subjetiva que dará paso a un abordaje de los discursos. En el tercer capítulo a partir de la interpretación de los conceptos y su aplicación a la realidad hospitalaria se pudo explicar por qué los médicos responden al discurso institucional hospitalario, a partir de una lectura de la teoría de los discursos propuestos por Lacan.

Este proyecto hizo uso de una metodología cualitativa en un estudio descriptivo, ya que se buscó describir y analizar a partir de la teoría psicoanalítica lo expuesto por los médicos en las entrevistas, las que fueron utilizadas como instrumentos de recolección de información y de tipo semiestructuradas. Se utilizó la categorización como método de análisis de las entrevistas.

JUSTIFICACIÓN

El trabajo de titulación, “Injuria Moral, posición subjetiva del médico frente a la demanda hospitalaria. Propuesta de un dispositivo de atención psicológica”, tiene como finalidad conocer el malestar subjetivo que se genera en los médicos dentro de un hospital. La medicina como tal ha sufrido varios cambios a lo largo de los años, en la antigüedad un médico era considerado una figura máxima como lo expone el texto “El nacimiento de la clínica”:

Él debe juzgar que la vida del poderoso y del rico no es más preciosa que la del débil y del indigente; es él, en fin, el que deberá negar los auxilios a los malhechores públicos. Además de su papel de técnico de la medicina, tiene un papel económico en la repartición de los auxilios, un papel moral y casi jurídico en la atribución de estos; he aquí convertido en el "vigilante de la moral, como de la salud pública. (Foucault, 2001, p. 122)

Foucault, da cuenta que los hospitales no constituyen una solución viable para los tiempos actuales ya que no se hacen cargo de las necesidades y problemáticas que se dan en el día a día de una sociedad en su mayoría de bajos recursos (2001, p. 40).

En la actualidad el sistema de atención médica se ha visto masificado impidiendo una buena atención por parte de los médicos, ya que muchos de ellos tienen que responder a demandas de hospitales de manera rápida, tornándose poco ética su práctica profesional. El paciente se convierte en un cliente, el cual representa una ganancia económica para los hospitales, entre más pacientes sean atendidos, se recauda un mayor número de ingresos. La salud se ha convertido en un negocio, tomando como referencia una sociedad próxima a la nuestra como se plantea en el texto “El Hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores”:

En el contexto del mercado, la oferta del producto debe estar enmarcada dentro de criterios de eficiencia para que los costos del mismo sean competitivos. Sin

embargo, la apuesta por la eficiencia y la rentabilidad pone en riesgo la calidad en la atención. Se evidencia entonces un conflicto: economía y rentabilidad vs. Bienestar y salud del paciente. (García, 2007, p. 149)

En los hospitales del Sistema Nacional de Salud se puede observar que este conflicto se ubica en la calidad del servicio versus el número de pacientes que deben ser atendidos. El servicio de atención hospitalaria se ha visto cifrado, para que un hospital alcance un nivel elevado de acreditación debe implementar una estandarización en el sistema de atención de pacientes. Un médico debe atender a una gran cantidad de pacientes los cuales exceden en demanda. Mientras más pacientes sean registrados por un médico en un período de tiempo recibirán una calificación individual que tendrá como efecto la permanencia de su puesto de trabajo, exigiendo así una atención más rápida y masificada por sobre la calidad.

Los médicos se forman bajo lineamientos específicos en comparación con otros profesionales, como lo es el juramento hipocrático, cuyo compromiso no es jurídico sino un compromiso moral y ético que guiará al médico en el ejercicio de su práctica; en el cual se comprometen no sólo a prestar su servicio a los enfermos sino a brindar una atención provechosa evitando todo mal y toda injusticia.

Sostener desde la ética una práctica ante las actuales circunstancias adversas resulta perjudicial para la salud mental de los médicos, quienes al no sostener el deseo no pueden sostener la vocación anhelada desde los salones de clases, creándose una utopía, tal como expone García:

Desde el punto de vista médico se atiende al paciente y se interviene para estabilizar su salud, pero en ocasiones esta intervención, que desde el criterio clínico es necesaria, no lo es desde el punto de vista económico y entonces puede convertirse en factura rechazada por su no pertinencia desde el punto de vista administrativo, lo que representa una pérdida para el hospital. El sistema, entonces, presenta contradicciones internas en la medida en que el criterio clínico está subordinado al criterio económico-administrativo. (García, 2007, p. 150)

Si bien los efectos dependerán de la subjetividad del médico, el término “injuria moral” es particularmente actual, basándose en la angustia y malestar que genera el decaimiento del deseo, por no ejercer su profesión como fueron instruidos a lo largo de su formación, ante las exigencias reales a las que se enfrentan en su práctica diaria.

Esta problemática tiene dos víctimas: el médico y el paciente; por lo cual este proyecto de investigación apunta a la aplicación de un dispositivo de atención psicológica dirigida a los médicos. Siendo la medicina una rama que exige cierta fortaleza subjetiva al estar en constante cercanía con lo real de la muerte, se considera necesario un espacio de escucha y acompañamiento.

ANTECEDENTES

En un estudio realizado en El Salvador a médicos dentro de instituciones hospitalarias, se expone como la calidad es un problema, “los servicios de salud están viéndose deteriorados por la creciente solicitud de servicios y la incapacidad de los sistemas de salud para satisfacer esta demanda de calidad” (Contreras, H., Romero E., Silhy,R. , 2008, p. 7). Al ser el médico quien debe prestar calidad a los pacientes desarrollando un bienestar a los mismos, muchas veces estos profesionales están tan inmersos en aquello y dejan de lado su bienestar y cuidado de la salud propia, ya que están expuestos a “condiciones físicas y emocionales que son extremadamente desgastantes” (Contreras, H., Romero E., Silhy,R. , 2008, p. 8).

En ocasiones no se encuentra del todo listo para afrontar sucesos que pueden afectarlos anímicamente, por lo que es necesario una ayuda psicológica y emocional para que puedan desempeñar su trabajo de manera adecuada dentro de estas instituciones hospitalarias. Otro factor que expone la investigación es que los médicos tienen dificultad para establecer empatía y responder a las demandas del paciente, poseen poco tiempo para prestar su servicio, y existen “puestos laborales con expectativas frustrantes, puesto que se les ponen a los médicos exigencias desproporcionadas e irrealistas como ver un mínimo de 6 pacientes por hora y la burocratización del papeleo que atañe tensión a médicos” (Contreras, H., Romero E., Silhy,R. , 2008, p. 22), produce una insatisfacción.

Este estudio se articula a nuestra investigación, en el punto de cómo la demanda institucional afecta el bienestar del médico. Como en ocasiones la demanda institucional no permite que pueda ejercer bien su profesión y por ende su deseo, porque al entrar y escoger una carrera, tuvo que existir un deseo de por medio y estas obligaciones y exigencias de instituciones hospitalarias, están enfermando y afectando subjetivamente a los profesionales de la salud. Ya que se piensa que mientras más es mejor, dejando de lado la calidad y ética profesional de los médicos.

Sin embargo, este estudio apunta al Síndrome de Burnout, donde existe una falta de interés en el trabajo y donde la forma de ver este síndrome es a través de test estandarizados y procesos psicosociales y emocionales; nuestro trabajo de investigación abordará la injuria moral como aquella que busca hacer consistente la relación de la práctica médica con la ética (juramento hipocrático) y el deseo del médico por su vocación. Por lo cual, en ocasiones al profesional le toca luchar por aquel deseo de ayudar y aliviar a los pacientes aunque la institución en su excesiva demanda, se los obstaculice.

Otro estudio que se ha realizado en los Estados Unidos, sobre injuria moral en veteranos de guerra y se ha contrastado con otros profesionales. Aquí se describe a la “lesión moral como un conjunto de síntomas, similares a los asociados con el trastorno de estrés postraumático, que resultan de experiencias personales, que violan los valores y principios más profundos y más cercanos de una persona”. (Matthews, 2018, p. 1). En esta investigación se realiza una comparación entre lo que puede asemejarse la lesión moral y el estrés postraumático. Así se define a la lesión moral, como un síntoma más profundo y abstracto que el estrés postraumático, que comienza luego de un acercamiento con un hecho traumático, está asociado con la depresión y otras patologías luego de violar creencias morales y pese a ser algo grave no se busca ayuda profesional (Matthews, 2018, p. 6).

No solo se presenta en militares retirados sino, en todo trabajador que experimenta un trauma moral al ver que la corporación o institución donde labora coloca los beneficios por encima de las preocupaciones de salud y seguridad de los beneficiarios o incluso de los propios empleados. (Matthews, 2018, p. 9). Se plantea contar su testimonio a otras personas para liberar todo el trauma que puedan vivir.

Este estudio sobre lesión moral aporta a la investigación realizada debido a que muestra ciertos conceptos claves que permiten sustentar nuestro trabajo, así podemos comparar o emparentar el concepto de lesión e injuria moral presentado como un síntoma más profundo y abstracto, que en el proyecto se lo ha relacionado

con la subjetividad, el deseo e incluso se puede decir con el inconsciente. En el caso de la investigación citada se trata de un sentimiento de impotencia y de sentirse usados por las corporaciones o instituciones hospitalarias que buscan su beneficio antes que la calidad y el bienestar de los pacientes.

Nuestra investigación estará dirigida hacia los médicos y sus prácticas, y cómo las demandas institucionales pueden afectar su subjetividad. Además, se propondrá un dispositivo psicológico que permita un espacio de escucha a estos profesionales que han caído en depresiones o que pueden estar muy afectados subjetivamente y así puedan liberar las tensiones y tramitar aquello que los angustia.

Otro estudio realizado a médicos de atención primaria en Mallorca en el 2006, tiene como objetivo “estimar la prevalencia del burnout y de morbilidad psiquiátrica entre los médicos de Atención Primaria de un hospital y evaluar la correlación con el grado de estrés y de satisfacción en su trabajo” (Esteva, Larraz & Jimenez, 2006, p.76). En dicho trabajo se respondió un cuestionario de 29 ítems formados a partir de 3 elementos del desgaste emocional como lo es: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, el mismo que constó de la participación de 364 médicos y 84 pediatras, (se estudiaron mediante el cuestionario de Maclash); la satisfacción y estrés en el trabajo con las escalas de Font Roja y Tabarca, respectivamente (Esteva, Larraz, & Jiménez, 2006, p. 76).

Los autores resaltan que cada vez existe mayor conciencia de la elevada tasa de morbilidad psiquiátrica que concurre en los médicos y cómo esta se relaciona con su entorno de trabajo (p. 77), ya que como médicos están expuestos a situaciones con un alto nivel de estrés al ser responsables de la vida y cuidado de sus pacientes dejando de lado el bienestar propio; siendo más propensos a “padecer el síndrome de burnout o de desgaste profesional, un «distrés» emocional relacionado con su trabajo que combina cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) (trato al paciente de forma poco sensible e impersonal) y sentimientos de baja realización personal (RP)” (Esteva, Larraz, & Jiménez, 2006, p. 78).

En este trabajo se pudo observar cómo la salud mental de los médicos se puede ver más afectada en comparación con otras profesiones; la sobrecarga de trabajo y la satisfacción personal son factores fundamentales para el estrés laboral que padecen los médicos, generando complicaciones en su entorno de trabajo que sobrepasaran a su vida personal.

Este estudio estadístico a médicos españoles, aporta a nuestra investigación una nueva visión de la demanda hospitalaria, el trabajo intenso más la exposición a situaciones estresantes y de desgaste emocional generan en los médicos una insatisfacción personal. A partir de nuestro trabajo, se abordará la injuria moral como consecuencia de esta demanda hospitalaria, al verse afectado el deseo del sujeto por no poder realizar un mejor trabajo ante la alta demanda de pacientes con la que tienen que lidiar y la insatisfacción como secuela de la falta de control sobre su trabajo y de presión de la entidad a la que pertenecen.

El estudio “Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención” (Mingote, Moreno, & Gálvez, 2004) plantea 3 grupos como principales aspectos socio laborales relevantes para la salud médica:

a) una mayor sobrecarga en la atención a pacientes, lo que ha derivado en el aumento de la carga emocional y mental; b) mayores exigencias macroeconómicas, que han implicado un incremento de las exigencias de adaptación de los trabajadores sanitarios, y c) un empeoramiento de las condiciones laborales actuales, lo que ha supuesto incrementos en los turnos de trabajo, escasa promoción, movilidad descendente o forzosa, cambios de oficio o profesión, desempleo eventual y prejubilaciones sin causas relacionadas con la enfermedad.

Los médicos como responsables de la salud no están exentos de sufrir trastornos tanto físicos como mentales, por otro lado pueden ser vulnerables a caer en algún tipo de adicción. El estudio expone que un aproximado de 10 a 12% de los médicos en ejercicio de su profesión llegan a sufrir uno o varios episodios de

problemas psíquicos o de adicciones a lo largo de su vida, (Mingote, Moreno, & Gálvez, 2004, p. 48). “En el caso concreto de los médicos, encontraron niveles medios-altos de desgaste profesional en un 50% de su muestra y muy altos en un 8%, y utilizando el GHQ detectaron un 20% de probables casos patológicos en la muestra.” (p. 48).

Estos análisis estadísticos contribuyen a esta investigación con datos relevantes que dan cuenta de una subjetividad afectada debido a las dificultades particulares de cada médico y de las exigencias que implica su profesión: turnos prolongados de trabajo, exigencias laborales, no poder realizar su trabajo de manera adecuada entre otras; como se observa en la injuria moral. La salud mental del profesional que vela por los demás antes que por sí mismo, es de principal relevancia en esta investigación, ya que se busca rescatar el deseo del sujeto que se ve deteriorado por una demanda hospitalaria, trayendo consecuencias no sólo en su atención a los pacientes sino en los médicos como sujetos, dejando de lado el tabú de que los médicos no puedan sufrir ningún trastorno.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La medicina como ciencia y rama de estudio, se ha mantenido a lo largo de la historia como la profesión más demandante en el quehacer del profesional. El prestigio que conlleva ser un médico viene precedido por un arduo esfuerzo y dedicación por el aprendizaje, los cuales garantizan el bienestar de quienes acuden por sus cuidados.

Los médicos, quienes deben ser profesionales de gran conocimiento y ética intachable, como lo determina su instrucción universitaria construida bajo lineamientos y principios dirigidos a velar por el bienestar del paciente y no realizar acciones que atenten contra su salud, llegan a verse contrariados por un malestar psicológico, cada vez más común, la Injuria Moral.

Los médicos que entran a una institución hospitalaria, se enfrentan con las limitaciones que se le imponen ante sus funciones. El deseo de cumplir con su objetivo de velar por el paciente se ve interrumpido por constantes limitaciones de todo tipo, desde atenciones no eficientes hasta falta de materiales y recursos necesarios para actuar bajo procedimientos básicos.

Si bien, a simple vista los pacientes como usuarios pueden resultar afectados, ¿Qué sucede con los médicos quienes se enfrentan a las limitaciones y los reclamos de dichos pacientes? ¿cómo esto puede llegarlos a afectar subjetivamente? Los médicos resultan ser esclavos de un discurso alienador, de un gran Otro que exige una producción, que no vela por la atención o la investigación, sino por una alta producción de pacientes atendidos.

Los médicos al estar bajo este discurso del amo, se mantienen un aplanamiento de su deseo que desemboca en síntomas que pueden ser leídos y escuchados por psicólogos clínicos dispuestos a atender en un dispositivo de atención psicológica para los médicos.

La injuria moral, un término considerado actual, pero que desde hace muchos años ha estado presente, no solo llega a afectar a los pacientes por las decisiones tomadas por el hospital sino a los médicos quienes son usados como medio para poder realizarlas. En ellos recae la responsabilidad imaginaria que los pacientes y familiares le adjudican.

OBJETIVOS

Objetivo Generales:

Analizar como la demanda institucional afecta a la subjetividad del médico a través de una comprensión e interpretación de la realidad hospitalaria, para promover un dispositivo de atención psicológica.

Objetivos Específicos

- Desarrollar desde la teoría psicoanalítica una lectura de la bioética a partir de la interrelación de textos afines.
- Interpretar las percepciones de los médicos respecto de la injuria moral partir de entrevistas.
- Explicar los efectos subjetivos en los médicos frente a la demanda de la institución hospitalaria.
- Proponer la implementación de un dispositivo de atención psicológica bajo lineamientos psicoanalíticos para los médicos dentro de las instituciones hospitalaria.

Preguntas de Investigación

- ¿Cómo afecta la demanda institucional a la subjetividad de los médicos en hospitales?
- ¿Cómo puede ser leída la bioética desde el psicoanálisis?
- ¿De qué manera se relaciona la injuria moral con la psicología?
- ¿Qué perciben los médicos sobre la injuria moral?
- ¿Cuáles son los efectos que causa la demanda de la institución hospitalaria a los médicos?
- ¿Cuáles serían los elementos de la implementación de un dispositivo de atención psicológica dirigido a médicos dentro de las instituciones hospitalarias?

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1. Historia de la Medicina

La concepción y nacimiento de la medicina tiene sus variaciones dependiendo de la cultura y de la época en la que se va desarrollando. En la Grecia antigua, se consideraba que el Dios de la medicina era Apolo, el encargado de curar a los Dioses y quien así mismo transmitía sus conocimientos, entre uno de ellos a Esculapio, de quien se creía que sanaba hasta las sombras que residían en Hades, y destruido por esta razón por Zeus, Esculapio fue adorado desde pequeño por las sanaciones que realizaba (Jaramillo, 2005, p. 10). Este personaje, Esculapio, es representado bajo el símbolo de una vara con una serpiente enroscada, el cual posteriormente pasó a ser reconocido por los médicos como símbolo representativo de su profesión.

En cada cultura hubieron personajes relevantes que marcaron un gran paso en la medicina, creyéndolos Dioses o deidades. Al iniciar la época de la “medicina científica”, vino con ella Hipócrates, reconocido como una figura histórica excepcional, encargado de otorgar los conceptos éticos y el espíritu científico a la medicina ya que separó la práctica médica de la Filosofía y de la magia (Jaramillo, 2005). Por largo tiempo la medicina era abordada desde el ámbito mágico religioso, la medicina residía en las manos de sacerdotes quienes mediante pociones intentaban curar a los enfermos. Posteriormente, Alcmeón, discípulo de Hipócrates, considerado como uno de los primeros médicos investigador y escritor (Jaramillo, 2005), le dio un viraje a la medicina antigua separando la magia y religión del verdadero saber de curar, dando paso a una medicina científica más avanzada.

Más adelante, la cultura romana hizo grandes avances en la medicina siendo los creadores de los más grandes hospitales hasta ese entonces, además de las primeras escuelas dedicadas a la enseñanza de la medicina. A pesar que al principio los estudiantes le pagaban al maestro para aprender, posteriormente los municipios locales pagaban a los maestros para la enseñanza llegando a convertirse Roma en

un centro reconocido de enseñanza. Antes de ser reconocidos como ejes importantes dentro de la sociedad, los médicos eran considerados esclavos.

Como esclavos, los médicos ocupaban uno de los niveles más bajos en la sociedad, posteriormente la importancia de su trabajo para mantener sano al pueblo de Roma les abrió las puertas, Julio César les otorgó ciudadanía a quienes ejercieran la profesión, creándose así el puesto de “médico de pueblo”, personaje que brindaba atención a los ciudadanos, generalmente de clase media o baja. Mientras que los ricos tenía su propio médico o “médico familiar”. A pesar del gran avance de la medicina, a partir del año 300 D.C surgió un cambio, provocando un retroceso.

El cristianismo provocó un decaimiento en el ejercicio de la medicina hasta 1.400 D.C. La iglesia al estar involucrada no permitía la práctica médica como tal, acelerándose la propagación de enfermedades. Al no haber una cura, la fe y los milagros de sanación realizados por los santos entraron en auge. En la Edad Media, los médicos de la época eran monjes, ya que la medicina era enseñada en los monasterios, aunque algunas doctrinas mezclaban medicina con rituales ancestrales.

La medicina occidental no deviene de la cultura egipcia, hebrea, ni del chamanismo procedente de diversas culturas. La salud y la enfermedad eran entendidas como un castigo de parte de una divinidad, asociada con el pecado, posesiones demoníacas o la corrupción del alma.

La cultura occidental, por el contrario, interpretó la enfermedad en términos de alteración de los elementos constitutivos de la naturaleza del sujeto. Frente a las interpretaciones sobrenaturalistas, tan frecuentes en las culturas arcaicas, los filósofos griegos nos enseñaron a interpretar la salud y la enfermedad en términos de naturaleza. Eso es lo que caracterizó al primer movimiento médico rigurosamente occidental, el movimiento hipocrático. De ahí que nosotros seamos herederos y continuadores de esa tradición que comenzó con ellos (Laín, 1978, p. 50).

Los médicos en el transcurrir de la historia realizaron un largo recorrido para ser reconocidos como figuras relevantes e indispensables para la comunidad, como lo son ahora. La búsqueda de la verdad científica y del funcionamiento del cuerpo humano era considerada herejía si querían estudiar a los muertos anatómicamente, llevando hasta la muerte a algunos doctores por encontrar la cura anhelada a cualquier mal de la época. La responsabilidad otorgada y las exigencias que conlleva ser responsables de un conocimiento singular como la medicina se han mantenido vigente a pesar de los altos y bajos que ha sufrido la profesión, dando cuenta de la importancia de su ejercicio al ser responsables de terceros.

1.1 Juramento Hipocrático

El “Corpus Hippocraticum” es una recopilación de 53 escritos, reducidos a 25, escritos por Hipócrates, quien consideró tres aspectos importantes para la atención de los enfermos:

1. No había enfermedades sino enfermos,
2. el paciente y
3. el médico quién debía tener tres características: a) curarlos de su enfermedad si puede, b) ayudar a paliar sus molestias si no puede curarlo y c) no hacerle nunca daño (Jaramillo, 2005, p. 31).

