



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias
subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital de
los Ceibos del IESS**

AUTORA:

Mateus Velásquez, Miriam Virginia

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

TUTOR:

Psic. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

09 de septiembre 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 **Mateus Velásquez, Miriam Virginia** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTOR

f. _____

Psic. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Galarza Colamarco, Alexandra, Mgs.

Guayaquil, a los 09 del mes de septiembre 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

Yo, Mateus Velásquez, Miriam Virginia

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital de los Ceibos del IESS** previo a la obtención del título de **Licenciada 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 09 del mes de septiembre del año 2019

LA AUTORA

f. _____

Mateus Velásquez, Miriam Virginia



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

AUTORIZACIÓN

Yo, Mateus Velásquez, Miriam Virginia

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital de los Ceibos del IESS**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 09 del mes de septiembre del año 2019

LA AUTORA:

f. _____
Mateus Velásquez, Miriam Virginia

INFORME DE URKUND

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document:	EL ARTE COMO PARTE DE LA ESTRUCTURACIÓN SUBJETIVA DEL PARLETRE.docx (D55067841)
Submitted:	28/08/2019 4:10:00
Submitted By:	domenica1295@hotmail.com
Significance:	0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

TEMA: El arte como parte de la estructuración subjetiva del parletre

ESTUDIANTE:

Merino Oñate, Doménica Anaís

INFORME ELABORADO POR:

Psí. Cl. Rodolfo Rojas Betancourt, Mgs.
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AGRADECIMIENTO

En los avatares de la vida, creo que una de las partes más complicadas después de un gran paso, siempre ha de ser dar las gracias; saber que hay tantas personas que merecen ser nombradas y el miedo que acosa por la insolencia del olvido. Escribir y borrar listas en el intelecto, recuerdos de momentos en todo este proceso que va más allá de un mero texto; tantos rostros, miles de risas y hasta los desengaños que en el corazón experimento. Caídas y subidas, lo necesario para intentar llegar a la cima, porque hasta lo malo que, a llegar, me ha ayudado.

Quien primero se merece ser agradecida por este proyecto que formará parte de mi vida, siempre será mi madre. Ella, que en incansables ocasiones estuvo apoyándome a pesar de que no ha sido fácil; saber de la dificultad de mi carácter, las veces que a su vida le llegó la frustración de mis fallos y aun así seguir firme detrás del telón, a pesar de cualquier decepción. De mis logros, el primer aplauso y de mis caídas, el primer abrazo; la palabra de aliento, todo lo necesario para seguir levantando mi sueño de seguir volando. Mi centro y modelo para toda meta que me planteo, motor de esta gran aventura, que a pesar de que hoy culmina, me abre el camino para seguir soñando. Mi fiel compañera, la forjadora de este cúmulo de guerras, huidas y victorias obtenidas, la razón por la que la vida ha cobrado color, siempre encargándose de sembrar en mí más de un millar de alegrías y emoción. Esta meta cumplida no es mía, mi madre la tiene bien merecida.

Por confiar en mí y hacerse responsable de este proceso, por tantas enseñanzas y portador de palabras sabias. De los primeros depositadores de confianza y de quien tuvo la valentía de asumir el reto de cargar con el miedo del fracaso y una apuesta a las capacidades de este sujeto; cómo no darle las gracias a quien estuvo detrás de este proyecto. Al Psi. Cl. Rodolfo Rojas Betancourt refiero este agradecimiento, por demostrarme que puedo, que los golpes son parte de este cuento; que, a pesar de tener motivos para querer

besar el suelo, jamás serán tan fuertes como lo es el poder del deseo. Gracias por llevar siempre de la mano la capacidad para demostrarme que soy capaz de lograr cualquier sueño propuesto.

Agradezco a todos los decentes que aportaron en cada paso dado, la paciencia, amor y la pasión por el saber, han construido muchos expertos que hoy les damos las gracias por ser parte de nuestro ser. Llevar en las manos el poder de moldear un profesional, ha de ser siempre una labor que he de admirar y venerar. Gracias por inspirar, y por el amor a la carrera siempre sembrar.

Aprovecho la oportunidad para agradecer al Psi. Héctor Martínez Minda, Ing., Joseline Betty Barco Macías, Miriam Caicedo Calle y Doménica Merino Oñate; mis pilares fundamentales para la realización de mi proyecto de investigación. Por las noches de compañía, espectadores de llantos y tantas alegrías en el culminar de este trabajo, parte de mi camino de vida. Tengo mucha gratitud por todos los amigos que en mis estudios he obtenido, todos los hermanos que la universidad me dejó sin haberlo previsto. Hago un agradecimiento especial a todos los Torres que llegaron a ser la base de mi caminar, impulso particular para continuar y no desmayar; porque sé que como ahora, jamás su apoyo me ha de faltar; les agradezco y dejo por sentado que son tan forjadores de mi logro, como todos los que ya he mencionado. Gracias totales, porque a tu familia me dejaste ser parte; Estelita Torres.

No puedo dejar de lado al mejor equipo de prácticas del Hospital del IESS de los Ceibos; personajes que me impulsaron a diario, con saberes y por sobretodo cariño y paciencia, a Max Cevallos Sánchez, Karen Emén Rodríguez, Psi. Karen Loor Mera, Psi. Gabriela Carrasco Adum y el Psi. Ricardo Berrios Benavides. Así he llegado al final de este agradecimiento, con el deseo de mencionar que este trabajo no es solo mío; es de cada persona que llegó a darme apoyo para continuar avanzando, y hasta las veces

incansables de quienes de mí dudaron. Porque no solo lo bueno ha aportado, agradezco errores y malos ratos, un disparo de fuerza para que la luz de las ganas, jamás se pierdan. Por ese gran granito de arena, doy a todos, las gracias eternas.

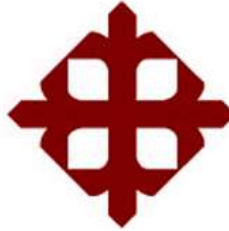
DEDICATORIA

Hoy me siento y planteo tantas ideas vagas para saber a quién debo dedicar este proyecto. Y pues, sin duda alguna quiero dejarlo para todo aquel que tenga sed de indagar en nuevos surcos del conocimiento. Aquellos dispuestos a tomar retos y traspasar la barrera de lo establecido a quienes deciden por salirse a veces del contexto; almas curiosas con las ganas de ir más allá y quienes sientan el placer por innovar.

También quiero dedicar el presente trabajo de investigación a mi madre, un esfuerzo que nace enteramente de su amor y su deseo. Se lo dedico por entero, por ser el motor de este sueño y la mayoría de los que tengo. Dejo este proyecto también a mi hermano, Carlitos Mateus Bustos, el motivo y mis ganas enteras de superación, se lo ofrezco como una forma más de empujarlo a soñar y querer toda meta alcanzar. Deseo tenga presente siempre, que todo con paciencia, esfuerzo y amor es posible. Dedico también esto al tutor que confió en esta idea que empezó en las afueras de mi facultad y hoy se plasma en mi vida como un peldaño más.

Dedico este logro a todos los portadores de aliento y fuerza para la culminación de esta etapa. A todo aquel que jamás se negó a darme alas, para dejar que me quitara muchas ataduras que el miedo armaba sobre mis ganas. Mi familia, mis amigos, aquellos que aportaron con un pequeño o grande empujón para que esta investigación tenga sentido.

Finalmente, dejo este aporte a cada practicante que toma la posta de asumir la responsabilidad de llevar a cabo un trabajo clínico, nadie dijo que sería fácil; pero el objetivo es nunca perder ese brillo, de la defensa de la subjetividad el deseo y por sobre todo la pasión de siempre amar lo que haces desde el inicio. No pierdas las ganas, que las caerse es humano, levántate y sigue luchando. No abandones tus sueños, llévate siempre el orgullo de haberte causado una gran satisfacción, de tus propios anhelos, ser el forjador.



**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. ESTACIO CAMPOVERDE, MARIANA, MGS.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
MGS. AGUIRRE PANTA, DAVID, PHD.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
PSIC. CL. TORRES GALLARDO, TATIANA ARACELY, MGS.
OPONENTE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
CAPÍTULO 1	5
HOSPITAL COMO INSTITUCIÓN.....	5
Práctica Lacaniana en Instituciones.	20
CAPÍTULO 2.....	31
URGENCIA SUBJETIVA	31
Urgencia Subjetiva en Instituciones Hospitalarias.....	35
Planteamiento del Problema de Investigación	44
Preguntas de Investigación.	45
OBJETIVOS	46
General:	46
Específicos:.....	46
Muestra	47
Técnicas de Recolección de Datos.....	49
Encuesta.....	49
Entrevista	50
Forma de Análisis de Datos.	51
INTERPRETACIÓN GENERAL DE RESULTADOS DE AMBOS DISPOSITIVOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	52

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS ENTREVISTAS.....	55
INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LAS ENCUESTAS.	57
INFORMACIÓN OBTENIDA EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS MEDIANTE ENTREVISTAS.....	61
INFORMACIÓN OBTENIDA EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS MEDIANTE ENCUESTAS.	64
CAPÍTULO 5.....	70
POSIBLES ESTRATEGIAS DE MANEJO Y ABORDAJE DE LA URGENCIA SUBJETIVA.....	70
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
GLOSARIO.....	86
Subjetividad.....	86
Demanda.	87
Urgencia subjetiva	88
Espacio analítico.....	88
Intervención analítica	89
Emergencia del sujeto.....	90
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

El presente proyecto de investigación titulado como “Estrategias para el manejo de urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital de los Ceibos del IESS”, tiene como objetivo, analizar en dicha área, el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas. Con la finalidad de proponer posibles formas de intervención y abordaje ante dichos casos. La redacción consta de cinco partes en las que se detalla inicialmente una teorización sobre el manejo de instituciones hospitalarias, posteriormente, el manejo de urgencias en el ámbito hospitalario que atañe a cómo se da la práctica analítica dentro del ámbito hospitalario y a la vez el desenvolvimiento del psicólogo frente a las demandas del médico. Se plantea una metodología cualitativa, sustentada en base a instrumentos de investigación: encuestas y entrevistas. Donde el resultado del análisis de las mismas, arrojó que, la mayoría del personal médico, posee cierto desconocimiento de lo que implica una urgencia subjetiva; motivo por el que se procede a un manejo poco adecuado de estos casos y en ciertos momentos dado al furor curandis, se evidencian las negligencias médicas. Para finalmente dar la culminación del proyecto con posibles propuestas para el manejo y abordaje de una urgencia subjetiva. Pues se sigue evidenciando el marco técnico del cuerpo médico, donde se ve al sujeto como una masa que en camilla solo amerita medicación, más allá de la preocupación por la subjetividad del paciente. De allí la importancia del psicólogo en una institución donde se olvida del tiempo lógico del padecer del paciente.