Pautas que darían paso a lo que actualmente se conoce como “Juramento Hipocrático” o también nombrado “Testamento Hipocrático” siendo un pilar fundamental para la ética en la medicina desde la antigüedad hasta el día de hoy para el ejercicio profesional del médico. Como explica Rancich y Gelpi:

El ser humano necesita actos que marquen el paso de una etapa a otra. El graduado o alumno que toma voluntaria y públicamente el juramento asume los compromisos del rol médico o del estudiante de medicina, se compromete con una forma de vida y abraza una profesión o una carrera. (1998, p. 14)

Este juramento ha sufrido cambios a partir de finales de la Edad Media, las traducciones le han dado ciertas variaciones en su definición y comprensión, por épocas dejó de estar vigente en ciertas culturas, y pocas escuelas médicas utilizaron el juramento original en las graduaciones. A pesar de las distintas variaciones o el énfasis particular de cada escuela de medicina, todas cumplen un mismo objetivo, garantizar el bienestar del paciente y la excelencia del profesional. Se lo puede entender como “el documento paradigmático de la excelencia profesional. Hoy entendemos la excelencia en un sentido algo distinto del clásico, ya que hay que practicarla respetando los derechos de los ciudadanos” (Rancich & Gelpi, 1998, p. 45).

Actualmente el juramento hipocrático marca la importancia de la ética y profesionalidad del médico, enalteciendo su relación de servicio con el paciente. “El juramento hipocrático es un documento uniformemente concebido como un código médico, de conformidad con las ideas y la filosofía de Pitágoras o su escuela y su regla de conducta” (Edelstein, citado por Jaramillo Juan, 2005, p.33). A pesar de que el Juramento Hipocrático es uno de los más usados también existen otros como la Declaración de Ginebra y la Plegaria de Maimónides.

Haciendo uso de cualquiera de estos juramentos, el estudiante o médico realiza el acto de jurar frente a un público: familiares, autoridades, docentes y compañeros; y ante el que conjura siendo este el que exige el cumplimiento de tal compromiso. Tal juramento médico presenta como características:

- Gran peso moral.

- Involucra a la persona que jura profundamente, a través de compromisos para ser una clase particular de persona (médico o estudiante) en relación con otras personas (fidelidad).
- Promisorio: declara algo para cumplir en el futuro.
- Público: se realiza en presencia de autoridades educativas, profesores, colegas, condiscípulos, familiares y público.
- Formal: tiene determinadas partes, manteniéndose a pesar de los cambios de circunstancias.
- Generalidad de alcance: para realizar determinados actos por siempre.
- Voluntario; no es ley, sino precepto; incluso los alumnos o graduados pueden elegir el texto a usar o redactar uno propio.
- Origen: en su mayoría son formulados por autoridades, profesores y alumnos de las escuelas o de autoridades o comisiones de asociaciones o sociedades médicas o de autoridades civiles que regulan la actividad médica o de personalidades preocupadas por las problemáticas morales (Rancich & Gelpi, 1998, p. 16).

1.1.1. Principios del Juramento Hipocrático: Principio de Beneficencia y No Maleficencia

El Juramento Hipocrático está conformado por dos partes: la primera nombrada “alianza corporativa” y la segunda la “alianza terapéutica”. Según Rancich y Gelpi, en la alianza corporativa, la persona que realiza este juramento es quien va a ser acogido por los integrantes de la institución que lo toman como pupilo y aprendiz estableciéndose así un vínculo entre maestros y estudiantes, llegando a formar parte de una comunidad hipocrática entre compañeros y maestros. Por otro lado, la alianza terapéutica es la relación que se establece entre el médico y el paciente durante la atención y cuidados que le proporciona (1998, p. 41-42).

Ambas partes dan paso al concepto fundamental del juramento hipocrático: ayuda. Ayuda otorgada por los médicos a sus enfermos, actuando en favor de ellos,

término que define al principio de beneficencia, Rancich y Gelpi dirán “Lo que este principio dice es que una acción es moralmente correcta cuando es beneficiosa para los afectados por ella” (1998, p. 42). Los valores morales son pilares fundamentales para el funcionamiento del juramento, ya que se apoya en el principio de beneficencia en su totalidad, “la justificación moral de los actos está en que sean beneficiosos para el paciente. Lo beneficioso es correcto y lo perjudicial, incorrecto” (Rancich & Gelpi, 1998, p. 42). Haciendo una correlación entre lo correcto e incorrecto con el actuar del médico y su deber como tal.

“La beneficencia involucra a las acciones médicas positivas, como por ejemplo: prevención, eliminación del daño y el objetivo de que los beneficios sean mayores que los riesgos (principio de utilidad). Por otro lado, al referirse a la no-maleficencia se apela a no infligir daño y al reconocimiento de un estándar de cuidado debido”. (Rancich & Gelpi, 1998, p. 91)

En la antigüedad el juramento hipocrático manejaba una beneficencia estricta, ya que el médico era el único encargado de las elecciones sobre la enfermedad del paciente, dejando a este fuera de su derecho de opinar. Se introdujo el término “paternalista” dentro de la práctica, ya que la relación médico-paciente, se asemejaba a una relación padre e hijo, siendo el médico el único conocedor de lo que es mejor para el enfermo. Actualmente, se ha desarrollado la teoría del “Principalismo”, la cual forma parte de la teoría de la bioética, junto a los principios de justicia y respeto por la autonomía del enfermo, los cuales dejan atrás el paternalismo para darle el derecho de elección al paciente sobre su enfermedad (Rancich & Gelpi, 1998, p. 92).

El principio de beneficencia consiste en el actuar del médico a favor del paciente, mientras que el de no maleficencia consiste en evitar causar daño alguno a los pacientes que están bajo los cuidados de los médicos. Los autores Rancich y Gelpi, explican cómo los médicos deben actuar bajo parámetros que garanticen un cuidado debido hacia los pacientes “Esto último hace referencia al criterio que establece la prioridad de tomar los riesgos necesarios con el fin de lograr los objetivos

que son de importancia extrema, por ejemplo, en el caso de las urgencias” (1998, p. 92).

Ambos principios se han mantenido vigentes a lo largo de los años a pesar de las distintas traducciones que ha sufrido el juramento hipocrático. Siendo estos la base ética de dicho juramento, han servido como una guía a los médicos, apuntando a los valores morales aplicados a una práctica profesional responsable. Pero los principios no son suficientes para garantizar la erradicación de una enfermedad o lograr una mejoría en el paciente, además es necesario que el médico comparta sus conocimientos y adecue la información a los enfermos para que se dé un mejor entendimiento y pueda alentar la responsabilidad que el paciente tiene en su enfermedad.

1.2 Concepciones de las instituciones hospitalarias

Con lo desarrollado anteriormente, el juramento hipocrático fue creado con la intención de salvaguardar la calidad atención al momento de intervenir con los pacientes. Siendo la base de este el principio de no maleficencia y beneficencia, los mismos que apuntan a la seguridad que se le debe dar al paciente evitando riesgos por un lado y por otro, se trata de cómo deberían actuar los médicos al momento de intervenir. Pero, ¿que tanto se cumplen estos principios dentro de instituciones hospitalarias?, ¿en realidad se están evitando los riesgos y dando una buena calidad de atención al paciente? A partir del análisis de los estándares de calidad de atención a los pacientes en los hospitales se observarán si se cumplen o no estos principios.

Las concepciones sobre las instituciones hospitalarias, muchas veces se limitan a la organización de médicos y hospitales y como está constituido el establecimiento o las normas, sin embargo, no siempre se ha contado con lo que es hoy en día estos establecimientos. Las instituciones hospitalarias no siempre han sido un lugar de enfermos e incluso no siempre existió la relación de médicos y hospitales, para eso es importante dar un vistazo a como fue la constitución de estas instituciones.

Para entender y dar una contextualización de la definición de lo que es una institución hospitalaria, se la debe ver a través de tiempo. Así, la palabra hospital viene del latín que significa “*hospitale*: lugar donde se recibe a personas que necesitan cuidados, alojamiento, hospedaje; *hospes*: huéspedes o invitados. Inicialmente, esta organización hospitalaria según historiadores se trata de “una creación del cristianismo de la Alta Edad Media” (Batista, 2008, p. 3), entre finales del siglo IV e inicios del siglo V d.c.

Estos hospitales en un principio se hallaban cerca de las iglesias, las mismas que al brindar ayuda no hacía excepción de personas, sino que se encargaban de abrir las puertas “no sólo a enfermos, sino también a pobres, discapacitados, peregrinos, vagabundos, huérfanos, ancianos, etc” (Batista, 2008, p. 4). Luego, se fueron expandiendo y transformándose, tomando distintas funciones, convirtiéndose en lo que hoy conocemos como hospitales que atienden a enfermos, pero que en un primer momento “esa asistencia no tenía como objetivo la cura de sus enfermedades sino principalmente la salvación de sus almas” (Batista, 2008, p. 4).

Por lo que, se trataba de “*locus religiosus*”, donde se tenía como objetivo el salvar el alma de los asistentes, se puede decir que en esa época “funcionaban con poca o ninguna presencia de médicos y no constituían todavía una preocupación importante del Estado” (Batista, 2008, p. 4). Ya en los siglos XVIII y la primera la mitad del siglo XIX según Foucault (1980) citado por Batista, “los hospitales dejan gradualmente la gestión de la Iglesia y pasan a ser administrados por el Estado y a convertirse progresivamente en lugares para enfermos y médicos” (2008, p. 5).

Con este acontecimiento, se incluye la posibilidad de aprender más la clínica médica convirtiéndose así estas instituciones requisito para la práctica clínica de los estudiantes de medicina, vinculándose más el médico al hospital. Además, dentro del hospital “la salud del cuerpo va a sustituir progresivamente a la salvación del alma como objetivo” (Batista, 2008, p. 5) asimismo para el médico, la enfermedad será vista como una “esencia abstracta” (Batista, 2008, p. 5), transformando la clínica con una mirada personalizada ya que el individuo será visto como “cuerpo enfermo que

requiere una intervención que dé cuenta de su singularidad” (Batista, 2008, p. 6), dentro del hospital.

Fue al final del siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX que el hospital evoluciona progresivamente en una estructura compleja, ya que donde antes los pobres enfermos esperan la muerte, con los avances pasó a ser un lugar donde se encontraba una cura a la enfermedad del cuerpo. “El trabajo dedicado a la salvación del alma dejó lugar a una práctica clínica destinada al restablecimiento de la salud del cuerpo” (Batista, 2008, p. 6). Se desliga completamente de la religión cuando ya no solo se atiende a los pobres, sino ricos buscan una ayuda médica para su enfermedad.

Luego del recorrido que se ha hecho sobre la historia de los hospitales es necesario definir a las instituciones como tal, según la RAE puede ser definida como un “establecimiento o fundación de algo”, la misma que puede constituirse en un “organismo que desempeña una función pública”. (2001). Si lo enlazamos a las instituciones hospitalarias, podemos decir que es un organismo que puede ser público o privado que brinda asistencia a aquellos que necesitan ayuda médica, para mejorar su condición.

Otra definición de institución es la de Manoní quien se refiere a las instituciones “como un conjunto de formas, estructuras fundamentales de organización social, tal y como son establecidas por la ley o la costumbre”, (citado por Solis, 2015, p. 22) se trata entonces de una organización que busca dar un orden o seguir ciertos lineamientos establecidos previamente. Sin embargo, muchas de ellas al ser una columna vertebral de la sociedad y la cultura, tratan de regular las relaciones e inclusive se impone al sujeto que se encuentra inmerso en ella, que en este caso sería a los médicos y el paciente.

Como lo expone René Kaes en el libro *la Institución y las instituciones*, “la institución es, antes que nada, una formación de la sociedad y de la cultura, cuya lógica propia sigue. Instituida por la divinidad o por los hombres, la institución se opone

a lo establecido por la naturaleza” (1989, p. 22). Justamente si hablamos de instituciones hospitalarias nos encontramos que a través de la historia se fueron descubriendo cada vez más, instrumentos para evitar la muerte y ayudar a aquel que requería de sus servicios, velando siempre por el bienestar.

Las instituciones al estar inmersas dentro de la sociedad, deben responder no solo a la parte social, sino a los entes de poder que dominan el estado, “en cuanto al hospital mismo, que era ante todo un lugar de asistencia, va a convertirse en lugar de formación y de confrontación de los conocimientos” (Foucault, 2001, p. 145), es a partir de relación entre hospital y saber que el hospital se volverá un espacio de control por parte de las autoridades estatales, para así poder lograr un buen funcionamiento y una calidad para los pacientes. Este se convertirá en un futuro un lugar de enseñanza para los médicos que están en proceso.

En la actualidad, conocemos que, si se nos presenta alguna afección en nuestro cuerpo, rápidamente el lugar más idóneo para acudir es el hospital. “El hospital está reconocido socialmente como la institución central de la atención médica, independientemente del status social y económico del enfermo”. Así en los últimos años, se ha mostrado un relativo aumento en las hospitalizaciones contraponiéndose a la idea de que “el hogar era donde el enfermo debía ser tratado, y los hospitales estaban asociados con el pauperismo y la muerte”. (Lopez, (s.f.) p. 195)

El hospital al ser una de las instituciones que ha evolucionado con el tiempo, con los avances de la ciencia, se ha convertido en la actualidad en el eje de cualquier sistema sanitario moderno. Como institución médica, estará íntimamente ligado al pensamiento médico, que se asocia tanto en la estructura como en sus objetivos; lo que determina no sólo el tratamiento que deben seguir los enfermos, sino la propia construcción del hospital: criterios de ventilación, higiene, prevención etc. de cada momento.

En fin, se puede decir que cada una de las instituciones posee un objetivo que la hace única y la distingue de las demás, así como las diversas funciones y estándares que debe llevar a cabo para brindar una buena calidad de asistencia. Como lo expone René Kaës:

Hablar de instituciones involucra un estudio acerca de aquello que las constituyen, en tanto las instituciones se sostienen sobre una estructura formada por elementos imaginarios y simbólicos, que circulan desde los orígenes de su formación. Aquellos decires que la han causado cobran un doble valor, por una parte, encontramos los efectos en los elementos instituidos y por otra parte el efecto de las significaciones en las personas que conforman las instituciones. Nos encontramos ante un entramado de tejidos a descifrar. (1989, p. 24)

Finalmente, se puede leer como el concepto de hospital dejó de estar relacionado a la parte religiosa y a la mendicidad para constituirse en un lugar donde se atiende y se da tratamiento al enfermo de cualquier estatus social, los mismos que se encuentran regulados por estándares que proponen los ministerios de salud de los diversos países e incluso aquellas organizaciones internacionales, para brindar una atención de calidad para los usuarios que lo visitan.

1.2.1. Estándares dentro de la Institución Hospitalarias

Las instituciones hospitalarias para ser acreditadas por el estado, cuentan con varios estándares que deben cumplir, que van desde la estructura de hospitales, la administración y la atención que se brinda a los pacientes que acuden por ayuda a estos establecimientos. Estos se organizan en dos grandes grupos: por un lado las funciones centradas en el paciente y por otro las funciones orientadas a facilitar una organización, segura, eficaz y bien gestionada. Por lo que, nos basaremos en los estándares que deben llevar los médicos en su atención a sus pacientes.

En la actualidad el sistema de salud, busca una calidad de atención a los pacientes que lo requieren, a través de una promoción, educación sanitaria y prevención de enfermedades. Entre los parámetros que proponen se encuentran:

La pérdida del carácter estrictamente liberal de la profesión médica. La transformación del papel social del médico. La difuminación de la relación médico-paciente. Aumento de contenidos burocráticos y de la complejidad de la organización hospitalaria. La falta de formación de los médicos para asumir las responsabilidades de la gestión. La exigencia de atención inmediata. (Juric, 2011, p. 14)

Internacionalmente se han planteado objetivos que permiten brindar seguridad y bienestar a los pacientes que recurren a una institución hospitalaria, buscando ayuda para su enfermedad por lo que se han planteado 6 metas como son: primero es tener una identificación correcta de los pacientes que necesitan ayuda, de acuerdo al nivel de emergencia. Segundo es mejorar la comunicación, la misma que debe ser efectiva entre médico-paciente y porque no el personal en sí. Además, poseer la seguridad de que aquellos medicamentos de alto riesgo sean de buena calidad. También, garantizar cirugías en un lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto. Por otro lado, se debe reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud y la atención médica. Por último, reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas. (Consejo de Salubridad, 2009, p. 7)

Cada uno de los elementos que se observan en la acreditación de los hospitales hace que se pierdan los objetivos para los que fueron creados, e incluso que las exigencias de atención, no permiten que se logre un buen servicio a los usuarios que exigen calidad en la atención. Al momento en que va a ser acreditada una institución se tienen en cuenta estándares, los mismos que se definen como “las expectativas de desempeño, estructura o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad” (Consejo de Salubridad, 2009, p. 38).

Dentro de los estándares que se evalúan para brindar una atención y tratamiento de calidad están los que son centrados en el paciente, los mismos que buscan una seguridad en su atención: “El acceso a la atención y continuidad de la misma; el derecho del paciente y de su familia; evaluación de pacientes; atención de

pacientes; anestesia y atención quirúrgica; manejo y uso de medicamentos; educación del paciente y de su familia”. (Consejo de Salubridad, 2009, p. 234)

Otro de los estándares que se evalúan son los referentes a la atención médica que brinda el establecimiento. Dentro de estos parámetros se trata medir: “la mejora de la calidad y la seguridad” del paciente que pueda darle el médico, “prevención y control de infecciones” por medio de talleres en donde se expongan las enfermedades. “Gobierno, liderazgo y dirección. Gestión y seguridad de las instalaciones” que deben encontrarse en buen estado. Además se debe tener un registro y autoevaluaciones en donde se encuentre las calificaciones y educación del personal actualizadas, según el nivel de desempeño, y finalmente es importante el manejo de la comunicación y la información. (Consejo de Salubridad, 2009, p. 246)

El establecimiento cuenta con un proceso para la admisión de pacientes que recibirán servicios de hospitalización y ambulatorios, a través de la existencia de elementos medibles. Existen políticas y procesos que se utilizan para estandarizar el proceso de aceptación de pacientes para la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias. Existen políticas y procesos que se utilizan para estandarizar el proceso de atención de pacientes ingresados al establecimiento (Hospitalización, Urgencias y atención Ambulatoria). El personal está familiarizado con las políticas y los procedimientos, y los cumple. Las políticas y los procedimientos se ocupan de la admisión de los pacientes de urgencia en unidades de internamiento. Las políticas y los procedimientos se ocupan de los pacientes que se encuentran en observación. Las políticas y los procedimientos definen como atender a los pacientes cuando no hay camas disponibles en los servicios necesarios. (Consejo de Salubridad, 2009, p.p. 14-15)

Al igual que el hospital debe contar con ciertos estándares de seguridad y calidad para la atención de los pacientes, de allí se deriva aquello que los médicos deben realizar al momento del acercamiento con los mismos. Definiendo así, los quehaceres del médico y sus exigencias dentro del sistema de salud.

1.2.2. Sistema de Salud y las Exigencias a los médicos

En la actualidad, se ha observado como los sistemas de Salud para prestar una buena atención y seguridad en salud han construido estándares tanto para hospitales como para el personal que labora dentro del mismo. Esto incluye a los médicos que deben seguir protocolos y llenar formularios, además de tener una buena empatía y una observación estricta hacia los mismos para brindar seguridad y calidad a sus pacientes. Sin embargo, se ha observado que muchas veces el basarse solo en llenar formularios por el excesivo número de pacientes que pueda presentar, se ha dejado de lado la relación entre el médico y el paciente evitando que se cumpla lo que proponen los estándares, sobre la seguridad y calidad de los mismos.

Si bien el ejercicio profesional ha mejorado en algunas de las instituciones públicas, aún carece del nivel que podemos ofrecer y que el paciente y su familia requieren y merecen en una profesión que escogimos por vocación y no por obligación. (Pascual, 2015, p. 271)

Dentro de los sistemas de salud el quehacer del médico se basa ya sea en diagnosticar, evaluar o corroborar una cierta problemática o complicación que pueda estar afectando la salud de una persona, a través del método clínico y de protocolos establecidos por los ministerios de Salud de los países donde residan. La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964) señala que “los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes”. (p. 3)

El método que usan hoy en día los médicos fue perfeccionándose poco a poco, ya que se comenzó con un método observacional, el cual describía lo que se veía en el paciente, luego pasó a ser científico donde se incluía la comunicación, la exploración y el conocimiento y que con las modificaciones aportó para que se convierta en el método clínico.

El método clínico, conocido también como método de solución de problemas clínicos o proceso del diagnóstico, no es más que "la aplicación del método científico al estudio del proceso salud-enfermedad en el individuo con el objetivo de conocer, valorar y transformar la salud/enfermedad en el individuo

o sujeto, de manera que implica a todos los pacientes e incluye a todas las especialidades". (Padilla, Suárez , Troya, y Martínez , 2014, p. 231)

El método clínico engloba un conjunto de pasos que los médicos deben seguir al momento de realizar el diagnóstico de los problemas de salud de sus pacientes, estos son:

El interrogatorio o anamnesis para conocer las quejas o síntomas que presentan; el examen físico, en busca de determinados signos por medio de la exploración corporal para después agrupar, relacionar, combinar e integrar los síntomas y signos encontrados y poder establecer las hipótesis diagnósticas presuntivas que expliquen el problema de salud del enfermo; así como la comprobación de estas hipótesis a través de exámenes complementarios o por la evolución del paciente. (Padilla Suarez et al., 2014, p. 232r)

Para que se obtenga un buen diagnóstico y se pueda ayudar con el problema de salud con que muchos pacientes llegan donde los médicos a ser tratados, es necesario tratar de seguir los lineamientos que propone el método clínico para que se tenga variada información, sin embargo, dentro de los hospitales no se puede realizar todos los pasos que propone, ya que no se tiene el tiempo necesario para conocer a los pacientes. Por otro lado los pacientes esperan que los traten bien, con una buena actitud por parte de los médicos, siendo la comunicación pertinente y permanente para así, disminuir reclamos e incluso las esperas que siempre se presentan en sistemas de salud públicos. (Pascual, 2015, p. 271)

El quehacer del médico además de dar un diagnóstico y ayudar en el malestar del cuerpo de los pacientes, asume compromisos para dar seguridad y calidad a los que asisten. Como lo expone Pascual, el actuar del médico debe ir siempre de la mano con el compromiso que tienen los médicos con la sociedad, que se basa en poder influir a todos sus integrantes en la mejor forma de atender a la gente y en que siempre exista la mejor actitud; el reto es cambiar la actitud. (2015, p. 275)

Por lo que, el actuar del médico lo que intenta es promover la salud, calmar el dolor y prevenir la enfermedad a través de una rehabilitación, utilizando todos los recursos que tenga a su alcance, haciendo uso de sus conocimientos, adiestramiento

técnico, cuidado personal del paciente y comunicando los posibles riesgos y complicaciones a los familiares y al propio paciente. El acto médico siempre busca resultados, donde se trata de medir la calidad del mismo, sin embargo, no queda fuera de cometer errores o falta o infracción médica. (Ramos, 2011, p. 42)

Siguiendo a Ramos (2011) propone cuatro características principales al momento de hablar del acto médico que se basan en principio éticos, permitiendo una adecuada atención estos son:

1. Solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico.
2. La ejecución debe ser conforme a la denominada Lex Artis.
3. Tener por objetivos la curación o rehabilitación del enfermo.
4. La licitud, o sea, que esté acorde con las normas legales.

Al hablar de la denominada Lex Artis, se basa en un arte de la ley que permite determinar la existencia o no de la responsabilidad que cada médico debe tener, define el incumplimiento a partir de componentes éticos e insolubles de una buena relación médico-paciente, teniendo en cuenta el consentimiento del paciente. (Ramos, 2011, p. 48) Por lo que, al cometerse una falta médica o el profesional debe ser sancionado ya sea por un acto culposo por omisión o acción.

La falta médica es todo acto culposo o imperito, en que se manifieste omisión como; negligencia o uncuria, olvido, abandono, indolencia o por omisión o acción, como: imprudencia, impericia, osadía, desprecio, incapacidad, ignorancia profesional y violación de normas. En el caso de cometerse alguno de estos, el profesional debe ser sancionado, por la vía administrativa. (Ramos, 2011, p. 48)

El médico en sus quehacer lo que busca es prestar servicios de salud a pacientes que lo requieren, y que para lograr una satisfacción y seguridad, para ello es necesario servicios de alta calidad y humano posible, siempre y cuando respetar los derechos de información y que no interfiera con el profesional.

A pesar de lo que se define como acto médico basado en la Lex Artis, la relación médico-paciente, no siempre es posible llevarla a cabo. Debido a las exigencias de los médicos, no se puede desarrollar, una relación, cometiendo en ocasiones faltas que ocurre con más frecuencia en las instituciones que sobrecargan de trabajo a los médicos. (Ramos, 2011, p. 50)

1.2.3 Relación médico-paciente

El método clínico ha evolucionado con el tiempo, desvaneciéndose algunos de sus puntos, ya que la relación médico-paciente se limita simplemente a protocolos que deben ser llenados en un determinado tiempo. El protocolo se lo define como un conjunto de aplicaciones estandarizadas desarrolladas mediante un proceso formal por lo que se ha perdido la observación clínica, limitándose simplemente a llenar registros de los sistemas de salud.

La relación-médico paciente es un vínculo indispensable dentro de la práctica médica. Según Saa:

La misión del médico es ayudar a los pacientes para que logren su sanación. El trabajo debe ir encaminado a que él por sí mismo, encuentre equilibrio. En el ejercicio profesional, se encuentran pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas o malignas que llevan una vida plena porque emocional y espiritual-mente están sanos; por el contrario, también se ven personas con dolencias leves que viven agobiadas (2008, p. 287).

Esta misión del médico de ayudar a sus pacientes y realizar un trabajo en conjunto para tratar la enfermedad, se ha visto disuelto, complicando la relación médico-paciente. En la actualidad, por la sistematización como condición para la acreditación de los hospitales, deja de lado el trato personal y profundo al momento de las revisiones. Perdiéndose lo humano que conlleva esta profesión y no sirviendo como se debe a los pacientes debido a que se pierde la observación que caracteriza a la clínica médica. (Saa, 2008, p. 6)

Hipócrates desde la antigüedad reconocía y enseñaba a sus estudiantes la importancia de las emociones y como estas no sólo influían en las enfermedades, en el desarrollo de las mismas sino también en su recuperación. (Saa, 2008, p. 2). El autor expone que “el interés del médico debe ir más allá de la enfermedad, enfocarse con la misma atención en la prevención y en el tratamiento; identificar el microorganismo causante del mal y las circunstancias en que desarrolla todo su potencial dañino” (Saa, 2008, p. 288).

La responsabilidad del médico en la atención del paciente no sólo corresponde a la detección de patologías y en su tratamiento, sino también en impartir la información a los mismos pacientes y a sus familiares. El modo en que lo dicen y el uso del lenguaje correcto evitará causar angustia al momento de informar sobre el diagnóstico. Por otro lado, ¿Qué sucede con la angustia del médico al momento de dar un diagnóstico catastrófico?

El autor plantea que el médico se enfrenta ante las exigencias de los familiares, la preocupación de los mismos repercute en el trabajo de los doctores, “Al enfrentar un caso difícil en el que a pesar de todos los conocimientos y ayudas diagnósticas el paciente no mejora, pensemos en escucharlo, como otra alternativa. Lo más probable es que encontraremos la serenidad necesaria para actuar de manera correcta (Saa, 2008, p. 289)”. En el mejor de los casos, si la encuentran; el acompañamiento que el autor plantea sirve de ayuda tanto para los pacientes como para los médicos.

El aforismo médico «primum non nocere», tomado como el mandamiento de todo médico, extraído del corpus hipocrático, significa “primero no hacer daño”. Este mandamiento médico se ha visto alterado en la práctica médica en las últimas décadas. Un estudio realizado por Leape:

Da a conocer que 180,000 personas hospitalizadas mueren cada año en Estados Unidos a causa de errores del personal médico y para-médico de los hospitales, lo que equivale a 3 choques de aviones cada dos días. En otro estudio durante 6 meses sobre la prescripción y administración de

medicamentos en los hospitales de Boston, se informan 334 errores; 39% corresponde a los cometidos por médicos al formular medicamentos, 38% por las enfermeras al administrarlos y el resto, por secretarías al transcribir las órdenes o por farmacéuticos al prepararlos (Leape citado por Saa, 2008, p.289).

Las fallas pueden generar repercusiones en la relación médico- paciente, siendo también las mismas consecuencias de las exigencias de los hospitales hacia los médicos, impidiendo que cumplan con el quehacer de su práctica. La relación médico-paciente más allá de la legalidad, se basa en la ética y en la deontología, siendo este uno de los vínculos más antiguos establecidos. (Sánchez, Rivera, Hernández, Villegas, & Casares, 2011, p. 21).

Según Rodríguez la relación médico-paciente tiene como características ciertos aspectos relevantes:

- El respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto contenido social.
La expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad.
- Su condición de piedra angular en la prestación de un servicio de gran significación humana como es promover o restablecer la salud.
- Demandar una constante disposición a la relación de ayuda sin aspiración de reciprocidad.
- Requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores de grandes potencialidades iatrogénicas (Rodríguez H. , 2006, p. 2).

La relación médico paciente del siglo XX ha cambiado con respecto a la actualidad, ya que antes el vínculo afectivo era más fuerte entre el médico y sus pacientes y familiares. Varios aspectos negativos como los ya expuestos anteriormente repercuten en dicha relación. Rodríguez expone otras causantes:

Entre ellas, la política neoliberal imperante en muchos países en que el estado reduce la salud pública, entregándola a consorcios privados que introducen la comercialización en la atención médica. Esta situación ha convertido al paciente en un "comprador", en un cliente con exigencias, y a los médicos en verdaderos "vendedores"; de benefactor tradicional se ha convertido

prácticamente en un enemigo del paciente y de la familia. Esta situación ha afectado profundamente la RMP, incrementando los errores médicos, violando los principios de la ética médica y facilitando la participación de abogados especializados en reclamaciones. Otra condición que está interfiriendo negativamente sobre la RMP es el desarrollo tecnológico ocurrido en las últimas décadas, que ha distorsionado el ejercicio de la medicina con la falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico (Rodríguez H. , 2006, p. 4).

Todos estos aspectos técnicos implicarían un avance y de gran utilidad para el diagnóstico y tratamiento pero que aun así nunca podrán reemplazar el método científico ya que la tecnificación estaría distorsionando la relación médico-paciente. Además, el ejercicio del médico se ve afectado por no poder proceder de la mejor manera con el paciente, ya que diagnosticar a través de procedimientos y técnicas a veces innecesarias crea inconformidad e insatisfacción en los médicos (Rodríguez H. , 2006, p. 3).

1.3. Injuria Moral

La injuria moral es un término que se puede considerar como actual, particularmente nuevo, en especial al ser aplicado en la rama de la medicina. Se puede entender a la injuria moral como:

La transgresión de creencias o expectativas profundamente arraigadas perpetradas por una autoridad. Debido a que los seres humanos dependen para sobrevivir de la membresía y la validación de la familia y la tribu, la disonancia cognitiva entre la realidad y la percepción de lo que debería ser, puede ser extremadamente perjudicial (Eastes, 2016, p. 1).

Esta injuria moral se diferencia del estrés postraumático, este opera como el resultado ante el miedo, mientras que la lesión moral o injuria moral es un “sentimiento de desorientación existencial que se manifiesta como una culpa intensa” (Eastes, 2016, p. 1). Este tema es ampliamente abordado en los veteranos de guerra, quienes

sufren por la contraposición de las demandas momentáneas del campo de batalla y las creencias propias morales (Eastes, 2016, p. 1).

Knowles así mismo plantea que la "Lesión moral" aparece por primera vez para describir cómo los soldados respondieron a lo que hicieron durante la guerra, definido como "perpetrar, no evitar, dar testimonio o aprender sobre actos que transgreden las creencias y expectativas morales profundamente arraigadas" (2018, p. 1). En este conflicto no se trataba de sentirse culpable por matar a otra persona en la guerra, o en la rama de la medicina en no poder dar una atención o cuidado de buena calidad, sino más bien no poder hacer más porque el sistema no lo permite.

Varios médicos comentan cómo una gran cantidad de profesionales estudian medicina porque siguen un llamado con el deseo de ayudar a los demás, sin embargo, el sueño se ve frustrado cuando se chocan con el ambiente de la salud transformado en negocio económicos, así que los médicos se ven obligado a considerar "varios factores fuera del interés superior de sus pacientes al tomar decisiones de tratamiento" (Knowles, 2018, p. 2).

La injuria moral puede ser confundida también con el síndrome de burnt out, debido al extenuante trabajo de los médicos dentro de los hospitales. El agotamiento o síndrome de burnt out, incluye agotamiento, el cinismo y la disminución de la productividad, a pesar que la mayoría de médicos presenta al menos un síntoma, el concepto de burnout resuena mal con los médicos: sugiere una falta de ingenio y resistencia, motivo por el cual, la mayoría de profesionales lo han perfeccionado durante décadas de entrenamiento intenso y trabajo exigente. Por otro lado, la lesión moral puede causar "heridas que nunca sanarán, y tanto los médicos como los pacientes continuarán sufriendo las consecuencias" (Knowles, 2018, p. 5).

Las instituciones hospitalarias no reconocen lo que las exigencias generan en el médico, ya sea a nivel subjetivo como en el ámbito laboral. Obviando así mismo los médicos su propio malestar, Eastes explica:

Los trabajadores de la salud son tan ciegos a los efectos de la lesión moral que llaman a su disonancia cognitiva "desapego profesional" y etiquetan los efectos que sufren de "agotamiento y fatiga", en lugar de culpa e ira. El impacto en el trabajador de la salud del trauma humano no debe minimizarse: las oportunidades para abordar el trauma y el sufrimiento son las que llevan a los proveedores al sistema. Es cuando el sistema mismo inflige sufrimiento que el trabajador de salud experimenta la injuria moral. (2016, p. 2)

Esta falta de conocimiento de su malestar y el hecho de que la institución hospitalaria no realice modificaciones para una práctica médica más ética, continuará afectando a los médicos. "No cumplir con las necesidades de los pacientes tiene un profundo impacto en el bienestar de los médicos: este es el quid de la lesión moral consecuente". (Knowles, 2018, p. 4), siendo necesario un acompañamiento psicológico dirigido a estos profesionales, que si bien están encargados de varias vidas a la vez, la suya queda en segundo plano.

1.4. Bioética

El término Bioética al igual que Injuria Moral, son términos actuales que están resonando en la rama de la medicina. La bioética se podría decir que va de la mano de la Injuria Moral, en la búsqueda del bienestar del paciente de manera ética por parte del médico, traspasando a lo institucional de los hospitales.

La medicina desde la antigüedad ha hecho énfasis en el bienestar del paciente como una prioridad ante el médico, el cual vela por su salud dejando de lado los intereses externos que puedan llegarle a causarle algún mal. "La ética médica tradicional se centró en dos principios éticos, presentes desde el Juramento hipocrático: el principio de no maleficencia, no hacer daño al paciente, y el principio de beneficencia, hacerle el mayor bien posible" (Correa, 2015, p.9). Principios que fueron desarrollados anteriormente, en los que se explican cómo el médico no puede usar su saber para dañar o perjudicar.

A parte de los dos principios, en la actualidad se ha añadido un tercero y cuarto; el principio de autonomía y el principio de justicia. El principio de autonomía busca "reconocer la madurez moral de cada paciente, que debe participar en la toma de

decisiones que afectan a su salud y su vida, con voluntariedad, información y competencia, con respeto por su capacidad de autodeterminación” (Correa, 2015, p.9). Implica mantener informado al paciente brindando un acompañamiento debido a lo largo de su proceso y el no actuar de forma deliberada por parte del personal médico.

El principio de justicia “significa no realizar discriminaciones injustas en la atención de salud, por criterios de edad, creencias, nacionalidad, etc. Y a la vez, distribuir con equidad los recursos disponibles en nuestros sistemas de salud” (Correa, 2015, p. 9). Todos estos principios recaen en la Injuria Moral, ya que buscan el bienestar del paciente más allá de lo que se indique dentro de una institución. Dando paso al conflicto subjetivo al cual está sometido un médico al pertenecer a una entidad mayor, como un hospital.

Según Correa, la bioética tuvo su auge en los años 70, como resultado de tres factores: la ética de la investigación biomédica, el avance de la propia medicina, y el avance de la atención de médica con la creación de sistemas integrados de salud. En respuesta al derecho de la salud al cual todo ser humano debería tener acceso, derecho a una atención digna y de calidad (2015, p. 9).

La Bioética viene precisamente a tratar de afrontar estos nuevos problemas y dilemas éticos, unidos a los avances tecnológicos, a los grandes cambios en la investigación científica y biomédica, y a la atención de las personas en los sistemas de salud modernos. Para ello ofrece fundamentalmente un modo de reflexión interdisciplinaria: no basta solamente con la ética del científico, la ética médica, la ética de la enfermera, etc., es necesaria una mirada integral desde varias profesiones, y también desde el derecho y la filosofía a problemas nuevos más complejos, que dan lugar a debates oficiales cada vez más intensos (Correa, 2015, p. 10).

La bioética ayuda a los profesionales de la salud, en este caso a los médicos, en la toma de decisiones dentro de un problema a nivel integral, en una sociedad de varios estratos económicos y multiculturales, busca una equidad en la toma de decisiones que puedan beneficiar a los pacientes.

Una definición de la bioética, es que se centra en el respeto por la vida y la dignidad del paciente como ser humano y no como un mero consumidor de un servicio de salud. Por lo que “La bioética es una deliberación practica de las exigencias éticas que lleva consigo el respeto por la vida humana y no humana, y la promoción de la dignidad de la persona, en el ámbito biomédico, en la asistencia en salud, en las instituciones, políticas y sistemas de salud” (Correa, 2015, p. 10).

2. Psicoanálisis, La función del Otro en la constitución subjetiva

A través del primer punto se pudo conocer las exigencias que conlleva el quehacer del médico, las cuales comienzan desde los salones de clases hasta su práctica profesional. El camino que recorren hasta llegar a la práctica médica en los hospitales, es larga y cansada, una vez que son parte de una institución hospitalaria están sometidos a las demandas que pueden o no estar en contra del juramento hipocrático, con el cual juraron velar siempre por el bienestar del paciente. Esta contradicción entre lo que deben hacer desde su ética profesional frente a las demandas de una institución, crean un malestar en dicho profesional, que se conoce como Injuria Moral.

En este segundo apartado se abordará desde la teoría psicoanalítica los conceptos que permitirán relacionar la injuria moral con la subjetividad del médico haciendo un recorrido por la necesidad, deseo y demanda, luego el estadio del espejo y finalmente el lugar del Otro en la constitución subjetiva.

2.1. Constitución de la subjetividad

El ser humano desde su nacimiento tiene que atravesar procesos de construcción para que pueda constituirse en un sujeto. Al inicio el niño se encuentra desprotegido y desamparado por lo cual dependerá de los cuidados del Otro. Ese Otro también satisface sus necesidades biológicas, la encargada de ello es la madre primordialmente, quien es idealizada como fuente de placer y no sólo de proporcionar los cuidados, sino también de producir en el niño un “atravesamiento narcicístico” que lo libidiniza. (Bleichnar, 1984, p. 12).

El niño a partir de la primera vivencia de placer con su objeto de amor, regirá sus nuevas experiencias, ya que no se podrán reducir solo al sujeto con el objeto de la necesidad, debido a que esa primera experiencia que introduce el Otro en el niño, va a causar como efecto la forma de relacionarse con los demás objetos (Bleichnar, 2001, p.20). El niño percibirá los primeros encuentros con el Otro a través del cuerpo, la vida psíquica se encuentra relacionado con los ritmos biológicos y es este Otro el que le dará el valor psíquico al infante. El cuerpo del niño se irá erogenizando mediante los cuidados que la madre le proporciona.

Esas experiencias de satisfacción dan la percepción al niño de un "yo" único, responsable de la idea ilusoria de ser el creador de la fantasía del narcisismo primario:

Yo soy el pecho, por lo tanto yo soy". Siendo ser una abreviación de "ser amado". Existe en tanto es objeto de amor. La discriminación yo - no yo, la noción de tú y yo, que está en la cultura y en el lenguaje, marca la presencia de una instancia tercera, que irá siendo reconocida con la adquisición del lenguaje. Ser capaz de decir "yo soy" y "yo estoy solo" son grandes éxitos del desarrollo. (Núñez, 2005, p. 40)

Desde bebés, las madres les hablan a los niños, los nombran, les otorgan palabras, sentido, calificativos, etc. Todo sujeto es parte de una historia que lo precede. Antes de su nacimiento ya existían expectativas o ideales proyectados por el Otro, sus padres. El círculo familiar en que el niño se desarrolla ya le antecede al mismo, "La existencia de un antes se impone al yo, y este antes puede develar por veces un aliado o un adversario" (Aulagnier, 1996, p.7).

La relación madre-hijo está presente en el discurso del padre, manteniéndose en lo social, es decir lo simbólico que viene a ocupar un puesto en dicha relación dual. La "evolución de las relaciones madre-niño es una evolución de esta exclusión inicial" (Bergés, 1999, p. 276), en esas primeras experiencias el tercero es excluido de esa relación madre-hijo. Las relaciones a temprana edad, darán pauta para el desarrollo psíquico del niño, por los que "es el niño quien desde el nacimiento y después -durante

su desarrollo -, la desborda haciendo fracasar su omnipotencia” (Núñez, 2005, p.48) Evitando que lo considere una prolongación de ella misma.

El infante viene a desbordar a esa madre que no puede atender todas las necesidades del niño, por lo cual la madre debe permitirse soltar al infante, posibilitándole ampliar su entorno, siendo un intercambio vital desde los primeros momentos de vida. “El desplazamiento, desequilibrio, posibilidad de sustitución, pertenecen a la dinámica propia de lo sexual, condición de posibilidades de cambio psíquico.” (Andreé, 1999, p. 17).

2.1.1. Necesidad, Demanda y Deseo

Anteriormente se había tocado el punto que el Otro cumple una función vital en la constitución del sujeto. Desde sus inicios, a lo largo de su desarrollo el Otro es el encargado de las satisfacciones biológicas del infans. Por lo que, se abordará a continuación dicho término, “la necesidad”.

La necesidad, hace alusión a las exigencias de la vida que un organismo viviente experimenta. Se puede considerar a la necesidad como “la manera más simple, que en el fondo designa algo que debe ser satisfecho” (Miller J. A., 2011, p. 165). Miller dirá que la necesidad clama un complemento en particular, introduciendo así la noción de falta, y entre ambos términos el ajuste necesario entre la falta y el complemento surge la noción de satisfacción (2011, p. 165).

Ramírez plantea tres dimensiones: cuerpo, aparato psíquico y mundo exterior. Estas dimensiones están ubicadas en un plano cartesiano en el cual una tensión corporal cuantitativa se hace presente hasta la cualidad representada por el grito; es decir que una tensión endógena causa un efecto en el cuerpo que produce una acumulación la cual necesita de una descarga (2003, p. 11). Tensión que puede

suprimirse mediante la realización de una acción específica y que actúe de manera eficaz en la realidad que pueda calmar dicha tensión.

El organismo humano es, en un principio, incapaz de llevar a cabo esta acción específica, realizándola por medio de la asistencia ajena, al llamar la atención de una persona experimentada sobre el estado en que se encuentra el niño, mediante la conducción de la descarga por la vía de la alteración interna (por ejemplo, mediante el llanto del niño). (Freud, 1895, p. 229)

Como ya se explicó anteriormente el infans no tiene la maduración necesaria para poder descargar dicha tensión por su propia cuenta. Por lo que, en un principio se opta por el camino de la descarga no específica, es decir por medio de gritos, gestos o llantos, las cuales llamaran la atención e intervención del Otro, que por lo general suele ser la madre o como dice Freud “el objeto deseado” (1976).