Palabras Claves: estructura subjetiva, hospital, urgencia subjetiva, emergencia subjetiva, subjetividad, discurso del amo, psicoanálisis.

ABSTRACT

The present research project entitled "Strategies for the management of subjective emergencies within the emergency area of the IESS Ceibos Hospital" aims to analyze in this area, the handling and handling of subjective emergencies. In order to propose possible ways of intervening and dealing with such cases. The wording consists of five parts which initially detail a theorization on the management of hospital institutions, then, the management of emergencies in the hospital environment that concerns how the analytical practice takes place within the hospital and at the same time the development of the psychologist in response to the doctor's demands. A qualitative methodology is proposed, based on research instruments: The present research project entitled "Strategies for the management of subjective emergencies within the emergency area of the IESS Ceibos Hospital" aims to analyze in this area, the handling and handling of subjective emergencies. In order to propose possible ways of intervening and dealing with such cases. The wording consists of five parts which initially detail a theorization on the management of hospital institutions, then, the management of emergencies in the hospital environment that concerns how the analytical practice takes place within the hospital and at the same time the development of the psychologist in response to the doctor's demands. A qualitative methodology is proposed, based on research instruments:

Keywords: subjective structure, hospital, subjective urgency, subjective emergency, subjectivity, master discourse, psychoanalysis.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de titulación, se presenta a partir de tres capítulos en los cuales se hace una investigación acerca de las urgencias subjetivas, dentro del ámbito hospitalario. Se toma como referencia el nombre del Hospital del IESS de los Ceibos, del cual se sostiene el estudio y muestra de resultados, bajo la previa autorización de la institución mencionada. Se plantea un recorrido en el cual se hace destacar la urgencia subjetiva como tal, pero ahonda en el abordaje de la misma y las nuevas formas de intervención. Con el fin de proveer a los estudiantes y profesionales de salud mental, alternativas para un mejor manejo de la subjetividad y angustia ante el padecimiento dentro de una casa de salud.

El trabajo del primer capítulo, consta de la teorización de lo que es la urgencia subjetiva, dentro del marco hospitalario como protagonista principal de la investigación. Se desglosa una definición basada en autores reconocidos del campo de la psicología y a la vez del psicoanálisis; en breve rasgo decir que atañe a la falta de significación del sujeto que padece dentro de un hospital, lo que lo lleva a un punto de angustia donde no hay capacidad para representar aquello insoportable que le genera malestar. Pues se toma un recorrido a lo que implica un hospital como institución que preserva la salud del ser humano, pero que también debe velar por la estabilidad mental de quienes acoge. En el avance, se tocan temáticas como la práctica lacaniana en instituciones y el qué hacer del analista frente a este ente regulador que demanda desde el discurso del amo. Teorizaciones que ayudan a validar el objetivo del proyecto y que dan un soporte a los resultados obtenidos.

Se continúa con un segundo capítulo que consta de la metodología cualitativa trabajada en el proyecto investigativo. Con la presentación del problema de investigación, donde se plantea el desconocimiento y mal abordaje del equipo médico ante casos de urgencia. Ante ello, se plantea una muestra que consta de la elección de médicos y auxiliares de enfermería para validar lo planteado y proceder al análisis. Así pues, como método de validación, me valgo

de instrumentos de investigación cualitativos, como lo son la entrevista y encuestas que aportan en el contraste de resultados. Para posterior a ello culminar con el análisis de datos arrojados y agrupación de población.

Culminando con el tercer capítulo, en el que se presenta un análisis completo de toda la información levantada, para planteamiento de soluciones y recomendaciones. Se procede a interpretar los datos de ambos instrumentos de investigación: entrevista – encuesta de forma separada. Una vez con lo recogido de hace una interpretación generalizada en la que se unen los resultados de ambos dispositivos y se evidencia el total desconocimiento del manejo de urgencia subjetiva, por quienes forman parte de la muestra elegida. Una vez con todas las reseñas recolectadas, se llega al planteamiento de nuevos tipos de intervención en los cuales constan propuestas de fácil uso e implementación. Y finalmente se cierra el documento con las conclusiones y recomendaciones, resultantes de todo el proceso elaborado.

Esta investigación nace del deseo por la innovación temática de la Carrera de Psicología Clínica, y por querer plantear nuevos ámbitos de estudio. En una postura por mejorar la visión analítica e incentivar a nuevos surcos conceptuales que amplíen las áreas laborales del psicólogo. Pues se presenta este proyecto con la finalidad de mantener la línea de nuestro qué hacer en la psicología, evitar institucionalizar el discurso del analista y lograr hacernos un lugar en toda institución donde se desea aportar con la práctica clínica. Siempre velando por la subjetividad del paciente, cuando somos nosotros los únicos que apuestan por la emergencia subjetiva.

JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la atención dentro de las instituciones hospitalarias, se ha evidenciado un manejo escaso de lo que es una urgencia subjetiva como tal, dado al desconocimiento de la misma. Pues se presentan como momentos de vacío en la subjetividad del sujeto, provocando un quiebre y desbalance emocional que desemboca en gritos, ausencia de lenguaje, hasta intentos de suicidios, etc. Su complejidad incrementa a causa de la multiplicidad de manifestos, que pueden ocurrir en numerosos espacios y dependiendo del contexto del paciente, donde el profesional deberá abordar con las intervenciones necesarias para lograr que este, pase a una emergencia subjetiva. Es por ello que el eje de este trabajo se soporta desde una perspectiva del enfoque psicoanalítico, a las maneras de abordar con éxito la urgencia y brindar herramientas para manejar estos eventos.

El presente proyecto es de relevancia en el aspecto social y académico puesto que servirá de soporte para la comunidad de psicólogos, practicantes, estudiantes e incluso personal de la salud (médicos, enfermeros, etc.) ya que brindará las herramientas y bases para prevenir, diagnosticar y abordar las urgencias subjetivas en las diversas áreas de las instituciones hospitalarias. Esto permitirá al practicante o profesional, darle luces para acudir con rapidez al paciente que se halla en un estado de vacío, propio de la urgencia. Sabiendo que, en el abordaje de la misma, el tiempo, es un elemento de gran importancia para lograr la estabilidad del sujeto. Es por ello que la pertinencia de este proyecto, se centra en la identificación de una urgencia para su correcto abordaje.

CAPÍTULO 1

HOSPITAL COMO INSTITUCIÓN

En la labor del psicólogo, se sabe que el espacio de desarrollo de la clínica es variado, desde instituciones educativas, como instituciones públicas y privadas, consultorios propios, hasta instituciones hospitalarias, etc. Como el presente proyecto, trata del desempeño de la clínica de la urgencia en el ámbito hospitalario, es necesario hacer un recorrido por la institución como tal; a sabiendas de que, como miembros de la misma, se tiene pleno conocimiento de que es un espacio compartido donde la interdisciplinariedad es más que necesaria a la hora de tratar con un ser humano que padece. De ahí se parte con una mirada hacia el hospital como institución y los distintos factores que facilitan o bien obstaculizan la labor del psicólogo en dicho espacio.

Al hablar del hospital, como el espacio de desempeño de la clínica del psicólogo, esto refiere al mismo, como aquella institución que acoge, y presta el servicio de asistencia a los distintos actores de la sociedad o de una comunidad, con el fin de garantizar el correcto estado de salud del grupo comunitario como tal. Por ello, para preservar el estado de salud general, es necesario que la institución cuente con distintas estrategias de higiene y cuidados de asepsia que le permitirán brindar un mejor servicio a sus distintos actores sociales que cuentan y requieren de los servicios que este ofrece. Así, es como el personal activo del establecimiento posee protocolos de limpieza y de vestimenta que ayudan a evitar la proliferación y reproducción de bacterias infecciosas, es el trabajo en conjunto el que proporciona la correcta salubridad de su personal y del espacio físico. Todos estos factores, brindarán a los profesionales de las distintas áreas, las facilidades para el desempeño de sus labores, acorde a su profesión.