Cuando el Otro es atraído por el grito del niño, es porque a ese grito se le confiere un nuevo estatuto, el de un llamado, el cual es el primer estado de la demanda. Por medio de la intervención de ese Otro se da una acción específica que dará cuenta de la primera experiencia de satisfacción (Ramirez, 2003, p. 12). “La totalidad de este proceso representa entonces una vivencia de satisfacción, que tiene las más decisivas consecuencias para el desarrollo funcional del individuo” (Freud, 1895, p. 230).

Según Miller, “la demanda es en el fondo lo que impone que se considere la necesidad como una exigencia del viviente cuando este es humano” (Miller J. A., 2011, p. 165). El ser humano, es un ser hablante, el cual tiene que enfrentarse al lenguaje y la función de la palabra, “la necesidad se traduce en términos de lenguaje, se traduce en la función de la palabra, como demanda” (Miller J. A., 2011, p. 165). El sujeto que demanda busca obturar su falta, que se tapone aquello que supone la falla fundamental de todo ser humano, aquello lo que justamente el Otro no tiene pero que aun así da (Roldán, 1999). Como diría Lacan, demanda de amor, el Otro se introduce en el nivel de la demanda, el Otro del lenguaje, el Otro del aparato significante se manifiesta como otro de la demanda (Miller J. A., 2011, p. 166)

Entonces vemos como el sujeto, en este caso el médico, está sujeto al Otro, el Otro que rige en la institución hospitalaria. Este Otro es quien irá determinando el quehacer del profesional de la salud, dejando de lado el deseo propio del médico. Por otro lado, Laplanche explica al deseo como aquel que:

Nace de la separación entre necesidad y demanda; es irreductible a la necesidad, puesto que en su origen no es relación con su objeto real, independiente del sujeto, sino con la fantasía; es irreductible a la demanda por cuanto intenta imponerse sin tener en cuenta el lenguaje y el inconsciente del otro, y exige ser reconocido absolutamente por él (Laplanche, 1996).

El deseo es inconsciente, siendo así propio de cada sujeto, teniendo como característica que es esencialmente insatisfecho, ya que no obedece a un objeto en específico que lo colme, debido a que está relacionado a aquello que se pierde cuando se entra en el lenguaje y que se escapa a lo que no se pudo capturar por medio de las palabras.

La tensión puesta en juego por un ciclo de realización comportamental, sea cual sea, inscribe en el ciclo biológico el deseo como yendo a la satisfacción real, si el deseo tiende a la satisfacción alucinatoria es entonces que allí hay otro registro (...) hay allí un orden que no va a ninguna objetividad, sino otro que define por sí mismo el registro de lo imaginario (Ramirez, 2003, p. 16).

Entonces vemos como el sujeto, no accede a una satisfacción inmediata ya que al ser un infans, no madurado sin la posibilidad de verbalizar sus necesidades, no puede por sí solo acceder a la satisfacción. La madre, aunque no únicamente ella, es la encargada de dar una respuesta que en primera instancia no será la indicada que brinde satisfacción, ya que tendrá que haber pasado por una serie de intentos que no logrará la tan ansiada satisfacción primordial.

Se puede decir que el sujeto se basa en lo que no está, en su pérdida irrecuperable. Por medio de la primera experiencia de satisfacción se dio una suerte de colmamiento que completó al niño. El deseo se encuentra atravesado por una falta

inevitable, por lo cual estará siempre impulsado a buscar objetos que lo puedan llenar, conocidos como objetos pulsionales.

2.1.2. Estadío del Espejo

A lo largo de este trabajo se ha puntualizado la importancia de la función del Otro. Es en el estadio del espejo que el Otro tendrá un carácter formador y delimitador en el cuerpo del infans. Por lo que, Lacan denomina al estadio del espejo como “formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica” (1949, p. 98).

El estadio del espejo opera como tiempos lógicos, es decir como momentos que implicarán una configuración en el sujeto. Y lo que se va a configurar en el sujeto es la subjetividad humana. Esta subjetividad humana “es la configuración de la imagen humana y el proceso por el que el sujeto humano se hace con esa forma” (Catalá, 1998 , p. 19).

La configuración de dicha imagen se da en relación al lenguaje, como Lacan menciona, el niño entre los seis y dieciocho meses es un ser en dehiscencia, de puras ganas, de movimientos incoordinados que el niño percibe como fragmentados, hasta que el Otro los toma para articularlos y significarlos, siendo la vía por la cual el infans ingresará en el orden simbólico (Catalá, 1998 , p. 20). Si bien el infans todavía no ha podido hacer uso del habla, su sentido de la visión se encuentra madurado por lo cual el espejo será su primera aproximación para la constitución de su subjetividad.

Catalá menciona tres elementos: un espejo, el infans y sus ojos. Si bien tiene madurada su visión, no puede ordenar lo que ve, al ver varios objetos reflejados en el espejo, privilegiará su imagen capturada en él (1998 , p. 20). Nasio en su texto explica como:

La imagen del "Estadio del espejo", la Imagen especular, anticipa en el nivel imaginario el futuro yo [Je] simbólico del niño y que esta imagen es ante todo

un espejismo de totalidad y plenitud, frente a lo real dispersado e inmaduro del pequeño cuerpo infantil. Por ello, el Estadio del espejo de Lacan es una experiencia inaugural y primera (Nasio, 2008, p. 123).

El niño se vive como fragmentado, la percepción de su imagen por medio del espejo le devuelve su otro en totalidad, la imagen le permite pasar de una insuficiencia en donde lo que observa no tiene un orden, “el espejo lo que vendría a marcar sería un pasaje de la insuficiencia, que tiene el infans, a la anticipación de la imagen unaria del otro. Esta unidad que aparece ilusoriamente, del lado del espejo, la llamamos rasgo unario” (Catalá, 1998 , p. 21).

En el estadio del espejo, se estructuran dos elementos en la relación especular: el infans y su imagen. Un tercer elemento aparece en dicha relación, la madre, la cual posibilita que la situación especular se rompa y el infans pueda entrar en el lenguaje. Esta entrada se posibilita cuando la madre le habla sobre su imagen en el espejo.

Al situar al niño frente al espejo, hay un interjuego de miradas en el que el niño reconoce la imagen que tiene frente, así como propia. El niño mira al espejo y queda fascinado por lo que ve. Frente a su sensación corporal de inconexión, aparece el júbilo por lo que ve: una figura humana completa, y es él. Pero en la instantaneidad de ese momento es preciso un intervalo: el niño se vuelve hacia aquel que lo sostiene como para solicitarle su asentimiento ante lo que ve, y ese otro le dice un sí a esa imagen, y le dice “Tú eres eso”. Reconoce esa mirada que le era dirigida a él, la reconoce en el espejo dirigida a esa imagen que tiene frente a sí, y por ahí se instala el reconocimiento de la imagen (Viscasillas, 2001, p. 94).

A partir de ese momento en el que la madre le habla, el infans puede relacionar el otro del espejo consigo mismo y reconocer en ese otro del espejo su propia imagen. Se puede entender como el Otro dentro de la institución hospitalaria que reconoce y le devuelve una imagen completa como profesional al médico. Siendo así para el Psicoanálisis, “la configuración de la imagen humana se realiza por la intervención de otro” (Catalá, 1998 , p. 21).

2.1.3. Alienación – Separación

Como se ha venido trabajando, el Otro constituye un tiempo lógico y un elemento importante dentro de la constitución subjetiva. Así, dentro de la teoría psicoanalítica la constitución del sujeto se da desde antes de nacer ya que la madre instala en su subjetividad una localización de este hijo, ya sea como un objeto de deseo, del deseo de ese Otro imprescindible y es a partir de ello que el niño tendrá la posibilidad de ser y existir. El niño se convierte en un objeto de deseo de ese Otro que tiene planes para este, por lo que no construye un deseo propio, sino que es en relación a Otro, es decir va a estar alienado al deseo de los padres. (Villa, 2018, p. 1). Así, para este nuevo ser es necesario de un Otro que le dé un nombre que lo haga existir, que desee para él y a partir de ello ir construyendo ese sujeto que ha de surgir. La alienación para Lacan, es una “operación que da cuenta de la relación del sujeto (S) y el Otro (A)”. (Eidelsztein, 2009, p. 5)

Entendiendo esto, podemos decir que la alienación tiene que ver con un saber dónde el sujeto posee dependencia con el Otro, quedándose sometido a los deseos de éste. Ya que, el sujeto se aliena para no tener que pasar por la castración, así pues éste lo protege y sostiene frente a la angustia de la falta, la misma que se presenta a partir de la pregunta por su existencia "que soy para el Otro". El sujeto responde de alguna manera y se somete a lo que él lee de lo que este Otro desea de él. (Villa, 2018, p. 2).

Dentro de los hospitales ese Otro de la institución es quien desea por los médicos manteniéndolos alienados a lo que ellos plasman en sus reglamentos, suprimiendo muchas veces lo que los sujetos puedan desear al momento de ejercer su práctica. Ese Otro es quien planea aun antes de que lleguen al lugar. Establecen cómo se han venido diciendo las exigencias y reglas a las cuales éstos se deben regir.

En la segunda mitad de la infancia el niño tiene un cambio en la alienación que tenía hacia su padre, por lo que, el infans sale de su sala de juegos para iniciar el

proceso de separación, para ello este se va percatando que su padre al que admiraba y amaba porque se veía el más fuerte, sabio y bondadoso ya no supe sus expectativas. La separación inicial, se da por la vía de la separación que se facilita en el abandono de este primer personaje ideal. Para el psicoanálisis este momento de separación se da en la adolescencia momento de vacilación subjetiva donde el sujeto transforma la relación con sus figuras parentales, con la ley y su alienación al deseo del Otro, en la que establecerá una nueva relación con respecto a su sexualidad. (Villa, 2018, p. 3).

Sin embargo, este adolescente requiere de la presencia de ese Otro que le de soporte y lo acompañe en el proceso de su elección y construcción del deseo. Se convierte entonces en un sujeto deseante, por lo que estas nuevas relaciones estarán basadas luego en su propio deseo que le impulsará a tomar una decisión, más si no hay el acompañamiento debido ese sujeto se quedará en un sin sentido. La separación consiste en operar con la propia desaparición en relación a la falta en el Otro.

La separación como intersección surge de la superposición de dos faltas. La primera, lógicamente hablando, es la de la alienación, operatoria del intervalo. En ese mismo intervalo se manifiesta ahora, para el sujeto, además de su afánisis, el más allá de lo que el Otro dice, el más allá de la demanda del Otro, Otro encarnado que recién aparece en la separación. Allí se esboza, para él, el deseo del Otro. El sujeto, contando con su propia falta, la pone a operar para responder a la falta en el Otro, proponiéndose como objeto para esa falta, pero él como objeto en tanto que falta en sí mismo. Así, una falta se articula con otra falta, y la pregunta que representa esta intersección es “¿Puedes perderme?”, en lugar de “¿Puedes o quieres tenerme? (Eidelsz tein, 2009, p. 12)

La otra aplicación de la operación de separación es el momento donde se juega la elección de la estructura, ya sea neurosis, psicosis o perversión, el niño va a ir formando su estructura. Lacan en 1964a al hablar de separación dirá que tanto el campo del sujeto como del Otro no pueden articularse, sino por su falta, ya que ambos son heterogéneos. Del lado del sujeto, el sin-sentido, su desaparición como sin-

sentido; del lado del Otro, la falta del sentido son los intervalos del discurso y el enigma de su deseo:

El sujeto encuentra el camino de regreso a la alienación en la operación que denominé separación. Mediante la separación el sujeto encuentra el punto débil de la pareja primitiva de la articulación significativa, en la medida en que es, por esencia, alienante. En el intervalo entre estos dos significantes se aloja el deseo que se ofrece a la localización del sujeto en la experiencia del discurso del Otro, del primer Otro con que tiene que vérselas [...] El sujeto [...] vuelve, entonces, al punto inicial, el de su falta como tal, el de la falta de su afanisis. (Lacan, 1964a, p. 226-227)

Es así pues que esta pérdida que se presenta tiene que ver con una pérdida de goce, inscripción de una pérdida llamada objeto a, la misma que es quien nombrará un vacío. Es a partir de este momento que se presenta la constitución del deseo como deseo del Otro puesto que es causa de la articulación del sujeto con el intervalo en la cadena significativa del Otro donde Lacan localiza el enigma de su deseo. De allí la producción del a cómo resto perdido, operación que en libro *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* Lacan nombra “extracción del objeto a”. En este sentido, la separación implica la entrada de la estructura del deseo como deseo del Otro, que rescata al sujeto del efecto letal del significante porque adviene como posible objeto del deseo, es aquí pues donde se produce la realización del sujeto del deseo en relación con el deseo del Otro, siendo lo decisivo el enigma del deseo del Otro (Muñoz, 2009, p. 13).

En esta operación pues se permitirá la elección de la estructura, por lo que es necesario que el primer objeto que propone el sujeto a ese deseo parental cuyo objeto le es desconocido, debe ser su propia pérdida, siendo a partir de los objetos a (como el nieto de Freud con su carretel) que se va a poder jugar esta pérdida convirtiéndose en un tiempo anterior al tiempo de los objetos a. (Muñoz, 2009, p. 16)

En conclusión podemos decir que tanto en la operación de alienación como de separación, la operación del Otro es importante ya que a partir de la relación del sujeto

con el Otro es donde se articulan dichas operación permitiendo la constitución de la subjetividad.

El Otro es el lugar donde se sitúa la cadena del significante que rige todo lo que, del sujeto, podrá hacerse presente, es el campo de ese ser viviente [el parlêtre en tanto ser vivo vinculado con un cuerpo biológico no determinante] donde el sujeto tiene que aparecer. (Lacan, 1964a, p. 211-212).

2.2. El lugar del Otro en la constitución subjetiva

Para este apartado tomaremos la cita de Lacan donde el sujeto construye su subjetividad a partir del Otro, “nace en el campo del Otro” (Lacan, 1964a, p. 216). Es por ello que, al pasar el sujeto por la operación de la alienación - separación, éste contará con un cuerpo y una falta estructural por lo que, siempre lo impulsará ésta a ir en busca de aquello que se perdió en ese recorte de goce, a buscar objetos pulsionales que se encuentran en el campo del Otro. Todo este proceso está muy asociado a la libido que Lacan la denominó como “puro instinto de vida” que es la energía con la que cuenta el sujeto para buscar dichos objetos. (1958, p. 8) Así pues, el Otro constituye un elemento importante en la constitución del sujeto, ya que sin este el sujeto no existiría.

El pequeño al llegar al mundo no nace con un cuerpo constituido como tal, que solo puede reconocer estímulos, sino que éste cuerpo será desarrollado a partir de un proceso de construcción subjetiva en el que es necesario la intervención del Otro. Lacan en el seminario XX, señala que el goce no es posible sin referirlo al cuerpo, por lo cual es preciso tener un cuerpo, que no es una garantía dada, puesto que se trata de una construcción que debe hacer un sujeto a partir de un Otro, que desde el primer momento pone en juego su deseo para acoger a un ser viviente. (1972-73, p. 340).

Este Otro primordial que es encarnado por la madre significará algo para el niño haciendo uso del lenguaje, de las diversas sensaciones que se presente en lo real del cuerpo del infante; el llanto podrá tener tantas posibles significaciones: hambre, frío,

sueño, etc. Las demandas del niño hacen que la madre quiera dar todo, sin embargo entre la demanda del niño y la satisfacción hay un espacio que permite al niño ir construyendo su deseo. Es por efecto de dichas significaciones que el sujeto va dejando por fuera un resto del cuerpo como viviente, es decir un resto de goce que a causa del lenguaje se pierde. (Miller, 2004, p. 20)

Antes de llegar al mundo y nacer un niño ya pre-existe, se encuentra ya deseado por alguien, por Otro; el mismo que ya ha formado una novela para éste de cómo será su vida, antes de tenerlo en brazos a este niño la familia ya le han atribuido un sin número de deseos, ideas y afectos que marcan la constitución subjetiva. El origen de un niño se encuentra en la estructura del lenguaje de manera que el chico antes de hacer uso de la palabra ya vive. “Hay una experiencia subjetiva en relación al lenguaje y no hay realidad predicursiva”. (Musachi, 1995, p. 20)

El Otro constituirá una parte importante en las diversas etapas que el infans irá atravesando, incluso en la constitución especular del cuerpo del sujeto, este Otro que en primera instancia se referirá a la madre.

Producto de la construcción de la imagen del cuerpo surge el Yo, el resultado de la relación del cuerpo con la imagen es el Yo ideal, entendido como lo que yo quiero ser y el Ideal del yo a partir del significante que viene del Otro como aquel que determina lo debería ser, como una posible imagen sin falta. (Catalá, 1998, p. 20)

Luego, en el Seminario V, el mecanismo de la función paterna es ilustrado a través de la metáfora. El Nombre del Padre es un significante metafórico, significante amo, que le da sentido al significante reprimido y hace de la madre, también, un significante. Así, se puede decir que tanto el padre como la madre se encuentran traducidos en tanto significantes. El Nombre del Padre funda y sostiene a todo el sistema: es el significante que garantiza al Otro del lenguaje, anticipando la función del Otro. (1958 , p. 60). Por lo que, la interdicción del goce, de manera edípica, encuadrada en el complejo de castración, responde al deseo del Otro, un Otro

habitado por una voluntad de castración, que no dice goza, sino que dice, no goces. Es un Otro que interpone un No al goce. (Holguín, 2012, p. 2)

Se relaciona con la definición que Lacan da en “De una cuestión preliminar a todo tratamiento de la psicosis” (1966) del Nombre del Padre como “el significante que en el Otro, en tanto lugar del significante, es el significante del Otro, en tanto que lugar de la ley”. Por lo que, el Nombre del Padre que encarna la Ley se constituirá luego como ese Otro de las instituciones las cuales imponen las leyes que deben seguir y la manera que el sujeto tendrá que desear en ese lugar y con ese paciente. (p.49)

Para Lacan el Otro (A), es visto como la estructura del lenguaje y se la podría definir como “fundamental y nueva operación lógica”, en la medida en que concibe los efectos sobre el sujeto debido a su nacimiento en un mundo de lenguaje constituido por su estructura, otros sujetos hablantes y cadenas significantes. (Eidelsztein, 2009, p. 5) Es decir, que es a partir de ese Otro que el sujeto va a poder ser incluido en el lenguaje y por lo tanto dentro de la sociedad. Este Otro es aquel que le permitirá devenir como sujeto y a su vez su deseo estará formado por este y todas las creencias que se impongan.

Dado que el deseo del Otro es el más allá de su propia demanda, es inconsciente para sí mismo, como para todo sujeto que encarne la función de Otro para alguien. Así, la circularidad no recíproca de alienación y separación da cuenta también del traslape del inconsciente del sujeto y el inconsciente del Otro, lo que permite afirmar que “el inconsciente del sujeto es el discurso del Otro”, o mejor dicho aun, su más allá. (Eidelsztein, 2009, p. 12)

3. Deseo del médico frente a la demanda Hospitalaria

En los apartados anteriores se pudo desarrollar la historia de la medicina en relación a la práctica y la ética del médico y como ésta ha ido configurándose bajo los estatutos y lineamientos de los juramentos médicos bajo los cuales estos profesionales rigen su práctica.

También se ha hecho un recorrido por los conceptos que desde el psicoanálisis permiten entender la constitución subjetiva tales como: el estadio del espejo, los conceptos de necesidad, deseo y demanda, alienación-separación y la importancia del Otro en la constitución subjetiva que dará paso a un abordaje de los discursos. Tal camino hará posible que en el tercer punto podamos explicar desde la teoría psicoanalítica por qué los médicos responden al discurso institucional hospitalario, para lo cual se hará una lectura desde la teoría de los discursos proveniente del psicoanálisis lacaniano.

3. 1. Los Discursos un aporte del psicoanálisis lacaniano

A partir del recorrido que se ha realizado sobre el lugar del Otro en la constitución subjetiva y en el que se ha analizado el lugar fundamental que ocupa el Otro para la inserción del lenguaje.

El significante es la causa del discurso, ya que es en la captura que el significante ejerce sobre los seres hablantes en donde se establecen las operaciones mínimas que hacen posible un discurso. El discurso en tanto lazo social, se soporta en el lenguaje. El discurso es el modo en que cada uno habita en el lenguaje. No existe el lazo social fuera de los discursos, porque el sujeto y el Otro no disponen de ningún medio que establezca vínculo en el lenguaje. (Alemán, 1989, p. 156-157)

Para Lacan el introducirse en la palabra debe implicar que el Otro pueda que se convierta en determinados otros para el sujeto, se convierten pues en objetos a, siendo pues dichos objetos lo que permitirán que se los nombren y al ser nombrado son bañados de lenguaje y por lo tanto hay un sujeto existente (Negro, 2009, p.8).

Los discursos constituyen cuatro maneras de hacer lazo social en la cual el inconsciente está en juego. Así, para el análisis de los 4 discursos, tomaremos la enseñanza de Lacan en torno a estos, los mismos que están dados a partir de matemáticas que giran en torno a la dinámica de cuatro elementos: el sujeto dividido por el síntoma, el significante amo, el objeto del plus de gozar y la cadena de significantes

del saber, los cuales se movilizan a través de cuatro posiciones que son: agente, semblante (Otro), producto y verdad. (Solis, 2015, p.51)

Lugares:

Agente	Otro
Verdad	Producción

Discurso Amo	del	Discurso Universitario
Discurso Histórico		Discurso del Analista

Letras: {
 S₁: significante Amo
 S₂: significante del saber
 \$: Sujeto dividido por el síntoma
 a : objeto del plus de gozar

Tomado de: (Perez, Los Cuatro Discursos y El Hospital del Día: UN ABORDAJE RACIONAL p.2)

Para Lacan el discurso es visto como un punto de articulación entre lenguaje y palabra. Al ser una articulación del lenguaje este va a variar. Lacan, en su teoría de los discursos en el Seminario XVII dice que el hombre satisface su deseo al destruir al objeto en sí y transformarlo consecuentemente en un para sí. (Rossi, 2010, p. 10). Es decir que este deseo se transformará de manera indefinida dependiendo el deseo que pueda presentar el sujeto, pero siempre desde una misma lógica.

El agente es el lugar donde se apoya el discurso, por lo que, en un momento dado, lo llama “puesto de mando” (Lacan, 1969-70, p. 112). No obstante, en el Seminario XVIII especifica que el discurso no se puede situar a partir de un sujeto y que el agente es un “falso agente”: es “el lugar del semblante” (Lacan, 1969-70, p. 25). El agente se dirigirá a otro que se refiere a un lugar dentro del discurso.

El otro no es un otro exterior al discurso, sino que es un lugar, una parte del engranaje discursivo. Está situado por dentro de esta maquinaria. No se trata de la

transmisión de sentido de un sujeto a otro, como en los esquemas tradicionales de la comunicación (emisor-código o mensaje-receptor). Designa el lugar de la alteridad siempre presente en el discurso. El discurso se origina en el Otro, no en el sujeto, es este Otro de donde surge la pregunta y cuya respuesta debe ubicarse en el sistema significante. (Dasuky, 2010, p. 108)

La verdad, por su parte, es el motor del discurso, que se encuentra por debajo del agente. Para Lacan, la verdad guarda relación con el decir: solo puede decirse a medias, porque es imposible decir toda la verdad. Esta imposibilidad es estructural, ya que, como notamos, la verdad se ubica en el plano de lo latente (Alemán & Larriera, 1996, p. 165) En el Seminario XVI, relaciona las nociones de verdad y de saber. Allí señala que la verdad tiene estructura de ficción, es una verdad que no se sabe: “Eso dice algo sin saber lo que dice” (Lacan, 2006- 2008, p. 184).

Por último, el lugar de la producción se encuentra por debajo del otro. Este lugar es el lugar del efecto, del producto engendrado por el discurso. En tanto que, para Lacan, todo discurso “se presenta rico en consecuencias, pero oscuras” (Lacan, 2006-2008, p. 31), este efecto nunca es alcanzado en su plenitud. De allí que la relación entre verdad y efecto es una relación de disyunción: el fin del discurso nunca es logrado (Jurnaville, 1992, p. 279).

Así se puede decir que, el funcionamiento de cada discurso va a cambiar según la dominante que se pueda encontrar en él. Esta dominante es siempre distinta y le otorgará al discurso una organización en función del elemento que se ubique como agente. Lo que produce un sujeto, un \$, no es un hombre o un individuo en sí, sino un ser que está en el lenguaje y con el lenguaje, teniendo un significante que lo represente ante todos los otros significantes y por ello mismo a determinarlo. Pero a partir de allí hay un “resto”. A partir de ingresar en el lenguaje el sujeto ya no tiene más acceso directo al objeto de su deseo. Su propio deseo solo puede decirse “entre líneas”. Allí nace el concepto de “objeto a”.

El lugar del Agente determinará como se arman los cuatro semblantes que son los cuatro discursos: semblante de Poder, semblante de Saber, semblante de la Verdad, semblante del Acto. El discurso del Amo es el que ocupa el lugar del Agente del discurso. El Universitario es aquel que ocupa el lugar del Otro. El Histérico el lugar de la verdad y el discurso del Analista el lugar de la producción. Estos discursos están enlazados. (Pérez,s.f., p. 1)

Lacan al hablar del discurso de la verdad, es decir, el discurso Histérico, comenta que tiene que ver con el poder producir un nuevo saber, el mismo que es reprimido. Lo mismo es reprimido el discurso del Analista que puede producir una caída del significante del poder, a través de otro significante S1. Esta represión en los grupos puede llevar a la segregación y al sacrificio. (Pérez,s.f., p. 2)

Siguiendo con el breve recorrido de los discursos que Lacan propone, los mismos que permiten que el sujeto haga lazo social:

El sujeto es constituido a partir de estar inmerso en el lenguaje, es por ello que se podría decir que éste se constituiría un efecto del discurso, es así que el discurso permitirá a ese sujeto tener contacto con otros permitiendo el lazo social. Ya que, el discurso no solo está compuesto por palabras o enunciaciones sino también por la interrelación, es decir por prácticas y las reglas de organización universales.

El discurso permite el lazo social a partir del nivel de comunicación, no necesariamente por entender el significado de lo que otro puede decir, sino que el sujeto forma parte, siendo un elemento importante en la cadena significante y por lo tanto “la cadena del discurso no es cosa que alguien pueda detener y yo estoy precisamente encargado de transmitirlo en su forma aberrante a algún otro”. (Lacan, 1983, p.141). Por otro lado, se comunicada con el otro a partir de que se “discursea” —como dice Lacan— recibiendo del otro un mismo mensaje de manera invertida. “El acuse de recibo es lo esencial de la comunicación en tanto ella no es significativa, sino significante.” (Lacan, 1983, p. 269)

El discurso es considerado como una estructura que permite que se desarrollen relaciones que pueden ser duraderas en el tiempo, lazos fuertes yendo más lejos de lo inmediato, del lenguaje verbal, de la palabra dicha, de la injuria proferida, de las enunciaciones formales del lenguaje. Así Zuluaga comenta que: “la palabra puede ser frágil, efímera, pero el discurso en cambio subsiste, instaure relaciones, códigos, imperativos, es decir, va mucho más lejos que las enunciaciones efectivas” (2009, p. 20)



Gráfica 8. Discurso del amo.

Gráfica 9. Discurso de la histérica.



Gráfica 10. Discurso del analista.

Gráfica 11. Discurso universitario.

Fuente: (Moreno, 2014, *Aportes de la teoría de los discursos y del lazo social de Jacques Lacan al contexto universitario actual*, p. 60)

Al ser el S1 quien ocupa el lugar de dominante se habla de un discurso del Amo, por su parte al ser la letra \$ (sujeto barrado) ocupando el lugar de la dominante, se lee como el discurso de la histérica; si el objeto a (minúscula) quien ocupa el lugar dominante, se interpreta el discurso del analista, finalmente al encontrarse el saber (S2) ocupando el lugar dominante, se produce necesariamente la escritura del discurso universitario. (Moreno, 2014, p. 61) Así dentro de las instituciones Hospitalarias de aquello que se habla es de un discurso del Amo donde este S1, lo hace esclavos al deseo de esta institución y por lo tanto deben responder a lo propuesto.

Sosa (1998) expone la lectura de dos saber hacer diferentes, a partir del discurso universitario y el discurso analítico. En el caso del discurso universitario ubicamos de este lado la enseñanza médica, en la cual el saber se presenta como

una totalidad que se encuentra movilizada por el imperativo de saber más, el paciente queda objetivado en un lugar inerte, reduciéndose a una serie de datos, lo cual no es sin efecto sintomático en el mismo. (p. 14)

$$\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

Tomado de: (Lacan, Seminario XVII: El reverso del psicoanálisis, 1969-70)

En el caso del psicoanálisis y la presentación de enfermo, la cual se conoce desde la obra de Freud y de los casos trabajados por Lacan, en hospitales como la Salpêtrière. En este caso el trabajo con los pacientes posee modos de intervención diferentes a los de la medicina, lo primero es el lugar del analista como causa, desde esta posición su saber es puesto en paréntesis, en un primer momento, los otros analistas que forman parte de una presentación de enfermos, se encuentran en el lugar de sujetos, los cuales en el segundo momento, que es la discusión del caso, darán cuenta de su elaboración singular con respecto a lo oído del paciente. (Solis, 2015, p. 51)

$$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$$

Fuente: (Lacan, Seminario XVII: El reverso del psicoanálisis, 1969-70)

En el discurso del Amo este ocupa el lugar del agente del discurso es por eso que, “en el discurso del amo, el plus-de-gozar sólo satisface al sujeto al sostener la realidad de la sola fantasía” (Lacan citado por Navas 2013, p 45). Al hablar de la ciencia nos encontramos que puede estar posicionada en un discurso del amo, esto pues produce “efectos de histerización en los sujetos, en tanto hay un amo que produce, y al que deben responder a las preguntas”. (Brousse, 2002, p.2)

Dentro de los discursos, es necesario que el analizante pase por el discurso de la histeria así el deseo del saber cómo lo proponía Lacan: hay una causa en eso que me hace sufrir, en mí, que se me escapa y que identifico como síntoma. La histérica no es esclava, hace huelga (...) no entrega su saber. Pero desenmascara al amo sustrayendo como Uno del S1, la histeria no es esclava ya que esta recurre del amo para que él produzca el saber (Wainsztein, 2012, pág. 5) Es decir que dentro del discurso del amo, el efecto de histerización se puede considera como un saber que permite que no fracase en aquello que el discurso del amo propone, siendo captado como objeto precioso.

“El discurso del amo, podría decirse que el amo ordena al esclavo que está en el lugar del goce y saca de su saber-hacer un plus-de-goce. Pero la verdad del amo es su división de sujeto”. (Dasuky, 2010, p. 120).

3.2. El Discurso Amo

“El estado moderno establece una alianza de un nuevo estilo con la ciencia (...) la relación con el amo no fue siempre igual” (Laurent citado por Solis, 2015, p. 51) Esta cita nos permite pensar como el discurso institucional, puede ser leído como Discurso del Amo, en el cual el Otro funciona como agente teniendo una función determinada, el mismo que es importante en la constitución del sujeto, sus relaciones y en la inserción del lenguaje.

El alojamiento en el Otro, depende de qué alojamiento se dé al paciente y en qué Otro del significante, va a estar planteado un tema futuro que es la recuperación o la internación. Esto diferencia los Hospitales de Día que funcionan en un Otro con internación o en un Otro Hospital General o solamente funcionan en un centro ambulatorio puro. La cadena significante que se ofrece es distinta, apunta a la reinserción social y no a la psiquiatrización. O sea, de acuerdo a qué Otro es el que aloja, ya está planteado el tipo de propuesta de tratamiento, los significantes del Otro que determinan al sujeto en su alienación. (Nava, 2013, p. 5)

El Otro puede considerarse determinante dentro del discurso, ya que el sujeto que se encuentra inmerso en el discurso es considerado parte de la cadena significativa y al mismo tiempo un mensaje que circula en dicha cadena, constituyendo su ser en función del mensaje que le corresponde, que lo determina. El discurso es el discurso del Otro 1) porque la sede del significante, que es el material del discurso, no es el sujeto sino un lugar exterior que lo precede, lo determina y lo ubica en su interior y 2) porque no es en la enunciación del discurso donde está el sentido de lo que se dice, sino en la sanción que le da el Otro. (Negro, 2009, p. 15). Y es a partir de posicionarse en función del mensaje que le es provisto por ese Otro en este caso diagnóstico o internalización va desarrollarse en función a ello.

Para hablar del discurso del Amo, es necesario definir a ese Amo, como es visto en esta época, como es percibido en los diferentes lugares donde el sujeto puede desenvolverse y además como ese Otro del amo puede estar incidiendo en el sujeto y evitando que se cumpla el deseo que lo hace vivir y elegir.

El amo es real, existe e insiste, el amo en ninguna época ha cesado de insistir, el amo es lo imposible de ser negado todo, el amo es la estructura que alberga al otro, el amo es el subsuelo del propio fundamento y de la propia dimensión de posibilidad, el amo es lo que ronda, lo que vuelve y envuelve, lo que es y lo que está, el amo anida en la lengua y anuda a la lengua, el amo es el significante primordial (S1) de la lengua materna y el Nombre del Padre, es punto de partida de lo que da lugar a la propia escritura, porque el amo es “no todo” y también “más allá”; no todo y más allá que realiza la insistencia y persistencia del deseo imposible, también, de ser colmado todo. Podemos sostener que el otro del amo es el deseo imposible de ser tenido todo, de ser cumplido todo, de ser silenciado todo, capturado todo, contenido todo, apaciguado todo, reprimido y controlado todo. (Nava, 2013, p. 2)

El amo puede tomar las formas de todo, que puede asfixiar en ocasiones al sujeto, que puede incluso como exprimir al máximo o encerrar el deseo propio que puede tener un sujeto, ya que este lo acapara todo. Como se puede observar dentro de los hospitales este Otro institucional acapara todo que en ocasiones puede estar asfixiando al médico no dejándolo desear en su profesión y rol. Sintiendo en ocasiones como una marioneta de éste Otro institucional que lo obliga a hacer lo que dicen e incluso hablar bien de ésta sin ser esto una realidad.

El sujeto, en su concepción tradicional, se guía a partir de una referencia, de una brújula, de una función simbólica. Una función que es ficticia y por tal, efectiva. Lacan llegó a decir “El Otro no existe”, lo que nos lleva a sostener, para creer en el Otro hay que construirlo. (Dufour). Eso explica los representantes del Otro, los cobradores del Otro, los que reprimen los deseos del y/o hacia el Otro, los que gozan para el Otro, los que matan o se matan por el Otro, los que lo administran, los que lo consumen, los que lo odian y los que lo aman.” (Rodríguez B. , 2012, p. 5)

El discurso del Amo, es considerado para Lacan en el reverso del discurso del analista, y éste a su vez el reverso del Amo. El analista, gracias a la transferencia, ocupa un lugar de poder respecto de su paciente, pero debe renunciar a utilizarlo para su provecho personal y/o para sugestionar al analizante, limitándose a acompañar al sujeto en el atravesamiento de sus fantasmas. (Nava, 2013, p. 14). El discurso del Amo, es aquel que hace que el sujeto haga lo que el Otro manda a decir y se mueve en torno a ello.

Lacan en el Seminario 17 citado por Navas, considera al agente del discurso como aquel que es hablado por el discurso. De ahí que Lacan considere que el discurso del amo es el discurso del inconsciente. (2013, p.41)

En el discurso del amo, por su parte, nos encontramos que el significante amo se sitúa en el lugar del agente, sobre el que se apoya la esencia del amo. Allí se sitúa la ley. El amo desconoce la verdad de su determinación: la división del sujeto. Por esta razón, el sujeto barrado se advierte por debajo de la fórmula. El discurso del amo oculta su secreto: el amo está castrado (Rabinovich citado por Negro, 2008, p. 43).

De esta forma, intenta borrar la barra que es constitutiva del Otro. En la posición del otro, se ubica el esclavo, dueño del saber, posee un saber hacer. El esclavo se presenta como aquel que sabe por haber perdido su cuerpo el mismo que ha querido

conservar en su camino al goce. Por esta razón, el objeto a, se convierte en el efecto del plus-de-goce, como aquel producido por el discurso.

3.2.1. El discurso del Amo y el discurso de las instituciones

Como se ha trabajado anteriormente el discurso del amo apunta a querer controlar todo lo que el sujeto puede o debe hacer dentro de una institución, aún antes de llegar al lugar ya decide lo que va a hacer y lo que tendrá que hacer, a lo largo de todo el tiempo que permanezca, solo será un esclavo más frente a los protocolos de atención que los hospitales que promueven como exigencias de atención y de productividad para los médicos. Existe un malestar generalizado por aquello que se impone, sin embargo, existe una respuesta que se aliena a estas exigencias, lo cual no es sin consecuencia para la atención del paciente, pero sobre todo para la subjetividad del médico que es nuestro punto de investigación.

Lacan, se pregunta cómo es que el discurso del amo aún funciona, es decir los trabajadores trabajan. "Hablo de aquella mutación capital, también ella, que da al discurso del amo su estilo capitalista, explica como el agente no es en absoluto a la fuerza el que hace, sino aquel a quien se hace actuar." (Lacan, 1969-70, p. 100).

De hecho, una de las definiciones de la palabra agente, según el diccionario de la RAE, es la de una persona "que obra con poder de otra". Incluso la definición del S1 es, a su vez, lo que representa a un sujeto (\$) para otro significante. El lugar del agente es también el denominado dominante en la escritura de los discursos, dirigiéndose a un Otro, cuya relación tiene un producto y un efecto de verdad.

En el discurso del amo, en posición de organización del discurso pone Lacan al S1 que organiza el discurso en un momento dado. (Lierni Irizar citado por Dasuki, 2010, p. 175). Que dentro de las instituciones es el hospital quien organiza y decide

por los médicos, el sujeto se encuentra sometido a ese S1 que rigen por un saber ligado al de los protocolos, S2 se podría ubicar el médico que busca un objeto a, que tiene que alienarse a lo que se imponga dentro de la institución para ser reconocido por los otros y permanecer en su trabajo.

Dentro de los hospitales el discurso del Amo se encuentra proliferado por los protocolos y tratamientos estándares que los médicos deben seguir a la hora de realizar una valoración, se puede decir que están siendo controlados por este gran Otro que los lleva a realizar su profesión de X manera y la ética profesional queda en segundo plano.

Los sujetos y sus problemas han sido aplastados por los diferentes métodos que los hospitales toman para que los médicos puedan ejercer su trabajo. "El poder se ejerce ahora a través de maquinarias que organizan directamente los cerebros (en los sistemas de comunicación, las redes de información, etc.) y los cuerpos (en los sistemas de asistencia social, las actividades controladas, etc.) con el propósito de llevarlos hacia un estado autónomo de alienación, de enajenación en el sentido de la vida y del deseo de creatividad" (Hardt, 2003, p. 36).

Como lo hemos propuesto en los apartados anteriores, el médico cuenta con un código de ética que le impulsa siempre a buscar el bienestar de los pacientes, el mismo que en toda su formación fue repasado una y otra vez, en el desarrollo de su práctica. Como profesional se encuentra enfrentado a su deseo, es lo que le llevó a elegir la profesión, a lo que se comprometió en el juramento hipocrático, el que se pierde, se desdibuja frente a los protocolos de atención y los sistemas de evaluación de la enfermedad.

El médico es sometido todo el tiempo a evaluaciones de eficacia. La eficacia se asocia a la rapidez del diagnóstico. La salud se ha convertido en una industria donde los procedimientos deben ser rentables. Los avances técnicos ya no

pueden dejarse afuera por lo que, si no existe demanda de ellos, habrá que generarla. Pero, entonces, el paciente ya no es un sujeto, es un cuerpo que se presta a la confirmación de la efectividad de los avances de la biología. Y el médico queda atrapado en una operación, en el cumplimiento de una norma que hace callar la pregunta por el sentido. (Manitta, 2005, p. 92)

Lo que se busca en los hospitales es que ceda el dolor o aquello que aqueja, a partir de protocolos o estándares que apuntan a una atención de calidad.

El discurso institucional en ocasiones puede estar obstaculizando de algún modo la función del médico dentro de los hospitales, debido a que, se rige a discursos como el de Salud Mental y el de los Derechos Humanos que, por su propia naturaleza, imponen sus normativas y pautas buscando que el usuario que es atendido pueda gozar de calidad en los servicios de salud y sea un sujeto donde sus derechos sean cumplidos.

Esto del lado del paciente, la pregunta que surge desde esta investigación es ¿cómo los médicos cumplen estos protocolos dentro de los hospitales? no pudiendo dar respuesta ya que, se encuentran limitados por insuficiente personal, equipos y medicina. El médico se ve enfrentado hacer realizar un diagnóstico en un tiempo muy reducido, sin los recursos necesarios, viéndose su deseo enfrentado por el discurso al cual solo tiene que seguir a ciegas.

Podría objetarse que cuando se dispone de sólo veinte minutos, o a veces menos, para hacer un diagnóstico y recomendar un tratamiento, poco espacio queda para que el paciente "hable". Pero esto sería reducir la palabra al mensaje. Se habla también con el cuerpo, en el síntoma que no ha pasado al registro de la palabra. Y el médico, que asume el desafío de reconocer su ignorancia con respecto a la alteridad del otro que es su paciente, puede "escuchar", atender al enfermo y no a la enfermedad. El paciente, así atendido, es un sujeto que puede sorprender y sorprenderse en una pregunta que, hasta el momento del encuentro con el médico, había quedado suspendida. (Manitta, 2005, p. 93)

Frente a todos los parámetros impuestos por la institución la cual se ha venido diciendo es aquella que desea por el médico y por qué no por el paciente. Una forma en como el médico puede responder a lo que busca un paciente dentro de un hospital, no solo debe regirse a sus derechos, sino más bien a aquello que le causa malestar, entonces hay que escucharlo, es decir, “dejar hablar al sujeto. Primero no hay que hablarlo, o someterlo a la regla, aunque fuera la mejor de las reglas (Laurent, 2000, p. 86). En ocasiones, podría ser una complicación para estos, ya que ni ellos mismos han sido escuchados dentro del hospital, sino que simplemente les ha tocado seguir reglas y volverse máquinas que en ocasiones ni sienten el dolor de aquel que se queja.

Laurent comenta con respecto a la no respuesta a la alienación de la que muchos médicos se someten:

Si uno piensa orientarse con las reglas está perdido; tiene que orientarse con el hecho de que, por supuesto están las reglas, pero hay que saber hacer con esto, hacen parte del problema, para después actuar conforme al interés del sujeto que sufre y viene a consultar. Es parte del problema saber hacer con las reglas. (2000, p. 31).

Dentro de cada uno de los apartados del marco teórico, se ha podido ir dando una respuesta de cómo el deseo de los médicos se encuentra aplastado por este Discurso del Amo, el mismo que controla todo lo que el profesional puede realizar o no dentro de las instituciones y aquello por lo cual a los médicos les hizo tomar la decisión de seguir dicha profesión, queda que en el olvido.

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

El tipo de metodología a utilizar en nuestro proyecto de investigación es cualitativa, ya que no se trabajó con datos duros, ni con variables verificables. Se trató de comprender y profundizar los fenómenos, analizándolos desde una perspectiva cotidiana de los participantes en un ambiente natural y en relación con los contextos.

Según Hernández (2014), “el enfoque cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (p. 12), definición que se ajusta a los objetivos de esta investigación en la que se planteó: analizar como la demanda institucional afecta a la subjetividad del médico a través de una comprensión e interpretación de la realidad hospitalaria, para promover un dispositivo de atención psicológica

El enfoque cualitativo puede ser abierto y flexible busca “describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes” (Hernandez, 2014, p. 8), así el proyecto ha recorrido teóricamente los momentos de la construcción de la subjetividad para posteriormente poder leer e interpretar lo que ocurre con la subjetividad del médico en un hospital, escuchando lo característico de un grupo a partir de los datos recogidos por la entrevista.

Además, se trabajó con un tipo de estudio descriptivo, los que “buscan especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice” (Hernandez, 2014, p. 80). En el caso del proyecto de investigación se ha intentado describir como la demanda hospitalaria afecta la subjetividad del médico para ello hemos escuchado la descripción e interpretación de los médicos respecto del malestar que genera las demandas de la institución.