Las prácticas de limpieza y desinfección de las áreas físicas hospitalarias son esenciales e indiscutibles, para tener en cuenta en la búsqueda del éxito de todo sistema de la vigilancia de prevención y control de las infecciones asociadas con la atención médica. (INPer. 2012, p. 4)

Y si se habla de higiene a la hora de tratar con pacientes, es notable que la correcta limpieza y mantenimiento de las instalaciones hospitalarias, permitirá la adecuada intervención y procedimientos médicos que los profesionales deban realizar. Hay que recordar que acorde al área de la que se trate en el hospital, es vital contar con el factor tiempo, y la rapidez con que se debe abordar a la hora de tratar a un paciente; pues cada uno amerita de una atención diferente del acudir del médico, de forma inmediata. Si el tiempo y la práctica, son mal administrados por parte del personal de la institución, existe lo que se conoce como la negligencia médica, que refiere al mal proceder o mala intervención del profesional sobre el usuario que requiere de los servicios médicos. Pero no solo se trata de la mala práctica, sino que la falta de higiene en las instalaciones, también dotan de falencia en lo que un hospital debe ofrecer dentro del servicio de salud. Alfaro, V (2012) trata lo siguiente sobre la negligencia: “Es la omisión al cumplimiento al deber, con conocimiento de causa, teniendo los medios para ello, es descuido y omisión.” (p. 68)

Pues bien, sabiendo la importancia de la higiene hospitalaria, es necesario recalcar que la labor del médico y su preparación académica y práctica es la que va a asegurar su correcto desempeño dentro de su área y de la institución hospitalaria como tal. Es un factor de importancia el espacio físico y su mantenimiento, pero no se debe olvidar que la preparación del médico es lo que dejará por sentado el trabajo pulcro en su labor y su correcto abordaje de pacientes para lograr el objetivo de curar o salvar vidas. Pero como tal, el médico no trabaja solo, ni se trata de un trabajo individual, y es que se sabe que hay acompañamientos de distintos profesionales de la salud que colaboran en el proceder o rutina de intervención clínica. Se podría llamar a este apoyo y

colaboración profesional, como el equipo médico que certifica la correcta asistencia de procedimientos hacia los usuarios y patologías o dolencias. Todo este conglomerado laboral del personal, llamamos académicamente como trabajo multidisciplinario; aquella colaboración y trabajo de distintas disciplinas que en equipo le otorgan al paciente una atención completa acorde a sus necesidades.

Podemos decir que el enfoque multidisciplinario es aquel caracterizado por una simple yuxtaposición de áreas del conocimiento, en el cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas. La característica de esta perspectiva es su visión atomística de la realidad y un total aislamiento respecto de toda demanda social. (Nora, E. 2009, p. 1)

Entonces podemos decir que de ello trata esta combinación de ramas, el aportar notablemente a la correcta salud y curación de un paciente; soporte profesional donde cada actor tiene un aporte de conocimientos e intervenciones de igual importancia que mantienen y preservan la homeostasis del usuario. Por lo que la formación profesional de cada médico o personal de la salud, debe ser asumida con suma responsabilidad por parte de los mismos y de quienes toman en cuenta el trabajo que ofrece cada uno de ellos. Pues como institución, es notable que la contratación de personal debe ser pulcra y transparente, con el fin de garantizar en el enfermo, la seguridad de que se hará clínicamente todo lo posible para preservar la vida.

Es la medicina un campo tan extenso y amplio, si hablamos del cuerpo humano y sus diversas patologías, que como tal, se divide en ramas que tratan específicamente cada zona del ser humano. Cada dolencia con su especialista como, por ejemplo, toda problemática del corazón, amerita la intervención del

médico cardiólogo; si hablamos de patologías oculares la derivación va hacia el médico oftalmólogo y así con cada parte del cuerpo humano y su anatomía. Sin olvidar que más allá del cuerpo, existe la salud mental, donde se inserta el psicólogo y su práctica, para lograr mantener el equilibrio de la psiquis del paciente. Una labor de importancia tal, que no queda por fuera de la institución y de la atención al paciente. Por ello, en conjunto con los médicos psiquiatras, ambos profesionales forman parte del área de salud mental que se ve inmersa en todas las zonas de una institución hospitalaria.

La salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. La salud mental depende de: cómo uno se siente frente a sí mismo, cómo uno se siente frente a otras personas, y en qué forma uno responde a las demandas de la vida. (Carranza, V. 2002, p. 2)

Así mismo, al hablar de ramas y vertientes, tanto como profesionales de la salud, hay que considerar que estos mismos, manejan su ética profesional como laboral; es decir que más allá de lo que la institución pueda establecer como ética, visión y misión, también las distintas áreas de la salud, manejan su ética a la hora de acudir a la atención de un paciente. Y nos referimos con ética profesional, a la fidelidad de procedimientos del profesional hacia su rama; el respeto total por los principios propios de la profesión que ejerce. Se puede pensar también en una forma de velar completa y cuidadosamente de sus creencias, de lo que ha decidido profesar; se trata del cuidado de su nombre y de lo que este funcionario representa en su rama. A pesar de saber que no siempre se da de esta manera y pues no todos los profesionales valoran y respetan su carrera. Claro está que queda en cada profesional, el nivel de ética

y respeto por su ciencia ante los servicios que ofrezca; pero en términos generales, cada experto de la salud, etc. maneja en su marco, la ética.

La ética profesional es parte de una cultura profesional que incluye un conjunto de saberes, creencias, valores y esquemas de acción que orientan las prácticas en el campo profesional. Como parte de la cultura, se transmite de una generación a otra mediante procesos de socialización y enculturación; sus elementos son más o menos compartidos por quienes se reconocen con derechos y obligaciones para ejercer la profesión; sirve de pauta de lectura a los profesionales para dar sentido a sus actividades en el contexto en el que actúan y está en la base de las prácticas profesionales y de las estructuras que sostienen la profesión. Junto con los demás componentes de la cultura profesional, es un referente de identificación societaria (Dubar, 2000) gracias a la cual se genera y mantiene una cadena equivalencial (Laclau, 1996) entre quienes se identifican con la profesión, por más que los modos de apropiación del sistema de significación varíen dependiendo de las biografías y contextos particulares de los profesionales (Yurén, T. 2013, p. 6)

Pues bien, vale mencionar que la medicina, tanto como la psicología y la psiquiatría, manejan cada una su marco de ética para acudir a la atención de un paciente. Y cabría destacar cada una

En cuanto a la ética médica y su fundamento, proviene en gran parte desde la propia actividad de los médicos, ya que a diario enfrentan problemas clínicos. La solución de ellos dependerá, en gran medida de conocimientos y habilidades que han adquirido a lo largo de la formación y experiencia. Sin embargo, estos problemas clínicos, a menudo, vienen acompañados de dilemas éticos, para los cuales no existe una simple

respuesta y cuya complejidad va más allá de normas o tecnicismos.
(Rojas, A y Larac, L. 2014, p.92)

Nos referiremos a algunos aspectos específicos de ética psiquiátrica, pero no a los más típicos como la internación forzada o el contacto sexual entre médico y paciente. La intención está más orientada al aspecto ético de las actividades psiquiátricas más comunes y cotidianas, como hacer un diagnóstico, prescribir un psicofármaco o realizar una psicoterapia. (Dorr, O. 2002, p. 31)

La autonomía se verá reflejada cuando veamos a las personas como seres humanos con “recursos” para mejorar y tomar decisiones buenas, cuando respetemos sus puntos de vista o visiones del mundo, cuando respetemos el derecho de confidencialidad, cuando evitemos cualquier tipo de coerción que pueda estar afectando la voluntad del paciente, cuando informemos sobre los procedimientos e intervenciones a realizar y solicitemos consentimiento y cuando aportemos información fidedigna sobre los beneficios y los riesgos del tratamiento. Estos dos últimos aspectos nos llevan al tema del consentimiento informado.
(Mendoza, R. 2005, p.21)

Es la compaginación de la buena práctica médica, junto con la higiene institucional y la ética que manejen todos los profesionales de la salud, lo que genera en la institución una atención excelente y garantizada. Pues si hablamos de estos tres factores, se debe recalcar que deben estar ubicados en cada área del hospital, aplicarlos simultáneamente. Desde el área de servicio al cliente, interconsultas, hospitalización, emergencias hasta cuidados intensivos, etc. sabiendo que, desde la atención al cliente hasta cuidados intensivos, cada usuario amerita atención especializada por tratarse de temas que conciernen a la salud. Por ello es de vital importancia que la calidad en la atención cuente con

estándares de excelencia y sea generalizada, es decir que, todo el personal que labora dentro del hospital tenga conocimiento y capacitación del correcto trato del usuario que acude con una demanda al hospital.

Es así que, en general, un hospital debe ser aquel espacio físico donde se desempeñen profesionales médicos y distintos funcionarios que ayuden a regularizar, mantener y preservar la salud de los distintos usuarios que requieran de sus servicios. Teniendo en consideración que cada paciente es una dependencia individual que amerita una atención personalizada y apta para sus necesidades; logrando de esta manera la conservación y prolongación del promedio de vida del ser humano y de la población. Pues con la conservación de la población, los beneficios a nivel global son diversos, entre esos y más importante, la conservación y reproducción de la especie. Por ello es necesario que, en temas de salud, las entidades pertinentes y encargadas de la administración de estos espacios posean el pleno conocimiento de cómo debe ser llevado el manejo y mantenimiento de un hospital y de su personal.

Al realizar las prácticas pre-profesionales en los distintos establecimientos hospitalarios de la ciudad de Guayaquil, los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, pudieron percatarse del manejo, administración y atención al usuario, en referencia a la salud y atención pública de las distintas casas de salud en las que desarrollaban su práctica. Con un sin número de aciertos y también sus distintas irregularidades, a la hora de acoger un sujeto, los practicantes se vieron en la necesidad de dar nombre y a hacerse un lugar en dichas instituciones, para lograr desempeñarse profesionalmente y a su vez relucir la labor del psicólogo en las distintas áreas de la salud. Personalmente tuve la oportunidad de realizar prácticas en el Hospital del IESS de los Ceibos de la ciudad de Guayaquil, donde en el lapso de cuatro meses, se logró dar un valor y nombre a la profesión como tal, siendo la primera vez que la institución abre sus puertas a practicantes universitarios.