La técnica de recolección de datos utilizada es la entrevista ésta es definida como un intercambio de información en una reunión donde dos o más personas conversan (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados) donde se permite la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Hernandez, 2014, p. 402). En nuestro proyecto se entrevistó a médicos de diferentes instituciones hospitalarias con ciertas características por ejemplo que tengan una práctica médica en hospitales y en áreas crítica como oncología, emergencia, traumatología.

Para obtener información a través de las entrevistas es necesario conocer que existen tres tipos que pueden ser: estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas. Para nuestra investigación utilizamos las entrevistas semiestructuradas que tiene como base una guía de asuntos o preguntas donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información. (Hernández, 2014, p. 402) Se entrevistó a 4 médicos de distintas instituciones hospitalarias, los cuales cuentan con una amplia experiencia trabajando a nivel institucional, lo es enriquecedor para el desarrollo del tema.

El método para poder procesar la información fue la categorización. Morse (2003) citado por Piñero, M. & Rivera, E. explica que la información no aparece de manera instantánea, ni un proceso de paciencia y reflexión del investigador a partir de los datos, sino que es un proceso en el cual se compaginan datos, para lograr hacer visible lo invisible. Para poder reconocer la importancia a partir de lo significativo y de vincular hechos que a simple vista pareciesen que no tuvieran relación entre sí. (2013, p. 119) El microanálisis permite capturar los significantes que emergen en un misma línea para así poder realizar la adecuada relación de conceptos resaltados en una entrevista.

Strauss y Corbin citado por Piñero, M. & Rivera, E., (2002) se refieren al proceso de análisis como un examen o un microanálisis de los datos obtenidos,

resaltando su importancia sin forzar la información, observar los detalles desde un sentido analítico para crear un esquema interpretativo y así evitar conclusiones propias desde el interés del investigador. (p.120)

Una vez transcritas las entrevistas a los médicos profesionales, hay dos metas para el trabajo con los datos, Flick citado por Piñero, M. & Rivera, E. (2013) afirma que “Una es la revelación, descubrimientos o contextualizaciones del texto” o “reducir el texto original, parafraseando, resumiendo o categorizando” (p.122). Por lo cual, se trabajó la información a partir de una codificación abierta lo que permitió clasificar y expresar los datos en forma de conceptos, con el fin de desenmarañar la información obtenida por medio de entrevistas. Siendo este un paso necesario e importante para posteriormente construir la teoría, realizar conceptualizaciones, definir categorías para así poder hacer la traslación de la información por medio de hipótesis o relaciones que se establecen a partir de las diferentes dimensiones.

Además se utilizó una lectura intertextual que tiene que ver con la interrelación entre dos o más textos así se lo define como “la relación de copresencia entre dos o más textos o, lo que es lo mismo, la presencia efectiva de un texto en otro. Su forma más explícita y literal es la práctica tradicional de la cita” (Gonzalez, 2006, p. 125).

Para entender la lectura intertextual se debe hacer comprender el método exegético que es de donde surge la **técnica** del *comentario de texto* que permite la lectura de textos dentro de la investigación en psicoanálisis, como - de manera análoga - en la clínica psicoanalítica accediendo al conocimiento del inconsciente a partir de la lectura del mismo (Bernal, 2007, p.500). Esta técnica tiene su origen en el método freudiano que se enfoca en las formaciones del inconsciente; no se trata de elaboraciones insignificantes y sin rigor de lo que expone un escrito, sino de la lectura profunda de textos a partir de los cuales extraer una verdad inédita, diferente (Bernal, 2007, p.533).

Realizar un comentario de un texto conlleva una lectura en tres tiempos: el de la lectura intratextual, el de la lectura intertextual y el de la lectura extratextual, estos tres tiempos guardan relación con los tiempos lógicos del análisis planteado por Lacan en *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada*, a saber, el instante de la mirada, el tiempo para comprender y el momento de concluir (Lacan, 1971, p. 194-196).

La lectura intratextual es “un primer tiempo de lectura que aspira a investigar un texto, para establecer, sólo desde el texto mismo, lo que éste dice” (Pérez citado por Bernal, 2007). Con la lectura intertextual se busca localizar la lógica de textos principales acerca de la temática trabajada. *Lacan y los discursos*, de Erick Laurent & Lacan –Heidegger, *Un decir menos tonto* expuesto por Alemam & Larrera, *Así como los seminarios V, II y los Escritos II*, de Lacan.

Así a partir de una lectura intertextual se procuró “cotejar y someter a discusión unidades de análisis (párrafos, conceptos, enunciados, etc.) de dos o más textos, de uno o varios autores” (Pérez, citado por Bernal 2007). Así, se intentó relacionar los textos psicoanalíticos lacanianos con textos médicos y de bioética para comprender la injuria moral.

A partir de los conceptos claves de dichos textos que aportan al desarrollo del trabajo de investigación acerca de la constitución subjetiva: *Mi cuerpo y sus imágenes*, de Nasio & *¿Qué es un niño es psicoanálisis?* de Catalá estos textos permitieron relacionar conceptos como los de deseo, demanda, estadio del espejo, alienación – separación, el lugar del Otro en la constitución subjetiva, que permitieron una interpretación de lo que ocurre en la subjetividad de los médicos frente a la demanda institucional.

Análisis de resultados

A partir de la información recogida por medio de las entrevistas a médicos con una larga trayectoria y parte del personal dentro de una institución hospitalaria, se pudo escuchar los significantes que se repetían en sus discursos: “limitantes”, “límite”, “demanda”, “exigencias”, “demandantes”, “restringido”, “sesgan”, “sobresaturado”. Significantes que se repiten en las entrevistas de los diferentes médicos, quienes hablan desde lo particular de su experiencia pero que aun así mantienen una relación con respecto al malestar que se genera dentro de una institución hospitalaria. Como se puede observar en las siguientes entrevistas:

- Entrevista A

¿Por qué eligió estudiar medicina?

Siempre lo quise, aunque si cuando ya me toco elegir estaba muy desorientada pero creo si fue la mejor decisión.

¿Por qué eligió su especialidad?

Realmente por comodidad, siempre quise ser medicina interna pero geriatría si fue por pura comodidad por el tema de que ya no hacía guardias y para esto ya tenía dos niñas, fue algo que se adaptó a mis necesidades.

¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión?

A partir del 2002, 17 años.

¿Cuántos de esos años ha tenido experiencia en instituciones hospitalarias?

Siempre, desde antes de graduarme ya era ayudante y estaba en sala, unos 20 años.

¿Cómo ha sido su experiencia?

La relación con los pacientes pienso yo que muy buena, sin inconvenientes ni problemas. Relaciones interpersonales con los compañeros, perfecta, cuestión atención de pacientes o los medios a la final, pues con limitaciones pero dentro de lo cabe siento que aquí por lo menos si se llega hacer trabajo en equipo.

¿Qué opina sobre la atención al paciente dentro de una institución hospitalaria?

Tienes facilidad de poder interactuar con otras personas con otras especialidades ya que se trabaja en equipo en el manejo conjunto de pacientes. Limitaciones claro, como en todo lugar, que no consigues X medicamento; que hay tratamientos caros que no se los brinda. En términos generales, pienso que bien; poseemos recursos que en otra institución no brinda además pienso que poseemos mucha libertad a diferencia de instituciones públicas, claro.

- Vocación médica
(Voc. Med)

- Elección de especialidad
(Elecc. Espec.)

- Años de Experiencia
(A. Exp.)

- Experiencia Hospitalaria
(Exp. Hosp.)

- Experiencia
(Exp.)

- Atención al paciente
(At. Pct)

Considera que lo estipulado en el juramento hipocrático se cumple en su práctica de manera general en los hospitales?

Al menos aquí el equipo de trabajo siempre procura eso, finalmente lograr el bienestar del paciente.

¿Cómo piensa usted que debería ser la relación médico- paciente al pertenecer a una institución hospitalaria, ¿considera que su quehacer como médico se ve limitado?

Aquí la mayoría de pacientes, son educados y cooperan. Al menos lo que me toca ver a mí en la parte general, tal vez es un poco distinto esa relación con pacientes lees, son muy demandantes, exigen “yo estoy pagando y entonces a mí me lo tienen que dar”, muchas veces no depende de uno, en ese sentido hay muchas limitaciones, hay pacientes lees que se manejan distinto.

En pacientes general les prescribes, haces lo que tienes que hacer y no hay problema, en pacientes leas tienes que justificar todo, todo tiene que quedar ahí, que por que estas pidiendo esto, por que como no pagan, el sistema les cubre y muchas veces te sesgan a que uses determinados medicamentos que están en el cuadro y no puedes salirte de ahí.

Por cuestión es mucho más complicado atender a ese tipo de pacientes, es mucho más fácil los pacientes generales porque finalmente tu envías las cosas a cuestión de tu criterio sin tener que estar restringido a que esto no le va a cubrir y me va a llamar auditoría y voy a tener problemas.

¿Ha experimentado la pérdida de un paciente bajo su cuidado?

Claro.

- Cumplimiento del Juramento Hipocrático (Cump. JH)

- Percepción propia de la atención al paciente.

- Pérdida de paciente (Perd. Pct)

¿Cómo le ha llegado afectar dicha pérdida o tener que dar una mala noticia al paciente o familiares?

Creo que eso siempre te afecta finalmente. Nadie quiere nunca perder ningún paciente, pero imposible decir que no ha pasado, siempre pasa y seguirá pasando. A quien no se le mueren es porque no atienden pacientes solamente estás haciendo trabajo de escritorio. Es algo que nos va a pasar siempre y tenemos que convivir con esto, mientras más pasa el tiempo ganas experiencia para abordar la situación frente a los familiares, como manejar ese tipo de situaciones, cómo decirle al paciente, eso es algo que no te lo enseñan en ninguna parte, a medida que va pasando el tiempo vas adquiriendo ese tipo de destrezas, que a veces son situaciones difíciles, situaciones complejas pero que van a pasar y pues te toca tratar de llevarlo de la mejor manera. Si finalmente no puedes ayudar medicamente, sino humanamente, por lo menos vas a ser el soporte, cuando la gente ya te coge confianza y se encariña contigo siempre te buscaran y el resultado finalmente, si es un mal resultado, me refiero al fallecimiento del paciente, al menos la familia se siente comprendida. Entonces viéndolo desde ese punto de vista, si tú les das el apoyo, es difícil también por los problemas de las demandas y demás. Siento yo y pienso yo si la familia se siente segura, si estas presente y tú les explicas, ellos finalmente saben cuál puede ser el desenlace, en el momento en que su familiar ya no esté, son gente que van a estar agradecida siempre contigo y te van a recomendar. Pienso yo que esa es la manera correcta de hacer esto, de no ocultarle lo que puede pasar, que tal vez no pueda pasar y si pasa pues finalmente siempre ayudar hasta lo que más se pueda, que el paciente este cómodo, que no tenga dolor, que no se ahogue, pues esas son las medidas aparentemente cuando ya no hay mucho que hacer. Si tu cumples eso, pienso yo que la gente se sentirá bien atendida y te guardaran esa gratitud.

- Afectación por pérdida de paciente (Afect.perd. pct)

¿Considera necesario la implementación de un dispositivo de atención psicológica para los médicos?

Para mí, no. A los familiares sí.

- Necesidad de un dispositivo de atención psicológica (Nec. Disp. Atenc. Psic.)

- Entrevista B

¿Por qué eligió estudiar medicina?

Una materia que me gustaba desde el colegio, lo principal mi padre es médico, me gustaba la forma en la que él trabajaba, la forma en que mantenía a su familia y en la forma que nos educó y me dio las bases para seguir esta carrera al inicio, después ya me di cuenta de que había una diferencia, pero igual me sigue gustando.

¿Por qué eligió su especialidad?

Por cuestiones de la vida siempre me prepare para ser cirujano, pero en un punto determinado el camino que se me destino la misma situación en la que me encontraba fue medicina interna y nunca fue ajena para mi hubo la oportunidad de coger la especialidad y me gusta.

¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión?

Profesión como tal 5 años, 3 años de especialidad.

¿Cuántos de esos años ha tenido experiencia en instituciones hospitalarias?

3 años de hospitalario.

¿Cómo ha sido su experiencia?

Este hospital nos da las herramientas básicas para poder diagnosticar y tratar al paciente, claro que si se necesita de ciertas herramientas para profundizar un poco más en patologías que no son tan comunes y esa talvez es una de las **limitantes** que se tiene.

¿Qué opina sobre la atención al paciente dentro de una institución hospitalaria?

En el ámbito público por la demanda y por la poca oferta de instituciones que posean todos los servicios médicos, creo que los médicos están **sobresaturados** en el área pública, ya que no cuentan con todos los recursos y si los cuenta es por periodos, a veces no hay todos los reactivos y eso es diferente en la institución privada. En la institución privada el **limitante** es el ingreso que pueda pagar el paciente.

- Vocación médica
(Voc. Med)

- Elección de especialidad
(Elecc. Espec.)

- Años de Experiencia
(A. Exp.)

- Experiencia Hospitalaria
(Exp. Hosp.)

- Experiencia
(Exp.)

- Atención al paciente
(At. Pct)

¿Considera que lo estipulado en el juramento hipocrático se cumple en su práctica de manera general en los hospitales?

Sí, pero más que el juramento hipocrático es una actitud ante la otra persona, ya que así muchos de los que no hayan jurado dicha norma igual van a tener una actitud favorable con el paciente.

¿Cómo piensa usted que debería ser la relación médico- paciente al pertenecer a una institución hospitalaria, ¿considera que su quehacer como médico se ve limitado?

Es una actitud ante la otra persona, debe haber una actitud favorable con el paciente. Debe llevarse con la más estricta calidad en cuanto a ofrecer el servicio de la medicina nunca imponer un procedimiento o tratamiento sin exponerlo al paciente primero.

Sí, en cierto grupo de enfermedades, el país aún no cuenta con herramientas diagnósticas y terapéuticas para dichas patologías lo cual es un limitante tremendo porque el saber si lo tienen pero si no tienen las herramientas nunca lo vas a poder desarrollar.

¿Ha experimentado la pérdida de un paciente bajo su cuidado?

Sí, el único médico que no pierde pacientes es el que no atiende. Por ser un hospital de referencia a nivel nacional, vienen casos muy graves, derivados de otras áreas rurales, muchas veces ha pasado el tiempo en el cual el paciente se pudo beneficiar de un diagnóstico oportuno, de un tratamiento precoz y simplemente ya llegan limitados de ciertas áreas.

¿Cómo le ha llegado afectar dicha pérdida o tener que dar una mala noticia al paciente o familiares?

Al principio la universidad no lo prepara para establecer esa relación con el familiar o para decir esa información al familiar y es muy duro, muy chocante los primeros meses, uno va adquiriendo experiencia en saber decir las cuestiones, cuando el paciente este grave y siempre son iguales, siempre son duras, desde las primeras hasta el final, uno se pone en los zapatos de la persona que está en frente, que está escuchando y es bien duro.

- Cumplimiento del Juramento Hipocrático (Cump. JH)

- Percepción propia de la atención al paciente (Percep. At. Pct)

- Pérdida de paciente (Perd. Pct)

- Afectación por pérdida de paciente (Afect.perd. pct)

¿Considera necesario la implementación de un dispositivo de atención psicológica para los médicos?

En otros lados si existe, dentro de Guayaquil si mal no recuerdo, el complejo hospitalario Paulson, tiene dentro de su área médica, tiene un personal de psicología creo que más que todo enfocado al área de pediatría, en la parte de interacción paciente o padre responsable y médico. Pero acá si serviría, si sirve tener una parte psicológica.

- Necesidad de un dispositivo de atención psicológica (Nec. Disp. Atenc. Psic.)

- Entrevista C

¿Por qué eligió estudiar medicina?

Para ayudar a las personas, es una decisión que me llegó a último año de colegio.

¿Por qué eligió su especialidad?

Porque es intelectualmente desafiante.

¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión?

Como médico desde 2006 (13 años), como reumatólogo comencé 2009, ya especializado en 2013 (4 años).

¿Cuántos de esos años ha tenido experiencia en instituciones hospitalarias?

Todos (13 años).

¿Cómo ha sido su experiencia?

Variable. **¿Se sujeta a las expectativas que tenía?** Ha ido cambiando, a veces sí, a veces no.

¿Qué opina sobre la atención al paciente dentro de una institución hospitalaria?

En la que me encuentro ahora es la mejor del país

¿Considera que lo estipulado en el juramento hipocrático se cumple en su práctica de manera general en los hospitales?

Hay una forma modificada que se hace del juramento, pero no, porque no se hace lo mejor para el paciente. **¿Le llegó a causar cierto conflicto en lo personal?** Cuando llegaba a trabajar en hospital público sí.

¿Cómo piensa usted que debería ser la relación médico- paciente al pertenecer a una institución hospitalaria?

Debe haber por lo menos el tiempo necesario para poder establecer una buena relación médico-paciente.

¿Tienen un tiempo preestablecido para la atención con el paciente?

En mi caso particular yo me puedo extender lo que yo quiera, en mi caso particular. Siempre uno se puede extender lo que uno quiera solo que en mi caso particular no me demanda problemas. En una institución pública demanda varios problemas.

- Vocación médica (Voc. Med)
- Elección de especialidad (Elecc. Espec.)
- Años de Experiencia (A. Exp.)
- Experiencia Hospitalaria (Exp. Hosp.)
- Experiencia (Exp.)
- Atención al paciente (At. Pct)
- Cumplimiento del Juramento Hipocrático (Cump. JH)
- Percepción propia de la atención al paciente (Percp. At. Pct)

¿Cómo le ha llegado afectar dicha pérdida o tener que dar una mala noticia al paciente o familiares?

Hay que tomar en cuenta que trabajar en un hospital de especialidades la cual una de especialidades era oncología y que muchos pacientes ingresaban a morir, eventualmente uno se entrena para eso y lo hace como algo normal, o sea acompañar, comunicar el fallecimiento y acompañar a los familiares.

¿Considera necesario la implementación de un dispositivo de atención psicológica para los médicos?

Debería, lo que pasa es que en Estados Unidos el que un médico consulte con un profesional de la salud mental es motivo que favorece que pierdas demandas de mala práctica por lo cual la mayoría de médicos no pide ayuda, y **es la profesión que más se suicida de todas**. Entonces es un poco, yo creo que es **necesario pero veo muy poco probable** que acudan porque la sociedad exige que **el médico sea más que un humano**, que no se pueda deprimir, ni poner triste, de estar siempre feliz, siempre con energía y eso obviamente no se puede porque somos humanos pero cuando pide ayuda, si ya de por si las enfermedades mentales tienen un estigma, en caso del médico es de mayor estigma, se lo ve más débil por su colegas, pacientes y por sus trabajadores. Es el problemático deprimido, entonces mucha gente no lo hace. Conozco casos que lo hacen por video conferencia anónima porque no quieren que nadie se entere, o sea ni siquiera van a una consulta porque el hecho de solo pisar el consultorio o el departamento de salud mental.

- Afectación por pérdida de paciente (Afect.perd. pct)

- Necesidad de un dispositivo de atención psicológica (Nec. Disp. Atenc. Psic.)

- Entrevista D

¿Por qué eligió estudiar medicina?

Cuando uno escoge medicina primero lo ve como una vocación y poco a poco con el tiempo le va sintiendo un gusto, un apego, una sensibilidad humana hacia el más desprotegido. Entonces se va encausando en la carrera que uno va eligiendo. Creo que inicia como una vocación y poco a poco va terminado en gusto.

¿Por qué eligió su especialidad?

Se me presentó la oportunidad, inicialmente era otra especialidad la que iba a escoger pero creo que la escogí viene de la mano con lo que pensaba inicialmente. Creo que es una profesión en la cual tú restauras una función en la especialidad de traumatología y ortopedia y eso da mucha satisfacción al paciente

¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión?

15 años ya oficialmente ejerciendo como cirujano ortopedista y calculemos unos tres años desde el día de la graduación como médico general.

¿Cuántos de esos años ha tenido experiencia en instituciones hospitalarias?

Siempre, 15 años aproximadamente también. Siempre he iniciado y he atendido en instituciones hospitalarias.

¿Cómo ha sido su experiencia?

He trabajado en cuatro instituciones públicas (H. Universitario, H. de la Policía, Ministerio de Salud y en el less) y creo que he tenido una buena experiencia. Siempre digo que cuando uno se conserva en un lugar es porque quiere o ganar más o quiere tener más experiencia y uno quiere aprender más. Creo que la segunda opción es la que me ha mantenido siempre en las instituciones hospitalarias.

¿Qué opina sobre la atención al paciente dentro de una institución hospitalaria?

Es difícil el tema actual por el exceso de pacientes y disminuye notablemente la calidad de la atención. Creo que hay que distribuir mejor los recursos humanos y los recursos tecnológicos y los recursos financieros. Es una atención que hay que tratar que sea la misma de un paciente privado

- Vocación médica
(Voc. Med)

- Elección de especialidad
(Elecc. Espec.)

- Años de Experiencia
(A. Exp.)

- Experiencia Hospitalaria
(Exp. Hosp.)

- Experiencia
(Exp.)

- Atención al paciente
(At. Pct)

¿Cómo piensa usted que debería ser la relación médico- paciente al pertenecer a una institución? ¿Considera que su quehacer como médico se ve limitado?

Igual que en una institución privada. La relación debe ser de sinceridad, si me pongo en la posición de paciente quiero saber la verdad, no quiero tener expectativas elevadas y tampoco quiero que no me den esperanza, quisiera estar dentro de lo normal y es lo que trato de hacer. Como una atención al público no creo que se vea limitada en la parte en cuanto a consulta, probablemente, hay muchos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que tienen ciertas limitaciones pero está dentro de un margen muy pequeño ese tipo de casos que necesitan ese tipo de recursos.

¿Ha experimentado la pérdida de un paciente bajo su cuidado? ¿Cómo le ha llegado afectar dicha pérdida o tener que dar una mala noticia a un paciente o sus familiares?