Dicha institución, siendo prácticamente nueva en su funcionamiento, abre las puertas en convenio con la universidad ya mencionada, el presente año 2019, para acoger y dar cabida a los futuros profesionales de la salud mental, para el desempeño y realización de las prácticas pre-profesionales de la carrera de Psicología Clínica. Pues bien, como tal, el Hospital del IESS de los Ceibos se halla en ubicación del mapa, en la Av. Del Bombero – Guayaquil 090615; Ecuador. Con una amplia gama de profesionales, desde los especialistas en temas de salud, hasta el personal correspondiente administrativo, divididos y asignados en cada área del plantel para lograr el correcto funcionamiento de la institución.

En marzo de 2017 se inauguró en Guayaquil el hospital de Los Ceibos, el más grande del Ecuador hasta la fecha. Ocupa un área de 76.000 metros cuadrados (...) El hospital tiene seis torres de ocho pisos cada una y cuenta con 600 camas y 22 quirófanos. Tiene 105 consultorios y 110 sillas de diálisis (...) En su inicio, el hospital tuvo 1.626 profesionales. Montenegro, J. (2018).

Guiado por su visión y misión, en las cuales se plasma gramaticalmente una intención de atención al cliente, donde se le ofrezca a este los servicios necesarios para su cuidado, bajo estándares de calidad, principios y fines médicos que le garanticen al paciente una atención de calidad. Con el mero fin de generar comodidad y por sobre todo el respeto de su integridad como paciente y usuario de dicha institución. Y pues si hablamos de su visión, el website de la Presidencia de la República del Ecuador. (s,f) propone como visión: “Ser la organización de aseguramiento en salud preferida por las familias ecuatorianas que garantice el derecho a servicios integrales de salud oportunos, eficientes y sustentables, durante toda la vida de los asegurados, bajo los principios de solidaridad y equidad.”

Teniendo como misión la prestación de servicios a base de protección del afiliado, y brindándole los cuidados pertinentes, por medio de prestación de servicios y convenios con instituciones externas al hospital para garantizar una atención de calidad. Presidencia de la República del Ecuador. (s,f) propone la misión:

Proteger al asegurado en las contingencias de enfermedad y maternidad, con políticas, normas, reglamentos, a través de procesos de aseguramiento, compra de servicios médico-asistenciales y entrega de prestaciones de salud con calidad, oportunidad, solidaridad, eficiencia, eficacia, subsidiaridad, universalidad, equidad, suficiencia, sostenibilidad, integración, transparencia y participación. El Seguro General de Salud Individual y Familiar entrega prestaciones de salud en sus propias unidades, ubicadas en todas las provincias del país, y a través de prestadores externos que mantienen convenios con el IESS.

Como tal, la institución cuenta con diversos protocolos de intervención con el usuario afiliado; los cuales se adaptan y son utilizados en cada área del hospital, todos aquellos acordes a la atención que se brinde y a cada procedimiento que se realice. Pues los mismos, detallan un orden y de cierta manera proporcionan al personal médico y administrativo una debida organización a la hora de intervenir, con el fin de evitar negligencias y posibles fallos en la aplicación de procedimientos médicos. Dichos estatutos y manuales de intervención, son diseñados para el uso general de todo el hospital, desde el personal de limpieza, hasta las distintas autoridades que el mismo plantel acoge. Esto quiere decir que, por área, cada protocolo se encarga de hacer una integración de especialidades para lograr la atención debida y evitar irregularidades que puedan perjudicar el nombre del hospital y de sus funcionarios. Fernandez, A (2007) trabaja lo siguiente sobre el protocolo: "Así, podríamos definir protocolo como un conjunto de aplicaciones estandarizadas

desarrolladas mediante un proceso formal que incorpora la mejor evidencia científica de efectividad con asesoría experta.” (p. 2)

Esta integración de especialidades y funciones, logran una correcta interdisciplinariedad, que otorga al hospital la seguridad de procedimientos sustentables y correctamente manejados. Pues con el uso e implementación de los protocolos ya mencionados, se busca unir a los distintos profesionales en una suerte de compartir práctica y conocimientos y a su vez, repartición equitativa de responsabilidades. Pues es importante que se tenga presente las distintas funciones de cada uno y hasta dónde pueden o no intervenir, acorde a las limitaciones de cada rama. Recordemos pues que dentro de cada área se maneja una relación laboral entre médicos, asistentes de enfermería, área de salud mental, practicantes, personal administrativo, personal de limpieza, etc.

Es el trabajo en conjunto de las diversas ramas y ciencias de la salud, lo que proporciona una homeostasis en el funcionamiento institucional. Pues, cada quien cumple con un rol y una función específica que proporciona un servicio de calidad y valencia al cliente o afiliado. Evitando claramente la desorganización y mezcla de responsabilidades, a pesar de existir la posibilidad de casos excepcionales, donde más de una vez el equipo de profesionales deba cambiar su rol para lograr brindarle al paciente una atención personalizada. Y es que no es de admirar que, ante el servicio de salud pública, donde una cantidad exuberante de usuarios acude a ser atendido, un profesional deba colaborar con información de procesos, áreas, tratamientos, etc.

Según Gyarmati, esta cultura se va consolidando a lo largo de la evolución histórica de la profesión y el individuo la va adoptando durante el proceso de socialización profesional, lo cual no sólo consiste en ir agregando nuevos valores, conocimientos, actitudes, etc. Sino que a veces también consiste en abandonar muchos elementos que poseía el sujeto. Sin este

proceso sería imposible asimilar la cultura adecuada para el rol profesional. Por otra parte, la cultura permite que los miembros de una misma profesión se conviertan en un grupo de referencia importante para el individuo. De acuerdo a lo anterior los profesionales tienden a sentir un alto grado de identificación con su ocupación. (Alarcón, P y Lai, R. 2007, p. 31)

Pero en este juego de roles, en base a la experiencia vivida, se intenta en lo posible de acudir de forma correcta y respetuosa ante las distintas funciones de cada profesional. A pesar que, en ocasiones, el médico pareciese olvidar o ignorar el rol de cada miembro de las áreas; es común evidenciar cierto grado de confusión entre residentes médicos y practicantes universitarios de varias ramas. Esto incluye la falta de conocimiento y manejo de las funciones del psicólogo dentro del área de la salud, a pesar de que la relación entre dichas profesiones, vayan de la mano. Pero no todo se trata de negatividad, mientras el profesional de salud mental o en su defecto el practicante ha logrado hacer nombre y establecer las bases de su práctica. Es así que, en el área de emergencias del Hospital del IESS de los Ceibos, el personal médico posee una mejor concepción del personal psicológico y de sus funciones e intervención con el paciente, dentro de la institución.

Así es que se logra un trabajo multidisciplinario ameno y armónico entre las ramas ya mencionadas. Y pues de esta manera, al momento de tratar casos de urgencia subjetiva, se logra de forma adecuada el manejo como tal de cada contingencia y eventualidad con cada paciente. Por su lado, el equipo médico encargado de la salud biológica y fisiológica, es quien proporciona la medicación necesaria para aliviar el sufrimiento y dolor en el cuerpo. Siendo el psiquiatra quien acoge a los pacientes posteriormente del episodio de angustia, para las evaluaciones pertinentes y valoración de necesidad de medicamentos. Y es así que el cuerpo psicológico es quien vela por la atención, manejo e intervención del paciente ante episodios de urgencia subjetiva por vías de la palabra, mediado

por lo simbólico; brindando a ese cuerpo en angustia el anclaje para su sostén y emergencia subjetiva. Todo esto, mediante un trabajo de derivación a las áreas pertinentes dado al conocimiento de roles, protocolos y funciones de cada profesional de la salud.

Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a las usuarias o usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente. (MSP, 2013, p. 15)

A pesar de que el conocimiento de lo que es la urgencia subjetiva es escaso, el equipo de psicología se ha encargado de instruir al equipo médico, los aspectos que implica este tipo de episodios. Cabe destacar que, en la explicación e instrucción, lo que se trata es mediante el discurso de salud, intentar fusionar conocimientos que ayuden a una mejor comprensión; no solo de la urgencia sino también de lo que la labor del psicólogo implica. Porque en nuestro hacer profesional, resulta complejo comprender que el silencio, también es una herramienta que posibilita al sujeto emerger, o desarrollar su subjetividad de manera amplia.

En esta línea puede pensarse que, si es posible enfrentar el obstáculo técnico representado por el silencio a través de un recurso que no parece necesitar de las asociaciones, ¿por qué no utilizarlo en todas las situaciones en que la palabra resulta insuficiente? Así, el silencio se vuelve una metáfora de todos los “silencios” de la palabra¹⁵; pueden incluirse en él los sentimientos, el cuerpo, lo no simbolizado, etc. Y la

contratransferencia parece el instrumento idóneo para acceder a ellos sufriendo con ganancias a la palabra. (Leivi, B. 1995, p. 361)

Y es que no es de extrañar que, en el ámbito hospitalario, la función del psicólogo se ve tergiversada con las diversas posiciones que los médicos adoptan ante su presencia. Hay falta de entendimiento desde su figura, hasta lo que realiza y el rol que ejerce en la institución de salud.

Dentro de lo que se ha podido evidenciar y vivir en el ámbito institucional, como profesionales estamos inmersos en situaciones y demandas que no siempre resultan adecuadas para la función de un psicólogo clínico dentro de un hospital. Y es que la solicitud principal de las autoridades hacia nosotros es de contención y apaciguar a los pacientes denominados como “difíciles”, dado a las incomodidades que los mismos presentan por la mala práctica médica o casos de negligencia. Pues lo que se busca evitar son cualquier tipo de demanda y mal entendidos entre los pacientes y el personal médico, o en su defecto con el hospital. Entonces, se solicita bajo cualquier método, que el equipo de salud mental evite malversaciones e inconvenientes con la institución o médico tratante ante la falta o fallo a la hora de la atención.

Y entonces cabría pensar, si nuestra posición como miembros de la institución, nos obliga a cumplir con dichos requerimientos o, por el contrario, debemos posicionarnos del lado del paciente ante su dolor, aquellos agentes que más que mediadores, se ubiquen en la búsqueda del malestar que los aqueja, para lograr hacer con ese dolor y quitarles la angustia por las dolencias o ausencia de salud, más no por la falla médica. Fair, H. (2008) desarrolla lo siguiente sobre el discurso del analista: “Por el contrario, el propio Discurso del Analista es colocado en una posición simétrica por su analizado. En efecto, como señala Lacan, el paciente sitúa al analista en la misma posición de “sujeto supuesto a saber” que al Universitario. Un saber “total” que permitiría el acceso

a la “verdad” a través de las interpretaciones del profesional (Lacan, 2006). (p. 119)

Pero no todo se trata de confusión y mala comprensión de funciones, pues dentro de las solicitudes del equipo médico hacia quienes conformamos el área de psicología del hospital, también encontramos demandas acertadas hacia nuestra labor profesional. Entre ellas se encuentra la valoración psicológica de pacientes que no presentan conductas “comunes” para lograr derivar a psiquiatría, patologías mentales que ameritan la administración de medicamentos. Pues dentro de nuestras posibilidades, no se halla la prescripción medicinal, pero sí la examinación y análisis de casos que permitan hacer el pase de interconsulta al equipo psiquiátrico que logre estabilizar a pacientes con antecedentes mentales. Entre ellos, psicosis desencadenadas, esquizofrenias, paranoia, trastornos de depresión mayor, etc. por lo que para ellos es vital la valoración del psicólogo hasta donde clínicamente sean tratables los pacientes, para posterior a ello, solicitar intervención psiquiátrica, médica y psicológica.

Encontramos también una necesidad de intervención en casos poco manejables, donde los médicos no poseen conocimiento de cómo se debe intervenir, por ejemplo, casos de angustia o urgencias subjetivas en las que se hace un llamado al equipo de salud mental para atender a los pacientes. Se solicita el acudir del psicólogo para casos en los que se debe tramitar la muerte en pacientes que el pronóstico es negativo y nuestra función está ideada en la contención emocional y un preparativo para el deceso, ya sea al mismo paciente, como la preparación de un familiar para sobrellevar la muerte de un cercano. Acudimos para sostener y a su vez preparar a los familiares de un paciente para que acepten o declinen firmar lo que el Hospital del IESS de los Ceibos denomina “consentimiento informado”, donde se comunica que el paciente no recibirá ningún tipo de reanimación por parte de la institución, dado al estado delicado

de salud. Ahí es donde nosotros acudimos para sostener la tramitación de la muerte y el duelo.

Si el sujeto tolera pasar por el malestar que supone aceptar la pérdida, renunciando a toda esperanza de recuperación, empezará una gradual declinación del duelo y una apertura progresiva hacia nuevos objetos. En muchos casos el proceso de duelo comprende desde el momento en que se produce la pérdida hasta cuando esta es aceptada.

Pero en ocasiones el duelo puede empezar antes de la pérdida, en caso de que esta se pueda prever con cierta antelación; por ejemplo, cuando una persona sufre una enfermedad muy grave, sin posibilidades de recuperación, hay un proceso de despedida en la que la muerte se empieza a abordar antes de que esta suceda, con lo cual se inicia el duelo antes de la propia muerte. (Pelegrí, M y Romeu, M. 2011, párr. 14)

Otro de los motivos por el que se nos llama a consulta en el área de emergencias de la institución, es para lidiar con la incomodidad y malestar de los pacientes; aquellos que solicitan la intervención del psicólogo para dolencias o cualquier tipo de dolor emocional que posean. Con normalidad, se acude para la atención de pacientes que no se sienten a gusto con algún tipo de proceder médico o en su defecto para la explicación detallada de las causas y posibles consecuencias de una patología. Pues es necesario el acto de la escucha, donde se develan detalles que aportan al proceder médico, como por ejemplo el consumo de drogas, alcohol, sustancias, etc. Por ello también solicitan de nuestra participación, puesto que hay información que el paciente no devela a los médicos porque lo que esperan es la respuesta del profesional a su patología. Cabe recalcar que no toda información es revelada, puesto que se cuida la ética clínica de confidencialidad.

Confidencialidad: “lo que se hace o dice en confianza, esto es: con seguridad recíproca entre dos o más personas”. Seguridad de qué: de que cada cual conozca su deber y lo cumpla. Así se denomina al derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto. La salvaguarda de la confidencialidad es un deber de la institución, responsable de garantizar la protección de los datos frente a un mal uso o acceso injustificado a los mismos. (Delgado, M. 2013, p. 4)

Pues bien, en el medio clínico del Hospital del IESS de los Ceibos, la presencia del psicólogo si bien es requerida, también se evidencia una falta de capacitación al personal acerca de las funciones que el profesional de salud mental realiza. Hay médicos que reconocen y aceptan que es necesaria nuestra intervención ante casos que lo que necesitan es la escucha clínica y el despojo pulsional mediante la palabra. No cabe duda que a pesar de haber quienes reconocen nuestra labor, hay personal del hospital que aún no admiten y aceptan nuestra presencia en la institución. Pero como psicólogos, nos seguimos haciendo nombre y espacio por medio de nuestras intervenciones y acudir hacia el mismo personal médico; se trata de la obtención de resultados y avances clínicos que demuestran lo necesario que es el qué hacer psicológico.

Práctica Lacaniana en Instituciones.

Dentro de la práctica hospitalaria, el psicólogo clínico, se ve inmerso en distintas demandas que tanto la institución, como el equipo médico solicitan. Se trata de un medio en el que el profesional de salud mental debe acatar los pedidos alternos y a su vez, no perder la línea de sus principios éticos. Pues bien, nuestra labor, basada en la constante búsqueda de solución y alivio de las

dolencias emocionales de los pacientes dentro de una institución hospitalaria, también se ve influenciada por las solicitudes externas que llegan por parte del equipo que conforma la institución. No se trata de una relación “paciente – psicólogo”, sino que por lo contrario nos referimos a un trabajo interdisciplinario que involucra al personal de médico, cuerpo de enfermería, salud mental, etc.

Así pues, estamos inmersos en un conglomerado de solicitudes que en general lo que buscan o desean lograr, es llegar a la estabilidad del paciente, para evitar todo tipo de complicaciones. Pero, la tarea difícil, no viene del trato con el paciente, más bien se genera al momento de tratar de cubrir todas las demandas hospitalarias y médicas de la institución. Donde la meta es la contención del paciente, independientemente de la patología o lo que estuviese padeciendo en esos momentos. Pues lo que realmente importa, es que se mantenga anímicamente estable y dispuesto a colaborar con el personal médico.

Distinto a lo que regularmente se piensa del área de “emergencias” de la institución hospitalaria, en términos de urgencias subjetivas, hay que aclarar que no son recurrentes en dicho espacio. Pues es necesario saber que los casos que ingresan a diario, son tratados con el fin de estabilizar a los pacientes y brindarles toda la asistencia necesaria, evitando su deceso o cualquier tipo de eventualidad. Se habla un poco de los intereses propios del hospital y el discurso institucional que se maneja. Al tratarse de una casa de salud, el objetivo siempre será velar por el bienestar del paciente, bajo cualquier costo o acción.

Pues bien, más allá del discurso institucional que maneje el hospital y el cuerpo médico; queda en los mismos psicólogos la decisión a tomar; si se adapta o hay que acoplarse al discurso de la institución, refiriéndonos a este discurso de un gran Otro, del discurso del amo. Todo ello, en pro de la búsqueda del bienestar del enfermo que padece.

A partir de este relato de la práctica, ¿de qué forma se puede considerar que se produjo una subjetivación de las condiciones o normas que fijan la demanda en un sistema de obra social? Propongo ensayar una respuesta acorde al movimiento o giro de los discursos. El primer relevo delimitará al sujeto plenamente subsumido al discurso del amo: su demanda de “psicoterapia breve”, su cálculo respecto del tiempo se sitúa como S1 en el lugar del agente. En el extremo que le toca al otro no resultará forzado deducir que el analista se ha dejado tomar en ese lugar, como aquel que soportaría el lugar del saber (S2), trabajando para el Uno del sujeto. (La respuesta sólo aparentemente puede tomarse como simétrica a la pseudo-pregunta. Pero, la respuesta que da el analista, ¿en qué se diferencia de esta pregunta-impostura? ¿De qué estofa están hechas una y otra?). Siguiendo la trama discursiva de la experiencia, el suspenso o la detención del acto pasa a formar parte de la pregunta del sujeto: el síntoma, haciéndose causa, desplaza al S1 en el lugar del otro, produce un saber como plus de goce. (Mazza, C. 2014, p. 123)

Hablamos del discurso institucional o discurso del amo, a este Otro que viene a nosotros, con un conjunto de normas y reglamentos expresos, en un intento de lograr todo tipo de funcionamiento fluido, a pesar de que existe cualquier tipo de dificultad que puede atentar contra la integridad del nombre y del personal médico que representa el hospital. De allí que varias veces se escucha la petición de “calmar” al paciente para no dejar que este genere una queja o un reclamo por el servicio recibido, independientemente de quién haya venido la atención. En un intento de protección o respaldo, es que se solicita al psicólogo, una acción que pacifique, estabilice y por qué no mencionar, que entorpezca todo intento de queja en el paciente.