Cuando inicie el estudio de la medicina sí. En el internado, por falta de experiencia, por falta de tino, por no preguntar, si tuve un paciente que perdió la vida y estaba bajo mi cuidado.

Quien no ha perdido pacientes es porque no ha atendido pacientes.

No, creo que con la experiencia uno se va preparando para dar las noticias malas que son las más difíciles. Cuando uno empieza en este mundo de la medicina, uno debe empezar a aprender de los que tienen mayor experiencia, de los que tiene un mayor tino para decir las cosas y uno va aprendiendo siempre de los mayores, y uno se pega siempre al mayor para preguntar todo: como le digo a un paciente que van amputarlo, como le digo que se va a morir, como le digo al familiar. Pero conociendo otras experiencias que han tenido buen resultado tú las réplicas.

¿Considera necesario la implementación de un dispositivo de atención psicológica para los médicos?

Yo creo que es posible, se lo realiza en otros hospitales del exterior, pero sí, no todos los médicos han de poder llevar la carga de la mejor manera.

- Percepción propia de la atención al paciente (Percep. At. Pct)

- Afectación por pérdida de paciente (Afect.perd. pct)

- Necesidad de un dispositivo de atención psicológica (Nec. Disp. Atenc. Psic.)

Los médicos atraviesan por una extensa formación universitaria, a ello se suma de forma transversal principios y lineamientos éticos que configuran los ideales respecto de su práctica. El deseo del médico busca ayudar y procurar un bienestar frente la enfermedad de sus pacientes, esto se ve detenido o pospuesto debido a los “limitantes”, que los mismos profesionales reconocen; como un quehacer sobresaturado en su práctica lo cual implica atender por menos tiempo para aumentar el número de pacientes, lo que lleva una atención de baja calidad, además no cuentan con los medicamentos para prescribir y los diagnósticos son incompletos por falta de recursos instrumentales o de equipo.

Estos limitantes o impases que se presentan día a día en su práctica generan un malestar en la subjetividad del médico. En varias entrevistas, se reconoció el hecho de ceder por parte del médico, ceder un poco de su vida personal, ya que la institución hospitalaria sólo actúa en función de la productividad y cantidad de pacientes atendidos. El médico no es visto como sujeto dentro de su lugar de trabajo, no puede presentar un malestar subjetivo porque está comandado desde el discurso del amo que predomina en la institución hospitalaria porque el médico “debe ser más que un humano, que no se puede deprimir y poner triste, debe estar siempre feliz y con energía” (tomado de las entrevistas realizadas en la investigación)

Siendo sobresaturados, padeciendo por un aplastamiento de su deseo, con tal de ejercer su trabajo bajo las normativas del hospital, llevándolos a un estado de alienación. Esta alienación es un malestar que se hace presente, trayendo consecuencias no sólo en la atención al paciente sino al médico, como sujeto. Si bien el Otro es de vital importancia para la constitución subjetiva, sabemos que en la alienación el sujeto mantiene una dependencia con el Otro, manteniéndose bajo el deseo de éste. Sin la alienación, el sujeto está expuesto a la castración por lo que los médicos se sujetan a los deseos del Otro, que desea por ellos, demanda y exige.

El discurso del amo, cuyo agente es el Otro, la institución hospitalaria, que domina por medio de protocolos y es quien decide por los médicos, los somete ante

dicho discurso. El amo, por esencia ocupa el lugar en el cual se sitúa la ley, pero que a su vez desconoce que este amo está castrado. Ubicándose los médicos como ese otro, esclavo, que actúa bajo el mandato del Otro.

La alienación les garantiza de cierta manera cumplir con un ideal, por ejemplo trabajar en una institución hospitalaria, pero ante este ideal, sacrifican su deseo, llevándolos a estar bajo el control de este Otro grande. Un Otro que exige más allá de lo que el médico pueda ofrecer, de quien reside detrás del mandil, dejando de lado la subjetividad del profesional ya que éste como cualquier otro sujeto también padece pero que por su posición, ese padecer queda velado o callado.

CAPÍTULO 3

PROPUESTA

A partir del trabajo de investigación realizado se propone la creación de un dispositivo de atención psicológica dirigido a los médicos. Esta propuesta se desprende de los hallazgos ubicados en esta investigación: en primer lugar, los médicos están sujetos a una serie de normativas para aumentar su atención en cuestiones de “producción”, otro hallazgo es el malestar subjetivo escuchado durante las entrevistas sobre la función cómo médico y las condiciones en las que ejercen dentro de un hospital

Este dispositivo formará parte de las instituciones hospitalarias y les brindará un espacio de escucha y acompañamiento a los médicos que presenten un malestar subjetivo. Se puede entender a “los dispositivos clínicos como montajes complejos, construcciones conjuntas analista-paciente, donde el vínculo es el que va haciendo aparecer las diversas figuras del dispositivo... El dispositivo es un producto del vínculo analítico en transferencia que, a diferencia del encuadre, no lo precede” (Mauer, Moscona, & Resnizky, 2001, p.352).

El dispositivo de atención tendrá una orientación psicoanalítica. Comprenderá la realización de talleres dedicados a dos objetivos: sensibilizar a los profesionales y trabajar con el estigma que desde su posición como médicos, profesionales de la salud, no puedan acudir a una consulta psicológica.

Dentro del mismo dispositivo además se podría realizar grupos monosintomáticos. Según Recalcati, la práctica del grupo monosintomático, se orienta al agrupamiento o reclutamiento de sujetos a través de lo idéntico, es decir un rasgo en común; esta asociación se valdrá de una identificación que no consiste en lo particular del sujeto como tal sino más bien en una anulación, estableciendo así un vínculo entre los sujetos que se reconocen homogéneamente a partir de ese rasgo en

común, el cual los identifica y que pareciera querer excluir la diferencia (Recalcati, 2007, p. 306).

Esta monosintomaticidad le permite al sujeto una neo-identidad, ya que el síntoma mantiene como función a hundir al sujeto en el Otro, en lugar que este sujeto emerja desde su particularidad, ya que cuanto más certeza de masa se gana, más subjetividad se pierde (Recalcati, 2007, p. 307). Entonces se puede entender que la monosintomaticidad es la que sirve como sustento de la identidad imaginaria, “En ella domina lo Mismo, no el Otro. Domina lo Mismo en el lugar del Otro, en el sentido de que la monosintomaticidad expresa de por sí la tendencia (históricamente determinada) de "simetrizar" al Otro en lo Mismo” (Recalcati, 2007, p. 308).

Por lo que al trabajar desde los grupos monosintomáticos se apunta no a lo idéntico, ya que sería mantener al sujeto dentro de la certeza de la masa, sino optar por los equívocos que puedan surgir. Como menciona Recalcati:

En este sentido, el trabajo grupal debe poder poner en marcha un tratamiento preliminar de la identificación que haga posible la ruptura de lo idéntico a través del poder de lo equívoco; sin equívoco, en efecto, sólo hay segregación, no hay operación analítica posible, sino tan sólo asociación uniforme a través de lo Mismo (2007, p. 308).

La monosintomaticidad opera como una metáfora social, la cual se sostiene a través de un Otro social, que sustituye las otras identificaciones del sujeto. Al proponer el dispositivo psicoanalítico, el grupo monosintomático operará desde la metáfora social hacia una metonimia grupal. La asociación que surge en un primer momento cumple la función de atracción para lograr la identificación de los sujetos. Como Recalcati plantea “la conducción de la terapia pretende, por su parte, utilizar los recursos inherentes al dispositivo grupal sustentado por el deseo del analista para tratar de taladrar esta oncología de lo Mismo mediante la puesta en marcha de la metonimia grupal” (2007, p. 309).

De esta manera, al darle espacio al equívoco, se puede insertar la no coincidencia entre enunciado y enunciación de los sujetos, y salir de esa identificación

que los médicos pudieren formar dentro del grupo monosintomático, “El pequeño grupo activa su dispositivo como metonimización de esca metáfora cristalizada, trata de desolidificar la falsa metáfora de la identificación social al síntoma” (Recalcati, 2007, p. 309).

Una vez que se logra el paso de una metáfora de un distinto tipo a la cristalizada se da el tercer tiempo, como Recalcati lo explica:

El tercer tiempo es, efectivamente, el resultado de la acción de la metonimia grupal sobre la metáfora social; es el tiempo de la realización de un nuevo síntoma como metáfora del sujeto. Es decir, de una metáfora enraizada en el equívoco del significante; una metáfora no social, sino subjetiva, pero que sólo es posible a partir de la desarticulación de la metáfora social, que difícilmente podrá realizarse en la forma de una captura desde el exterior o sea, a través del uso del significante "psicoanálisis" como aquello que puede provocar una transferencia anónima sobre el trabajo del inconsciente como tal y que, por el contrario, resulta más factible si se realiza como un cambio topológico que implica una acción preliminar que sólo puede efectuarse como captura desde el interior (2007, p. 311).

Si bien este grupo de médicos a quien está dirigida la propuesta, no tiene una demanda de trabajo en específico, se plantea que a partir de la agrupación por rasgos en común o por áreas de trabajo, se partiría desde una identificación grupal para luego ubicar la particularidad de cada sujeto. Y así a través de los diferentes momentos dentro del grupo monosintomático se podrá construir una demanda para cada integrante. Pudiéndole dar paso a un trabajo personal con los mismos médicos si ellos quisieren.

CONCLUSIONES

A partir de lo desarrollado en este trabajo de investigación desde la teoría psicoanalítica y la interrelación de textos afines, se ha podido ver como a lo largo de la historia la función del médico trasciende a su conocimiento y su quehacer como tal. Se realizó una lectura de la bioética, la cual comprenden los principios de beneficencia y no maleficencia. Ambos principios se han mantenido vigentes desde su concepción y son un pilar básico del juramento hipocrático, el cual ha servido como guía en su práctica profesional, funcionando como los ideales a alcanzar para los médicos.

Mediante de las entrevistas, también se pudo recoger la información necesaria de sus experiencias como médicos dentro de una institución hospitalaria, que dan cuenta de un malestar psicológico existente. Debido al incumplimiento de dichos ideales se da un aplanamiento de su deseo. El discurso del amo, que rige dentro de la institución hospitalaria actúa como impedimento para el cumplimiento de aquellos ideales que se ven aplanado por protocolos y tratamientos estándares.

Este Amo que controla a los sujetos, en este caso los médicos, los empuja a ejercer la práctica médica distante del ideal propuesto desde la formación y el juramento hipocrático, produciéndose complicaciones subjetivas en los mismos, perjudicando no sólo su vida profesional sino también su vida personal.

La historia los ha colocado en el lugar de los “encargados de la salud de los enfermos”, por lo cual deben ser “más que seres humanos”, estar capacitados, estar exentos de fallas, en especial de problemas a nivel emocional o psicológico, ya que el padecerlos puede poner en duda sus facultades y capacidades para hacerse cargo de la vida de una persona, dejando de lado su posición subjetiva y los efectos que puedan recaer sobre ella.

Entonces, si los médicos deben rendir más allá de lo esperado, ¿qué sucede dentro de una institución hospitalaria? Ya que como entidad se verá burocratizada dejando de lado la salud del paciente y se enfocará en la productividad del hospital como tal. Las limitaciones y demandas que exige la institución hospitalaria como ese gran Otro, que aplasta el deseo y que promueve una alienación, darán como resultado un malestar subjetivo en los médicos, conocido también como Injuria Moral.

Como conclusión final de este trabajo de investigación, se propone la implementación de un dispositivo analítico bajo lineamientos psicoanalíticos, para que los médicos puedan contar con un espacio de apoyo psicológico que les posibilite tramitar el malestar subjetivo que hace síntoma no sólo en su vida personal sino también en la práctica profesional.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la implementación de un dispositivo de atención psicológica dentro de una institución hospitalaria para poder acoger el malestar subjetivo de los médicos y otorgarles un espacio de escucha y sostén que permitan tramitar el deseo.

Respetar los horarios establecidos de trabajos para los médicos dentro de institución hospitalaria, permitiéndoles un lugar y una disociación entre su vida personal y sus funciones como médico.

Atender las manifestaciones del malestar de los médicos a partir de la lectura de los síntomas que tienen como efecto el surgimiento de impases en el ejercicio de su práctica profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agamben, G. (2015). *Qué es un dispositivo?* Barcelona: Anagrama.
- Alemán, J. & Larriera, S. (1989). *Lacan - Heidegger. Un decir menos tonto*. Madrid: Ediciones C.T.P.
- Andreé, J. (1999). *Introducción al objeto único*. Paris: PUF.
- Aulagnier, P. (1996). *El aprendiz de historiador y el maestro-brujo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Batista, I. (2008). Formas de pensar y organizar el sistema de salud: los modelos asistenciales en el sector de la salud. En G. (. Campos, *Manual de Práticas de atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada*. (págs. pág. 96-131). São Paulo: Editora Hucitec. Recuperado de: https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/86396/mod_resource/content/0/Modulo_I/COELHO_REVISION_OK_2_.pdf.
- Bergés, J. (1999). *La evolución de la relación entre el infante y la madre*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Bernal, C. (2007). *METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION*. Mexico: PRENTICE HALL MEXICO.
- Bleichnar, S. (1984). *EN LOS ORIGENES DEL SUJETO PSIQUICO: DEL MITO A LA HISTORIA*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleichnar, S. (2001). *Clínica Psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Brousse, M. (2002). *¿De qué sufrimos?* Recuperado de *Virtualia*: . Recuperado de Virtualia: <http://virtualia.eol.org.ar/005/default.asp?notas/mhbrousse-01.html>.
- Catalá, C. (1998). *¿Qué es un niño es psicoanálisis?* . España: Colección Incidencia Freudiana.
- Consejo de Salubridad. (2009). Comisión para la certificación de atención médica. recuperado de : [88](http://issste-</p></div><div data-bbox=)

cmn20n.gob.mx/Archivos%20PDF/CEDULA%20PARA%20CERTIFICAR%20HOSPITALES%202009%20(2).pdf.

Contreras, H., Romero E., Silhy, R. . (2008). "LA PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS RESIDENTES Y PRACTICANTES INTERNOS EN LA RED NACIONAL DE HOSPITALES". El Salvador: Recuperado de: <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/746/1/0000362-ADTESCP.pdf>.

Correa, F. (Junio de 2015). BIOÉTICA, DELIBERACIÓN Y SALUD PÚBLICA . Recuperado de: http://www.bioeticachile.cl/felaibe/documentos/Bioetica_y_Salud_Publica_LA.pdf. Obtenido de Universidad Central de Chile: http://www.bioeticachile.cl/felaibe/documentos/Bioetica_y_Salud_Publica_LA.pdf

Dasuky, S. (2010). *Discurso del Amo de Hegel a Lacan*. Medellín escritos V. 18: pg. 100-124.

Declaración de HELSINKI de la Asociación Médica Mundial. (1964). Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de: <http://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/7593/DECLARACION%20DE%20HELSINKI.pdf?sequence=3>.

Eidelsztein, A. (2009). Los conceptos de alienación y separación de Jacques Lacan. Bogotá: El Jardín de Freud. Recuperado de: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-LosConceptosDeAlienacionYSeparacionDeJacquesLacan-3807296.pdf>.

Eastes, J. (2016). Curación de la lesión moral en la atención médica. *Society for participatory medicine*, Recuperado de: <https://participatorymedicine.org/2016/healing-moral-injury-in-health-care/>.

Esteva, M., Larraz, C., & Jiménez, F. (Febrero de 2006). *La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo*. Obtenido de Revista Clínica Española: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256506727266>

Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica*. México D.F: Siglo Veintiuno Editores.

- Freud, S. (1895). *Obras Completas - Proyecto de una psicología para Neurologos* . Madrid: Biblioteca Nueva.
- García, C. M. (20 de Octubre de 2006). *EL HOSPITAL COMO EMPRESA: NUEVAS PRÁCTICAS, NUEVOS TRABAJADORES*. Obtenido de Universidad Piloto de Colombia: <http://www.redalyc.org/html/647/64760114/>
- Gonzalez, C. (2006). *LA INTERTEXTUALIDAD LITERARIA COMO METODOLOGÍA DIDÁCTICA DE ACERCAMIENTO A LA LITERATURA: APORTACIONES TEÓRICAS* . Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/61902708.pdf> (p.115-127).
- Hardt, N. (2003). *Imperio* . Buenos Aires: Paidós.
- Hernandez, R. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico: INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>.
- Holguín, C. (2012). ¿Qué viene en el lugar del Nombre del Padre? *NEL, Ciudad de México*, Recuperado de: <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/radar/edicion/85/518/Que-viene-en-el-lugar-del-Nombre-del-Padre>.
- Jaramillo, J. (2005). *Historia y Filosofía de la Medicina* . San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Juric, S. (2011). Gestión de calidad de Hospital Publico municipal. Diagnóstico, Evaluación de los valores y tradiciones de la organización. Visión del futuro. *Maestría en Administración de Negocios*, Recuperado de: http://nulan.mdp.edu.ar/1570/1/juric_sr.pdf.
- Jurnaville, A. (1992). *Lacan y la filosofía*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Kaës, R. (1989.). *La institución y las instituciones*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/institucional/ex%20sch>

ejter/UNIDAD%2010/Unidad%2010%20Kaes_R_-
_La_Institucion_Y_Las_Instituciones-libre.pdf.

Kaes, R., Bleger, J., Enrique, E., Fomari, F., Fustier, P., Roussillon, R., Vidal, J. (1989). *La institución y las instituciones*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Unidad%2010%20Kaes_R_-
_La_Institucion_Y_Las_Instituciones-libre.pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Unidad%2010%20Kaes_R_-La_Institucion_Y_Las_Instituciones-libre.pdf).

Knowles, M. (2018). Punto de vista: los médicos no se están quemando; están sufriendo de 'daño moral'. *Becker's Hospital Review*, 1-4. Recuperado de: <https://www.beckershospitalreview.com/hospital-physician-relationships/brigham-and-women-s-surgeon-physicians-aren-t-burning-out-they-re-suffering-from-moral-injury.html>.

Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del yo*. México DF: Siglo XXI.

Lacan, J. (1958). *Seminario V. Las Formaciones del inconsciente. Clase 9 y 10: La Metáfora Paterna I, II*. . Recuperado de: Infobase.

Lacan, J. (1964a). *El seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1964a). *El seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós .

Lacan, J. (1966). *Escritos II. De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Agua del Cerro: Siglo Veintiuno. Recuperado de: <http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/Lacan-Escritos-I-y-II-Siglo-XXI-Completos.pdf>.

Lacan, J. (1969-70). *Seminario XVII: El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1972-73). *Seminario XX: Aún*. . Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1977/1983.). *Psicoanálisis, radiofonía y televisión*. Barcelona: Editorial Anagrama. .

- Lacan, J. (1983). *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 2 EL Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica (1954-55)*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2006-2008). *Seminario XVI. De un Otro al otro*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (2006b/2014). *Seminario XVIII. De un discurso que no fuera del semblante*.
- Laín, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat Editores.
- Laplanche, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Editorial Tres Haches.
- Lopez, M. (s.f.). EL HOSPITAL COMO OBJETO HISTÓRICO: LOS ACERCAMIENTOS A LA HISTORIA HOSPITALARIA. *Revista d'Història Medieval* 7, 192-204. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/71014253.pdf>.
- Manitta, G. (2005). *EL MALESTAR EN LA RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE*. . Acta bioethica: P. 85-94. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2005000100009>.
- Manoní, M. (1980). *Infancia Alienada* . Madrid: Saltes.
- Matthews, M. (2018). Lesión moral, Liderazgo tóxico, organizaciones maléficas y trastornos psicológicos. *Psychology Today*, 1-17 Recuperado de: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/head-strong/201803/moral-injury>.
- Mauer, S., Moscona, S., & Resnizky, S. (2001). *Un autorretrato imposible*. Buenos Aires: Lugar.
- Miller, J. (2004). La construcción de la imagen. En S. Salman, *Psicoanálisis con niños* (págs. pp. 11-28). Buenos Aires: Ed. Grama.
- Miller, J. A. (2011). *Los divinos detalles*. Buenos Aires: Paidós.
- Mingote, J. M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*, 123(7), 265-270. Recuperado de: <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud/2004B-MEDICO-Y-SALUDMedicinaClinica.pdf>.

- Moreno, E. (2014). *APORTES DE LA TEORÍA DE LOS DISCURSOS Y DEL LAZO SOCIAL DE JACQUES LACAN AL CONTEXTO UNIVERSITARIO ACTUAL*. Rhec. Vol. 17. No. 17,ISSN (Versión online) 2422-2348- pp. 51-77 Recuperado de: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-AportesDeLaTeoriaDeLosDiscursosYDelLazoSocialDeJac-5053292.pdf>.
- Muñoz, P. (2009). *La invención lacaniana del pasaje al acto. De la psiquiatría al psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial. Recuperado de: <http://borromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/AlienaseparMu%C3%B1oz.pdf>.
- Musachi, G. (1995). *El Otro del Cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Paidós.
- Nava, J. (2013). *EL OTRO DEL AMO ES EL DESEO: El discurso de los mercados o El discurso del Psicoanálisis*. Mexico: Recuperado de: http://www.iztacala.unam.mx/errancia/v6/PDFS_1/TEXTO%20LITORALES%2010%20EL%20OTRO%20DEL%20AMO%20ES%20EL%20DISCURSO%20.pdf.
- Negro, M. (2009). *Lenguaje, palabra y discurso en la enseñanza de Jacques Lacan*. Colombia: Affectio Societatis, v. 6, nº11, Universidad de Antioquia. .
- Núñez, J. (2005). *Construcción de la subjetividad del niño*. Obtenido de Revista Uruguaya de Psicoanálisis: http://www.academia.edu/download/37176719/Construccion_de_la_subjetividad_en_el_ninos.pdf
- Padilla E.,Suárez L., Troya E., & Martínez J. (2014). La evaluación médica en la atención primaria de salud. *Revista Médica Electrónica*, 230-237. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000200013&lng=es&tlng=es.
- Pascual, F. (2015). El ejercicio actual de la medicina. *Elsevier*, 271 -360. recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-el-ejercicio-actual-medicina-S0009741115002005?referer=buscador>.
- Perez, E. (s.f.). *Los cuatro Discursos y el Hospital del Día: UN ABORDAJE RACIONAL*.