Y es que, cabría pensar que, dentro de éste medio, nos encontramos que no siempre el enfermo es escuchado por el equipo médico. Más bien, lo que con frecuencia se evidencia, es que el médico evita en lo posible el contacto con el

padecer humano; se hallan inmersos en una labor cuasi mecánica que les exige colocar a un ser humano en posición de objeto de curación, aquel cuerpo que necesita una solución ante la patología que presente. Allí no se considera al sujeto, allí en la camilla se halla un cuerpo que necesita ser asistido con precisión y rapidez. Por lo tanto, tenemos al médico, cuya meta es curar las dolencias del cuerpo, dejando de lado toda manifestación subjetiva de su paciente, es decir su sufrimiento, su malestar.

Previamente se evidenció que el discurso médico y de las instituciones que abrazan el modelo de la salud pública y el bien común, en muchas de sus intervenciones diagnósticas obturan, taponan, la división subjetiva del sujeto tratando de convertirlo en estadísticas sintomáticas y formalizaciones de listados de cómo actúa un suicida, o como es la conducta suicida y finalmente como se interviene con ella, desde el psicoanálisis y la enseñanza de Lacan se apunta a la singularidad del sujeto y lo particular de su padecimiento, no se trata de buscar una cura analítica para todos, por eso la intervención en la urgencia no responde a una lógica universal, no existe “la” intervención, sino las diferentes formas de operar de acuerdo a la experiencia y a lo que nos confronta lo real desbordado. Eric Laurent plantea: “no se trata de ofrecer la cura analítica para todos, sino de instalar un lugar de un “uso posible” para todos”. Laurent, E. citado por Prado, L. (2014, p. 35)

Entonces es allí que se da inicio a una queja, o una demanda del paciente por ser escuchado, por poder comunicarse y que haya un receptor; podríamos pensar en un cuerpo queriendo a toda costa llegar a ser sujeto, humanizarse. Pero también nos encontramos con la posición del médico como tal, quien, en su afán de precisión y rapidez, evita en lo posible el vincularse de forma subjetiva con el que padece, o con el que adolece. Es más, el evitar el dolor humano, por lo ardua de su labor, puesto que salvar vidas y maniobrar con un cuerpo en camilla, amerita precisión y evitar en lo posible caer en un margen de error que

le cueste la vida a ese sujeto que está internado. De allí que se denota la ausencia de un vínculo subjetivo entre médico – paciente.

Los últimos años parecen haber demostrado que la autonomía de los pacientes no es la panacea de todos los problemas de la relación médico paciente y que el autonomismo a ultranza conduce a paradojas tan insufribles como el propio paternalismo. Frente a ambos extremos, cada vez se ve con mayor claridad que el médico debe aportar a esta relación una beneficencia pura, exenta de cualquier tipo de paternalismo; el enfermo, por su parte, debe abandonar su anterior actitud de obediencia ciega y poner en juego los recursos de autonomía. Se sustituye el binomio por beneficencia-autonomía, con lo que la relación médico-paciente gana en madurez. (Rodríguez, M. 2008. p. 7)

Cabría preguntarse entonces, quién viene a velar por ese dolor, quién va a dar sentido a esta posición aislada que deja a un paciente como mero objeto de la medicina, donde su cuerpo pasa a ser una entidad de cuidado y de estudio, más que de sujeto. Quién vendrá a validar a ese sujeto y otorgarle la escucha que necesita, si se supone que quien debe oírlo y darle un valor a su discurso, lo coloca como una entidad de valoración. Lo coloca como ese cuerpo de ensayo que a medida que es intervenido, develará distintas respuestas ante una medicación hasta lograr su homeostasis física. Pero entonces vale preguntarse, si el enfermo solo amerita el bienestar físico o quién se encarga de su homeostasis emocional.

Podríamos pensar que, la labor del psicólogo dentro de la institución hospitalaria, en gran parte es una apuesta por ese sujeto que se halla dentro de un cuerpo. Aquel cuerpo de estudio, de revisión y no de análisis. Entonces lo que se quiere lograr, es otorgarle facultades de sujeto a esa masa colocada en una camilla. Dejarlo que emerja y que logre llegar al sentido de su dolencia,

independientemente de los motivos por los que se haya presenciado la patología. Buscamos entonces, darle voz y escuchar lo que tiene por decir ese cuerpo, llegar a develar deseo, palpar angustia o simplemente escucharlo. Rodado, J; Sanz, E y Otero, J. (2006) hablando de la clínica de la escucha refiere que: "(...) Es la herramienta para entender al paciente, aunque las circunstancias no sean propicias y la patología lo ponga difícil, permitiendo un intercambio único entre ambos." (p.288)

Entonces qué sucede con este paciente que sufre de angustia por la falta de escucha, por ver su cuerpo manipulado y examinado por una cantidad de médicos diarios que no hablan con él, más que para realizar preguntas fenoménicas del incidente o de la patología que padece. Se debe pensar, qué sucede o qué aqueja a este cuerpo enfermo, preguntarnos si en nuestra comunidad de la salud, estamos convencidos de que solo la medicación y drogas médicas son capaces de sanar cualquier dolencia. Es que acaso las dolencias emocionales no tienen importancia. Cuestionarnos si la escucha no cumple función alguna y si no es necesario lograr que ese paciente desesperado libere la angustia mediante la emergencia subjetiva.

Actualmente se define el placebo y el efecto placebo como "una sustancia o procedimiento que no tiene poder inherente para producir un efecto que es buscado o esperado. Por su parte, el efecto placebo es definido como un efecto psicológico o fisiológico, en un humano u otro animal, que es atribuible al hecho de recibir una sustancia o estar bajo un procedimiento determinado, no siendo dicho efecto adjudicable al poder inherente de la sustancia o procedimiento" (Otero, Y, Munive, J y Ayala, E, 2011. p. 113).

Y es que gran parte de la angustia generalizada del paciente, pareciese devenir de un desconocimiento. Brota de un no saber que lo aqueja y aturde de cuestionamientos que los profesionales de la salud, se

niegan a responder. Es en ese silencio, o falta de respuesta, que el paciente logra llegar a un estado de angustia tal, que puede desembocar en una urgencia subjetiva o en crisis emocionales de las cuales la institución no siempre posee un buen manejo o deseo de hacerse cargo. Y es que con los eventos del cuerpo no hay silencio que valga, porque no se trata de alguien externo, sino de un sujeto que siente su cuerpo y las dolencias del mismo.

El sufrimiento de la neurosis es un sufrimiento por no saber, por reminiscencias, represiones, por vacíos en el discurso, "lagunas mnémicas", el síntoma se presenta aquí como discurso, un discurso que habla de un saber inconsciente. Y es precisamente el síntoma lo que recupera, en lo posible, al goce. El síntoma es la única forma en la que el neurótico puede gozar,) artimaña para llegar al saber que siempre se le escapa. Quiero proponer a partir de lo anterior que el síntoma no es más que el producto de una particular relación del sujeto con el saber, es la evidencia de esa relación, que es inaccesible para el sujeto consciente y solo es posible conocerla mediante el psicoanálisis. (Cruz, A., 2006. p. 4)

Y aquel desconocimiento, dado a la falta de información por parte de la institución y su equipo, se suman los "decires de diagnóstico" de pasillo. Todas las ocasiones que el paciente en camilla se halla inmerso en conversaciones médicas que, en términos técnicos, los profesionales pasan información del paciente sin preocupación alguna de lo que se habla delante de ellos. Podríamos hablar de una falta de cuidado a la hora de compartir conocimiento o procedimientos clínicos entre profesionales, por la evidente posición de objeto que este ser posee. Lo que podría generar en el paciente como tal, angustia por el pronóstico de vida, e inclusive por desconocimiento de la gravedad de su padecer.

“La confidencialidad es el derecho del paciente o usuario a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto.” (CEAS, 2010. p. 1)

Pues bien, como método de precaución y desligamiento del médico con el paciente, nos encontramos en la práctica hospitalaria, que el cuerpo médico evita en lo posible la revelación diagnóstica de ciertas patologías. Aparentemente se trata de un tipo de protección general, donde el silencio se presta para el cuidado de la institución y de los distintos funcionarios que laboran allí. No se genera respuestas ante los cuestionamientos del enfermo y en lo posible se debe evitar, dar devoluciones diagnósticas o resultados médicos; pues mientras se logre estabilizar o tranquilizar el dolor físico, el paciente se verá desprovisto de preguntas y así el profesional se ve librado de toda responsabilidad ante el fallo diagnóstico.

En la comunicación del diagnóstico, el médico debe considerar diversos elementos, como el equilibrio psicológico del enfermo, gravedad y evolución de la enfermedad, edad del paciente, el impacto emocional que le provocará el pronóstico y el rol social que juega el enfermo dentro de su núcleo familiar (es diferente la reacción tanto del paciente como de la familia si se trata de una persona joven, si es la madre de infantes, si es el proveedor del hogar, etc.). Aunado a esto, es importante buscar el momento oportuno, siendo preferible dada su importancia, que no se dé la noticia en un día viernes o anterior a un fin de semana largo, ya que, al haber menos personal, el paciente contará con menor apoyo y se sentirá solo y desprotegido. (Hernández, J, 2007. p.183)

Dentro de ciertos procesos médicos, hemos hablado ya de la revelación diagnóstica y del develar patologías catastróficas que pueden llegar a desestabilizar el estado emocional del paciente. Pues es allí, donde la labor del psicólogo es comúnmente requerida. Son en esos momentos de sospecha de posible inestabilidad que el cuerpo médico solicita la presencia de salud mental para las distintas acciones que le provean al paciente, la calma y contención necesaria. Se genera una demanda por parte del médico tratante, y este a su vez, hace una petición especial por cada paciente y la sintomatología que este posee. Pues para lograr romper el silencio del estado de salud del sujeto que padece, el psicólogo es requerido y necesario.

Vamos entonces revelando un poco de nuestra función como psicólogos, dentro de las instituciones hospitalarias, y pues una de ellas trata de la revelación de diagnóstico y métodos de contención emocional. Entonces, el médico genera una demanda de acompañamiento al psicólogo para entrega de exámenes, resultados y pruebas realizadas al paciente; y este como tal debe acudir con información previa de la patología y metodologías de abordaje ante un posible desencadenamiento de angustia. Pero lo que se debe procurar en términos generales es la contención del paciente. Lograr una correcta asimilación y aceptación de la enfermedad o cualquier tipo de resultado.

Esa función o capacidad para percibir y recibir las ansiedades del otro, incorporarlas en nuestro interior y devolverlas (o no) a un nivel de metabolización o elaboración que favorezca más el desarrollo que las ansiedades iniciales inmodificadas (Tizón 1988). (Tizón, J. 1992, p. 602)

Pero no debemos dejar de lado el riesgo que se corre ante el acompañamiento médico, para cualquier tipo de revelación diagnóstica. Y es que, el llamado institucional, viene en gran medida por una preocupación general; las posibles repercusiones frente a una crisis de angustia. El resultado

de un desencadenamiento o un lapsus de agresividad. Pues la institución posee la esperanza de que sean momentos o eventualidades que el profesional de salud mental sepa manejar y hacerse cargo. Pareciese que dentro de la institución, el psicólogo es visto como aquel ente de calma y regulación emocional que provee a las instalaciones, la capacidad de controlar emociones irascibles o imposibles de soportar.

Entonces nos encontramos con el paciente y con el dolor que lo aqueja; ya es un hecho que nuestra labor en ese momento es hacernos cargo de ese padecer y proveerle una respuesta ante el dolor que mantiene angustiado al paciente. De allí que nuestro método de escucha, nos provee información de vital importancia para la valoración médica. Pues no se trata solo de dolencias del cuerpo, se trata de la capacidad de sostén que se logre brindar a ese sujeto que no ha logrado ser escuchado. Dejamos de lado el discurso de la institución, para darle un sentido a ese ser humano que adolece, para darle voz a ese cuerpo que a gritos pide una respuesta ante el padecer y el sufrimiento. Nuestra labor, más allá de la contención es realmente apostar por el sujeto que habita en esa entidad corpórea. Darle un nombre a su padecer, darle sentido y si es posible un resultado ante las distintas preguntas que se generan.

Los psicólogos generales sanitarios pueden atender a ese gran grupo de pacientes que acuden a los psicólogos en busca de ayuda para hacer frente a los problemas de la vida y resolver situaciones de infelicidad y malestar emocional (lo que se ha denominado antes la “patología del sufrimiento”) porque se sienten desbordados en sus estrategias de afrontamiento. De este modo, estos profesionales sanitarios pueden ofrecer orientación, consejo y apoyo psicológico a los pacientes para superar sus dificultades. (Echuburúa, E., Salaberría, S., Corral, p. y Cruz, S., 2012. p. 428)

Entonces nos encontramos, con la problemática o dilema de saber qué decisión tomar o cuál deberá ser la salida más conciliadora posible, una vía que logre dar contención y sostén al enfermo y que, a su vez, le otorgue a la institución, la tranquilidad de que dicho paciente no procederá a atentar contra la imagen del mismo hospital que lo atiende. De allí parte entonces nuestra labor dentro de la práctica hospitalaria. De una constante decisión y apuesta por el bienestar del paciente, de aquel sujeto que padece y que necesita dirigir su queja a alguien dispuesto a escucharlo.

CAPÍTULO 2

URGENCIA SUBJETIVA

Es necesario precisar lo que es una urgencia subjetiva, y para ello es importante reconocer que definiciones se encuentran variadas, dado a la basta cantidad de autores que se dedican a la investigación de la misma. A breve rasgo, se puede decir que la Urgencia Subjetiva, trata de una manifestación que atañe al cuerpo, un estado de angustia generalizada que provoca una puesta en acto. Hay una ruptura del registro simbólico, lo que concierne a la pérdida parcial o total del lenguaje. Este estallido de pulsión, se lo puede evidenciar como un desbordamiento de lo real en el sujeto, una cuasi aproximación muy cercana con el objeto, una situación que lo deja desprovisto de sentido.

A la consulta llegan sujetos angustiados, desbordados, atravesados por una urgencia. En estos sujetos, por los "accidentes de la vida", por la contingencia, se ha producido un quiebre en su existencia y claman por un retorno al estado anterior, retorno que por lógica es imposible. Lacan lo expresa así en "La dirección de la cura y los principios de su poder": "Nada más temible que decir algo que podría ser verdad. Porque podría llegar a serlo del todo, si lo fuese, y Dios sabe lo que sucede cuando algo, por ser verdad, no puede ya volver a entrar en la duda" (Jacques Lacan, 2008c).

Una vez que se ha producido un quiebre en la vida de un sujeto es *imposible* volver a un estado anterior. "Es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica" (Lacan, 2006). Será en este modo de respuesta donde se diferencie el analista del médico, ya que este último intentará devolverle a ese paciente la salud, mientras que

el analista no responderá a esa demanda, porque lo que éste demanda puede no ser para nada lo que desea. La cura es para la medicina la desaparición de los síntomas, el restablecimiento de la salud y la homeostasis, el equilibrio. En cambio, para el psicoanálisis, "tras eliminarlos, lo único aprehensible que resta de la enfermedad es la capacidad para formar nuevos síntomas" como afirma Freud en su conferencia "Los caminos de la formación de síntoma" (1978). Lacan, J. citado por Sotelo, I. (2015, pp. 96 – 97)

Como bien lo expresa Sotelo, I. en su estudio y propuesta de nuevos tratamientos de urgencias subjetivas, es este un momento en el cual el sujeto está urgido por retornar a su estado anterior de la angustia. En un tiempo lógico, se diría que desea volver a situarse previo la urgencia; a pesar de que esto no es posible una vez cursada la angustia. Lo que sí se logra por medio de la intervención analítica, es la emergencia del sujeto que ahí se halla extraviado.

Pues bien, se encuentra entonces un cuerpo en acto, se podría hablar de una puesta en escena de un cuerpo, donde la palabra no alcanza a dar sentido a su padecer. Esto refiere a un paciente carente de voluntad, en un estado de total descontrol y desesperación ante un vaciamiento que lo deja exento a cualquier significación propia. Allí no hay palabras, ahí solo hay cabida para el grito, llanto y uso de sus recursos físicos. Razón por la que se habla de una sucesión de actings - out previas a un pasaje al acto, como finalización de una urgencia mal abordada o en su defecto no asistida.

Es de este modo que llegamos a las urgencias, donde se hace cada vez más evidente la clínica del acto, las crisis nerviosas, las conductas impulsivas tales como los intentos de suicidio y diversas respuestas ante la angustia que conducen al sujeto a una sala en el servicio de emergencia del hospital general. Donde llamamos urgencias subjetivas a todas estas

situaciones que pueden ser leídas como “desbordantes” las cuales remiten a epidemias contemporáneas según el autor Mario Balaga (2002), sin embargo, la mayoría de los pacientes que ingresan no llegan por su propia voluntad, sino que son traídos por la celeridad de los familiares escenificándose la situación de urgencia. Belaga, G. parafraseado por Prado, L. (2014, p. 25)

La propuesta de varios postulados, en torno a este ser que padece, es poder aplicar la clínica de la escucha con este sujeto de la urgencia, el cual ha perdido por completo su subjetividad y netamente un ser de vacío. Pues en estas demostraciones de actos sucesivos y descontrolados, se encuentra un cuerpo carente de lenguaje. En su lugar, más allá de las acciones físicas, se halla un grito o por el contrario el completo silencio, como se tratase de un mutismo selectivo. Pues es allí donde también se interviene, en este lenguaje tergiversado, deformado o inclusive en la carencia total de este, que atañe al silencio. Para ubicar qué es lo que podría sostener al sujeto, y cuál fue el factor motivante de la angustia. Tal como lo expresa Prado, L. (2014, p. 28) “...a partir de la escucha lo que se busca es calcular en qué momento ocurre la ruptura del sujeto con la cadena significativa, es decir ubicar en el discurso o en el silencio del paciente el origen de su crisis...”

Es necesario recalcar que, en vista de la ausencia simbólica, allí no hay demanda explícita, no hay un pedido ni una posible imposición verbal de ayuda, o solución, puesto que nos referimos inclusive a la pérdida de la capacidad de desear, razón por la cual el cuerpo entra en acción y arma su escena en pro de búsqueda de entendimiento. Entonces, se encuentra como analista, en el grito, una solicitud implícita de auxilio, una petición de sentido frente a una situación insostenible, de aquello ominoso y lo que queda por fuera de la comprensión. Siendo solo el uso de lo simbólico, la única vía de abordaje viable para el sujeto que padece.

...el sujeto de la urgencia no puede resistir la violencia de la presencia de lo real desbordándose, anulando así su dimensión de sujeto, produciendo un llamado a la intervención como se mencionó anteriormente (citando a Freud), una intervención específica del analista, que apunte a la emergencia del sujeto en tanto recupere su ligadura a los recursos simbólicos. (Prado, L. 2014, p. 29)

Una vez dilucidada la urgencia, a sabiendas de que esto refiere a la caída subjetiva del sujeto, y que a su vez genera un quiebre de la cadena significativa que le arrebató la capacidad del habla, puesto que hay un borramiento del registro simbólico; como profesionales de la salud mental, se apunta solo a un objetivo, la emergencia del sujeto. Logrando esto por medio de los significantes propios del sujeto en urgencia; significantes que el analista logra rescatar mediante la escucha a su paciente. Pues es el acto de devolver u ofrecerle al sujeto aquellas palabras que le van a servir de ancla para sintomatizar, lo que va a permitir a ese cuerpo desbordado, emerger sujeto.