- Piñero, M. & Rivera, E. . (2013). *Investigación Cualitativa: Orientaciones Procedimentales*. Barquisimeto, Estado Lara. . Venezuela: Litocolor C.A.
- Ramirez, M. E. (2003). *Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje*. Antioquia: Universidad de Antioquia .
- Ramos, B. (2011). *Control de Calidad de la atención de Salud*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Rancich, A. M., & Gelpi, R. (1998). *Juramentos médicos*. Obtenido de Universidad de Buenos Aires, Argentina : <http://medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol58-98/2/juramentosmedicos.htm>
- Real Academia Española. (2001). *Institución. En Diccionario de la lengua española (22.a ed.)*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=LnOUwtU>.
- Recalcati, M. (2007). *LO HOMOGÉNEO Y SU REVERSO: CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE LA ANOREXIA- BULIMIA EN EL PEQUEÑO GRUPO MONOSINTOMÁTICO*. Madrid: Síntesis S.A.
- Rodríguez, B. (2012). *“El inconsciente es la política: el sujeto y el Otro en la época contemporánea*. . Recuperado de: <http://psicoanalisisypolitica.blogspot.mx/2012/04/el-inconsciente-es-lapolitica-el-sujeto.html> .
- Rodríguez, H. (2006). *Revista cubana de salud pública: La relación médico-paciente*. Obtenido de Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras": http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007
- Roldan, A. (Junio de 1999). *La Demanda* . Obtenido de Arturo Roldan Salvatierra: http://arturoroldan.salvatierra.biz/la_demanda.htm
- Rossi, M. (2010). *Lenguaje, palabra y discurso: de la senda lacaniana a la tradición y actualidad de la teoría política*. . Recuperado de: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/pensamentoplural/article/viewFile/3648/2984>.

- Saa, D. (Julio de 2008). *Relación médico paciente*. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal: <http://www.redalyc.org/html/283/28339310/>
- Sánchez, J., Rivera, A., Hernández, L., Villegas, M., & Casares, S. (2011). *La relación médico-paciente y la comunicación deben estar asociados a la Ética Médica* . Obtenido de Imbiomed- revista médica: <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/relmed-pac.pdf>
- Solis, L. (2015). *Relación entre psicoanálisis y medicina desde la multiplicidad de modificaciones de la clínica clásica*. Tesis.
- Sosa. (1998). *Enseñanza en la presentación de enfermos: En Actualidad de la práctica psicoanalítica. Psicoanálisis con niños y púberes (pp. 113-120)*. . Buenos Aires: Ediciones Labrado.
- Villa, N. (2018). Alienación- Separación e Invención. *NEL*.
- Viscasillas, G. (2001). *El Cuerpo en Psicoanálisis*. Madrid: EIM.
- Wainsztein, S. (2012). *"Histerización del Discurso"*. EFBA Recuperado de: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1496.pdf.
- Zuluaga, B. (2009). *Comentario de texto a la sesión del 17 de diciembre de 1969: el amo y la histérica, en: Indecible. Los cuatro discursos en cuestión*. No. 4 (2009), 20.

ANEXOS

Entrevista # 1

Especialidad: Medicina Interna - Geriatría

Edad: 41 años

¿Por qué eligió estudiar medicina?

Siempre lo quise, aunque si cuando ya me toco elegir estaba muy desorientada pero creo si fue la mejor decisión.

¿Por qué eligió su especialidad?

Realmente por comodidad, siempre quise ser medicina interna, pero geriatría si fue por pura comodidad por el tema de que ya no hacía guardias y para esto ya tenía dos niñas, fue algo que se adaptó a mis necesidades.

¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión?

A partir del 2002, 17 años.

¿Cuántos de esos años ha tenido experiencia en instituciones hospitalarias?

Siempre, desde antes de graduarme ya era ayudante y estaba en sala, unos 20 años.

¿Cómo ha sido su experiencia?

La relación con los pacientes pienso yo que muy buena, sin inconvenientes ni problemas. Relaciones interpersonales con los compañeros, perfecta, cuestión atención de pacientes o los medios a la final, pues con limitaciones pero dentro de lo cabe siento que aquí por lo menos si se llega hacer trabajo en equipo.

¿Qué opina sobre la atención al paciente dentro de una institución hospitalaria?

Tienes facilidad de poder interactuar con otras personas con otras especialidades ya que se trabaja en equipo en el manejo conjunto de pacientes. Limitaciones claro, como en todo lugar, que no consigues X medicamento; que hay tratamientos caros que no

se los brinda. En términos generales, pienso que bien; poseemos recursos que en otra institución no brinda además pienso que poseemos mucha libertad a diferencia de instituciones públicas, claro.

¿Considera que lo estipulado en el juramento hipocrático se cumple en su práctica de manera general en los hospitales?

Al menos aquí el equipo de trabajo siempre procura eso, finalmente lograr el bienestar del paciente.

¿Cómo piensa usted que debería ser la relación médico- paciente al pertenecer a una institución hospitalaria, ¿considera que su quehacer como médico se ve limitado?

Aquí la mayoría de pacientes, son educados y cooperan. Al menos lo que me toca ver a mí en la parte general, tal vez es un poco distinto esa relación con pacientes lees, son muy demandantes, exigen “yo estoy pagando y entonces a mí me lo tienen que dar”, muchas veces no depende de uno, en ese sentido hay muchas limitaciones, hay pacientes lees que se manejan distinto.

En pacientes general les prescribes, haces lo que tienes que hacer y no hay problema, en pacientes leas tienes que justificar todo, todo tiene que quedar ahí, que por que estas pidiendo esto, por que como no pagan, el sistema les cubre y muchas veces te sesgan a que uses determinados medicamentos que están en el cuadro y no puedes salirte de ahí.

Por cuestión es mucho más complicado atender a ese tipo de pacientes, es mucho más fácil los pacientes generales porque finalmente tu envías las cosas a cuestión de tu criterio sin tener que estar restringido a que esto no le va a cubrir y me va a llamar auditoria y voy a tener problemas.

¿Ha experimentado la pérdida de un paciente bajo su cuidado?

Claro.

¿Cómo le ha llegado afectar dicha pérdida o tener que dar una mala noticia al paciente o familiares?

Creo que eso siempre te afecta finalmente. Nadie quiere nunca perder ningún paciente, pero imposible decir que no ha pasado, siempre pasa y seguirá pasando. A quien no se le mueren es porque no atienden pacientes solamente estás haciendo trabajo de escritorio. Es algo que nos va a pasar siempre y tenemos que convivir con esto, mientras más pasa el tiempo ganas experiencia para abordar la situación frente a los familiares, como manejar ese tipo de situaciones, cómo decirle al paciente, eso es algo que no te lo enseñan en ninguna parte, a medida que va pasando el tiempo vas adquiriendo ese tipo de destrezas, que a veces son situaciones difíciles, situaciones complejas pero que van a pasar y pues te toca tratar de llevarlo de la mejor manera. Si finalmente no puedes ayudar medicamente, sino humanamente, por lo menos vas a ser el soporte, cuando la gente ya te coge confianza y se encariña contigo siempre te buscaran y el resultado finalmente, si es un mal resultado, me refiero al fallecimiento del paciente, al menos la familia se siente comprendida. Entonces viéndolo desde ese punto de vista, si tú les das el apoyo, es difícil también por los problemas de las demandas y demás. Siento yo y pienso yo si la familia se siente segura, si estas presente y tú les explicas, ellos finalmente saben cuál puede ser el desenlace, en el momento en que su familiar ya no esté, son gente que van a estar agradecida siempre contigo y te van a recomendar. Pienso yo que esa es la manera correcta de hacer esto, de no ocultarle lo que puede pasar, que tal vez no pueda pasar y si pasa pues finalmente siempre ayudar hasta lo que más se pueda, que el paciente este cómodo, que no tenga dolor, que no se ahogue, pues esas son las medidas aparentemente cuando ya no hay mucho que hacer. Si tu cumples eso, pienso yo que la gente se sentirá bien atendida y te guardarán esa gratitud.

¿Considera necesario la implementación de un dispositivo de atención psicológica para los médicos?

Para mí, no. A los familiares sí.

Entrevista # 2

Especialidad: Medicina Interna

Edad: 28 años

¿Por qué eligió estudiar medicina?

Una materia que me gustaba desde el colegio, lo principal mi padre es médico, me gustaba la forma en la que él trabajaba, la forma en que mantenía a su familia y en la forma que nos educó y me dio las bases para seguir esta carrera al inicio, después ya me di cuenta de que había una diferencia, pero igual me sigue gustando.

¿Por qué eligió su especialidad?

Por cuestiones de la vida siempre me prepare para ser cirujano, pero en un punto determinado el camino que se me destino la misma situación en la que me encontraba fue medicina interna y nunca fue ajena para mi hubo la oportunidad de coger la especialidad y me gusta.

¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión?

Profesión como tal 5 años, 3 años de especialidad.

¿Cuántos de esos años ha tenido experiencia en instituciones hospitalarias?

3 años de hospitalario.

¿Cómo ha sido su experiencia?

Este hospital nos da las herramientas básicas para poder diagnosticar y tratar al paciente, claro que si se necesita de ciertas herramientas para profundizar un poco más en patologías que no son tan comunes y esa talvez es una de las limitantes que se tiene.

¿Qué opina sobre la atención al paciente dentro de una institución hospitalaria?

En el ámbito público por la demanda y por la poca oferta de instituciones que posean todos los servicios médicos, creo que los médicos están sobresaturados en el área pública, ya que no cuentan con todos los recursos y si la cuenta es por periodos, a veces no hay todos los reactivos y eso es diferente en la institución privada. En la institución privada el limitante es el ingreso que pueda pagar el paciente.

¿Considera que lo estipulado en el juramento hipocrático se cumple en su práctica de manera general en los hospitales?

Sí, pero más que el juramento hipocrático es una actitud ante la otra persona, ya que así muchos de los que no hayan jurado dicha norma igual van a tener una actitud favorable con el paciente.

¿Cómo piensa usted que debería ser la relación médico- paciente al pertenecer a una institución hospitalaria, ¿considera que su quehacer como médico se ve limitado?

Es una actitud ante la otra persona, debe haber una actitud favorable con el paciente. Debe llevarse con la más estricta calidad en cuanto a ofrecer el servicio de la medicina nunca imponer un procedimiento o tratamiento sin exponerlo al paciente primero.

Sí, en cierto grupo de enfermedades, el país aún no cuenta con herramientas diagnósticas y terapéuticas para dichas patologías lo cual es un limitante tremendo porque el saber si lo tienen, pero si no tienen las herramientas nunca lo vas a poder desarrollar.

¿Ha experimentado la pérdida de un paciente bajo su cuidado?

Si, el único médico que no pierde pacientes es el que no atiende. Por ser un hospital de referencia a nivel nacional, vienen casos muy graves, derivados de otras áreas rurales, muchas veces ha pasado el tiempo en el cual el paciente se pudo beneficiar

de un diagnóstico oportuno, de un tratamiento precoz y simplemente ya llegan limitados de ciertas áreas.

¿Cómo le ha llegado afectar dicha pérdida o tener que dar una mala noticia al paciente o familiares?

Al principio la universidad no lo prepara para establecer esa relación con el familiar o para decir esa información al familiar y es muy duro, muy chocante los primeros meses, uno va adquiriendo experiencia en saber decir las cuestiones, cuando el paciente este grave y siempre son iguales, siempre son duras, desde las primeras hasta el final, uno se pone en los zapatos de la persona que está en frente, que está escuchando y es bien duro.

¿Considera necesario la implementación de un dispositivo de atención psicológica para los médicos?

En otros lados si existe, dentro de Guayaquil si mal no recuerdo, el complejo hospitalario Paulson, tiene dentro de su área médica, tiene un personal de psicología creo que más que todo enfocado al área de pediatría, en la parte de interacción paciente o padre responsable y médico. Pero acá si serviría, si sirve tener una parte psicológica.

Entrevista # 3

Especialidad: Reumatología

Edad: 37 años

¿Por qué eligió estudiar medicina?

Para ayudar a las personas, es una decisión que me llegó a último año de colegio.

¿Por qué eligió su especialidad?

Porque es intelectualmente desafiante.

¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión?

Como médico desde 2006 (13 años), como reumatólogo comencé 2009, ya especializado en 2013 (4 años).

¿Cuántos de esos años ha tenido experiencia en instituciones hospitalarias?

Todos (13 años).

¿Cómo ha sido su experiencia?

Variable.

¿Se sujeta a las expectativas que tenía? Ha ido cambiando, a veces sí, a veces no.

¿Qué opina sobre la atención al paciente dentro de una institución hospitalaria?

En la que me encuentro ahora es la mejor del país

¿Considera que lo estipulado en el juramento hipocrático se cumple en su práctica de manera general en los hospitales?

Hay una forma modificada que se hace del juramento, pero no, porque no se hace lo mejor para el paciente.

¿Le llego a causar cierto conflicto en lo personal? Cuando llegaba a trabajar en hospital público sí.

¿Cómo piensa usted que debería ser la relación médico- paciente al pertenecer a una institución hospitalaria?

Debe haber por lo menos el tiempo necesario para poder establecer una buena relación médico-paciente.

¿Tienen un tiempo preestablecido para la atención con el paciente?

En mi caso particular yo me puedo extender lo que yo quiera, en mi caso particular. Siempre uno se puede extender lo que uno quiera solo que en mi caso particular no me demanda problemas. En una institución pública demanda varios problemas.

¿Considera que su quehacer como médico se ve limitado?

Actualmente no, en otras instituciones si debido a que fuerzan la agenda para ver en determinadas horas, meten más pacientes, a lo cual hay dos opciones: o se le dedica menos tiempo a cada paciente o me extiendo de mí tiempo personal para cada paciente que es lo que pasaba y fue motivo de que renuncie. Al hospital no le interesaba si trabajaba horas extras.

¿Ha experimentado la pérdida de un paciente bajo su cuidado?

Varias veces, desde el inicio.

¿Cómo le ha llegado afectar dicha perdida o tener que dar una mala noticia al paciente o familiares?

Hay que tomar en cuenta que trabajar en un hospital de especialidades la cual una de especialidades era oncología y que muchos pacientes ingresaban a morir,

eventualmente uno se entrena para eso y lo hace como algo normal, o sea acompañar, comunicar el fallecimiento y acompañar a los familiares.

¿Considera necesario la implementación de un dispositivo de atención psicológica para los médicos?

Debería, lo que pasa es que en Estados Unidos el que un médico consulte con un profesional de la salud mental es motivo que favorece que pierdas demandas de mala práctica por lo cual la mayoría de médicos no pide ayuda, y es la profesión que más se suicida de todas. Entonces es un poco, yo creo que es necesario, pero veo muy poco probable que acudan porque la sociedad exige que el medico sea más que un humano, que no se pueda deprimir, ni poner triste, de estar siempre feliz, siempre con energía y eso obviamente no se puede porque somos humanos pero cuando pide ayuda, si ya de por si las enfermedades mentales tienen un estigma, en caso del médico es de mayor estigma, se lo ve más débil por su colegas, pacientes y por sus trabajadores. Es el problemático deprimido, entonces mucha gente no lo hace. Conozco casos que lo hacen por video conferencia anónima porque no quieren que nadie se entere, o sea ni siquiera van a una consulta porque el hecho de solo pisar el consultorio o el departamento de salud mental.

Entrevista # 4

Especialidad: Cirujano ortopedista

Edad: 42 años

¿Por qué eligió estudiar medicina?

Cuando uno escoge medicina primero lo ve como una vocación y poco a poco con el tiempo le va sintiendo un gusto, un apego, una sensibilidad humana hacia el más desprotegido. Entonces se va encausando en la carrera que uno va eligiendo. Creo que inicia como una vocación y poco a poco va terminado en gusto.

¿Por qué eligió su especialidad?

Se me presento la oportunidad, inicialmente era otra especialidad la que iba a escoger pero creo que la escogí viene de la mano con lo que pensaba inicialmente. Creo que es una profesión en la cual tú restauras una función en la especialidad de traumatología y ortopedia y eso da mucha satisfacción al paciente

¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión?

15 años ya oficialmente ejerciendo como cirujano ortopedista y calculemos unos tres años desde el día de la graduación como médico general.

¿Cuántos de esos años ha tenido experiencia en instituciones hospitalarias?

Siempre, 15 años aproximadamente también. Siempre he iniciado y he atendido en instituciones hospitalarias.

¿Cómo ha sido su experiencia?

He trabajado en cuatro instituciones públicas (H. Universitario, H. de la Policía, Ministerio de Salud y en el IESS) y creo que he tenido una buena experiencia. Siempre digo que cuando uno se conserva en un lugar es porque quiere o ganar más o quiere tener más experiencia y uno quiere aprender más. Creo que la segunda opción es la que me ha mantenido siempre en las instituciones hospitalarias.

¿Qué opina sobre la atención al paciente dentro de una institución hospitalaria?

Es difícil el tema actual por el exceso de pacientes y disminuye notablemente la calidad de la atención. Creo que hay que distribuir mejor los recursos humanos y los

recursos tecnológicos y los recursos financieros. Es una atención que hay que tratar que sea la misma de un paciente privado.

¿Cómo piensa usted que debería ser la relación médico- paciente al pertenecer a una institución? ¿Considera que su quehacer como médico se ve limitado?

Igual que en una institución privada. La relación debe ser de sinceridad, si me pongo en la posición de paciente quiero saber la verdad, no quiero tener expectativas elevadas y tampoco quiero que no me den esperanza, quisiera estar dentro de lo normal y es lo que trato de hacer.

Como una atención al público no creo que se vea limitada en la parte en cuanto a consulta, probablemente, hay muchos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que tienen ciertas limitaciones, pero está dentro de un margen muy pequeño ese tipo de casos que necesitan ese tipo de recursos.

¿Ha experimentado la pérdida de un paciente bajo su cuidado? ¿Cómo le ha llegado afectar dicha pérdida o tener que dar una mala noticia a un paciente o sus familiares?

Cuando inicie el estudio de la medicina sí. En el internado, por falta de experiencia, por falta de tino, por no preguntar, si tuve un paciente que perdió la vida y estaba bajo mi cuidado. Quien no ha perdido pacientes es porque no ha atendido pacientes.

No, creo que con la experiencia uno se va preparando para dar las noticias malas que son las más difíciles. Cuando uno empieza en este mundo de la medicina, uno debe empezar a aprender de los que tienen mayor experiencia, de los que tiene un mayor tino para decir las cosas y uno va aprendiendo siempre de los mayores, y uno se pega siempre al mayor para preguntar todo: como le digo a un paciente que van amputarlo, como le digo que se va a morir, como le digo al familiar. Pero conociendo otras experiencias que han tenido buen resultado tú las réplicas.

¿Considera necesario la implementación de un dispositivo de atención psicológica para los médicos?

Yo creo que es posible, se lo realiza en otros hospitales del exterior, pero sí, no todos los médicos han de poder llevar la carga de la mejor manera



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, **Aguilera Vargas Neider Carolina**, con **C.C: # 0931657035** autora del trabajo de titulación: Injuria Moral, posición subjetiva del médico frente a la demanda hospitalaria. Propuesta de un dispositivo de atención psicológica. Previo a la obtención del título de **LICENCIADA 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, 13 de Marzo de 2019

f. _____

Aguilera Vargas Neider Carolina

C.C: 0931657035



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Miranda Carrasco Nathaly Christina**, con **C.C.# 0928983584** autora del trabajo de titulación: Injuria Moral, posición subjetiva del médico frente a la demanda hospitalaria. Propuesta de un dispositivo de atención psicológica. Previo a la obtención del título de **LICENCIADA 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, 13 de Marzo de 2019

f. _____

Miranda Carrasco Nathaly Christina

C.C: 0928983584

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Injuria Moral, posición subjetiva del médico frente a la demanda hospitalaria. Propuesta de un Dispositivo de Atención Psicológica.		
AUTOR(ES):	Aguilera Vargas, Neider Carolina; Miranda Carrasco, Nathaly Christina		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES):	Estacio Campoverde Mariana de Lourdes		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras Y Ciencias De La Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	13 de Marzo de 2019	No. DE PÁGINAS:	120
ÁREAS TEMÁTICAS:	PSICOANÁLISIS, MEDICINA, INSTITUCIÓN HOSPITALARIA		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	INJURIA MORAL, DESEO, POSICIÓN SUBJETIVA, DEMANDA, PROPUESTA		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El presente trabajo tiene como finalidad analizar como la demanda institucional afecta a la subjetividad del médico a través de una comprensión e interpretación de la realidad hospitalaria, para promover un dispositivo de atención psicológica. El marco teórico de referencia está basado en la teoría psicoanalítica, en especial bajo una orientación lacaniana. Realizando un recorrido por los seminarios de Lacan definiendo conceptos claves en nuestra investigación como: necesidad, deseo y demanda, lugar del Otro, estadio del espejo, alienación-separación y los cuatro discursos en especial el discurso del amo, con los cuales se logra un recorrido importante para la constitución de la subjetividad del sujeto. El trabajo de investigación está constituido por tres capítulos. El primer capítulo corresponde al marco teórico en el que se recoge de textos médico información necesaria acerca de la institución hospitalaria y luego desde psicoanálisis se hace un recorrido de la constitución subjetiva que habla de necesidad, demanda y deseo, estadio del Espejo, alienación – separación y el lugar del Otro en la constitución subjetiva culminando con los discursos planteado por Lacan, definiendo desde el psicoanálisis lo que es la injuria moral, culminando con la relación de este concepto con la realidad de la institución hospitalaria regida por el discurso del amo. Se utiliza una metodología cualitativa con enfoque descriptivo, recolectando la información a través de entrevistas e interpretándola por medio de la categorización y la lectura intertextual, para arribar a la propuesta de un dispositivo de atención psicológica bajo lineamientos psicoanalíticos.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0989542537 0967736414	E-mail: n.carolina-aguilera@hotmail.com nathaly1496@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Nombre: Martinez Zea, Francisco		
	Teléfono: +593-4-2222024		
	E-mail: francisco.martinez@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):	