Bajo el postulado de que una urgencia, (no en todas) existe una ruptura con la cadena significativa por parte del sujeto, la cual lo lleva a realizar un acto, la puesta del analista no solo está en tanto escucha, sino en tanto puede realizar actos analíticos en primera instancia logrando restituir la relación con el Otro simbólico, asimismo se puntea al sujeto de la enunciación, implicando y responsabilizando al paciente en sus dichos, propiciando la emergencia de un sujeto, un sujeto del inconsciente, ahí donde los recursos significantes fueron sobrepasados por una irrupción de goce que desborda al sujeto, Lacan en la dirección de la cura y los principios de su poder dice: “el analista es aquel que apoya la demanda, no como suele decirse para frustra al sujeto, sino para que reaparezcan los significantes en que su frustración está retenida” (Lacan, 1996), en la ruptura con la cadena significativa que supone la urgencia lo que se busca

con el acto analítico es el buscar el fluir de lo paralizante del goce desbordado. (Prado, L. 2014, p. 35)

Urgencia Subjetiva en Instituciones Hospitalarias

El psicoanálisis, dentro de la psicología, no deja de generar métodos y estrategias de estudio, con la finalidad de proveer a la comunidad estudiantil, mejores alternativas de cura y acercamiento al inconsciente. Desde siempre procurando hallar el sentido del síntoma para la búsqueda correcta de las vías de la cura, siendo necesario un proceso con el tiempo preciso para certificar que el paciente pueda hacer cargo y consciencia de su malestar. Y así finalmente proceder a una rectificación en donde se palpa la salida más adecuada psicoanalíticamente hablando.

Para lograr aquello, vale destacar que ningún caso debe tratarse de la misma manera. Cada sujeto debe ser tratado con su singularidad y con las especificidades que trae a consulta, revestida de una demanda que finalmente no termina siendo el núcleo de su problemática o lo que lo está movilizando. De allí que, en reiteradas ocasiones, se escucha hablar de la clínica enfocada en el “caso a caso”. Pues cada ser humano posee una individualidad, inclusive en los problemas, más allá de las similitudes que se posea. Y para ello Berenguer, E. (2008, p. 237) dice que “En el caso por caso, hemos dilucidado la tensión entre la demanda de una orientación que se rige al terapeuta y la particular forma de no respuesta (... una respuesta distinta a la esperada) que es lo propio del psicoanálisis.” Y es en esa resolución inesperada o que no es grata para el oído del paciente, que se empiezan a desentrañar los disfraces de una demanda inicial, hacia un esbozo de lo que realmente padece el sujeto.

Pues bien, dicho aquello, hay que recabar en que el psicoanálisis es una pseudo-ciencia que no se guía de moldes o reglas exactas; no quiere decir que

se trata de un resultado desacertado o en desorden, sino más bien, es el arte de otorgar al paciente una guía hacia la cura con la particularidad que este merece y que él mismo direcciona. Porque postulados se halla en demasía desde el inicio de la teoría. Pero si a fórmulas referimos, aun no se encuentra tal para calzar de forma par, a más de un ser humano frente a una problemática similar. Y para ello Berenguer, E. (2008, p. 238) explica que "... la clínica del psicoanálisis es una clínica creacionista, que se opone a toda idea de tradición, entendida esta, no en una perspectiva histórica, sino desde el punto de vista de la estructura." Por lo que, si bien es cierto, no se usa en la clínica un formato de procesos o de pasos exactos, pero sí se consta de teorizaciones y formulaciones que guían el método o forma de llegar a la cura en el caso a caso.

Pero a lo que respecta la labor como psicoanalistas, estamos prestos a la búsqueda de que el paciente sea forjador de sus propias respuestas, es decir, de la búsqueda de lo propio, en torno a su demanda. Peses, S. (2016, p. 63) "Inmersos en una sociedad que inventa permanentemente deseos improductivos para la economía psíquica; la angustia, la ansiedad, la depresión, la abulia y la desregulación pulsional parecieran instalarse como patologías del presente." Al tratarse de un tiempo de economía en pro de respuestas y resultados inmediatos, lo que Peses, S. nos trae, es una resolución de las nuevas formas de sintomatizar que tienen en común un desemboque en el cuerpo.

Y pues, hablando de las nuevas patologías y síntomas de la actualidad, no podemos omitir el despliegue de repercusiones a nivel del cuerpo, que solo estas nos presentan. Miller, J. (2016, p. 7) expone que "El síntoma surge de la marca que excava la palabra cuando adquiere el giro del decir y produce acontecimiento en el cuerpo." Y es notable que la palabra sigue teniendo el mismo peso de siempre, el mismo impacto, dejando la misma marca en los sujetos; de allí su incidencia en el cuerpo, en los actuales momentos. Ejemplos claros los encontramos en cuerpos con cortes como método de fuga ante la angustia; cuerpos con obesidades mórbidas o en sus extremos como lo son los

casos de bulimia y anorexia donde se denota de forma clara una necesaria intervención terapéutica.

Mucho se ha indagado ya, sobre patologías conocidas, inclusive acerca de las estructuras propuestas, en inicios por Freud, y seguido por Lacan. Pero el propósito de este proyecto es indagar en las nuevas formaciones sintomáticas de la post modernidad que ahondan en la necesidad de nuevas técnicas de intervención ante las urgencias subjetivas. Por lo cual, nos compete estar al tanto del padecer en la actualidad e instruirnos adecuadamente para solventar eficazmente las nuevas formas de síntomas y angustias de nuestro entorno.

Observamos también patologías que no son tributarias de la falta, en tanto vacío que genera el deseo y la sublimación, sino ante síntomas que suponen el rechazo de la alteridad. Continuar revisando, en el marco de lo contemporáneo, los modos de sufrimiento psíquico nos permitirán, reinventándonos una vez más, mejorar nuestra intervención terapéutica. (Pesés, S. 2016. p. 63)

Se vive en una época en la que el tiempo y la meditación de procesos, se ve sobrevalorada por resultados instantáneos o soluciones inmediatas. Se perdió aún más el interés por la profundidad y la dedicación a toda situación, ya que, entre más rápido sea el resultado, más beneficios se tendrán a cambio. Y esto se denota con preponderancia cuando de la salud mental se trata, de ahí que, las urgencias subjetivas, movilizan el deseo por ahondar en ellas, y poder generar en el campo, más formas de intervención ante estas nuevas formas de desarrollo de la angustia.

Si se habla de urgencias subjetivas en las instituciones hospitalarias, cabría enfatizar que estas manifestaciones subjetivas se dan de manera

imprevista y en las diversas áreas de la institución. Es común pensar, que se trata de eventos que competen solo al área de emergencias del hospital; pero no se presenta solo en ciertos espacios o momentos. La urgencia subjetiva, como tal, carece de temporalidad y espacialidad; trata de una manifestación de quiebre y desestabilidad que el sujeto vive y que a su vez amerita el abordaje profesional que proporcione a este sujeto desbordado, las herramientas necesarias para que logre emerger sujeto y que se evite en lo posible un acting-out o en última instancia, un pasaje al acto.

En todos los casos se presentan, podríamos decirlo así, diferentes manifestaciones de la urgencia: consultas al borde de la desesperación, crisis de violencia, intentos de suicidio, parecen mostrar en cada oportunidad algo que remite a “la experiencia inaugural del psicoanálisis, aquello que Freud descubrió: que hay otro cuerpo... Un cuerpo que habla en un lenguaje que necesita de otro para descifrarlo”. (Rodrigo, M. 2004, p. 147)

Pues bien, queda por sentado que inclusive, al habar de urgencia, no se puede generalizar a la misma como tal. Ya que no se habla de manifestaciones repetitivas o sucesos similares entre un sujeto y otro; cada presentación de la misma, se da de forma única y jamás será objeto de sucesión y repetición, inclusive si se habla del mismo sujeto.

En la institución hospitalaria, las manifestaciones de urgencias subjetivas, pueden ser desarrolladas tanto dentro del centro, como fuera de este; con ello se refiere a que un sujeto puede llegar en urgencia, según el impacto de los sucesos traumáticos experimentados o a su vez, la experiencia de trauma puede ser producida en el mismo hospital. Y es que este desbalance subjetivo, no es algo que amerite de incidentes específicos, por el contrario, se presentan en el sujeto de manera particular y según cómo este se haga cargo de las

distintas eventualidades en su diario vivir. Por ende, la urgencia debe ser vista de forma singular y no general, hablaríamos del caso a caso y sus particularidades.

Vale destacar lo que una urgencia subjetiva implica, y es un sujeto en completa falta, un fantasma movilizado sin recursos de enganche hacia su realidad. Son momentos de quiebre en el que este supone un vaciamiento que lo despoja inclusive del recurso de la palabra. Se puede entonces evidenciar que ni siquiera es posible dar una significación a la angustia o al vaciamiento por el que está pasando. Lo peligroso allí es no poder realizar una correcta intervención que lo reconstruya y lo devuelva sujeto, pudiendo en extremo llegar al suicidio. Para lo que Garmendia, J. (2012. p. 14) indica que:

Los psicoanalistas no tenemos un tratamiento específico contra el suicidio, pero sí contamos con un tratamiento que llama a la vida (...) al despertar de un sujeto, que se sabe en falta, que sabe que la vida es una vida desmochada producto de la elección forzada, pero sabe también que tiene derecho a elegir la vida que desea vivir. Si la vida es algo que nos es dado, el modo de habitarla es nuestra responsabilidad. Que cada uno habite esta vida según su deseo, sin el peso del Ideal ni la liviandad de la melancolía.

Se habla entonces de Urgencia Subjetiva al momento preciso en que el ser humano posee una necesidad de intervención inmediata; momento en el que no sirve de efecto un trabajo de resultados a largo plazo, sino que debe ser de manera rápida y concisa. Es pues el acudimiento del paciente hacia el terapeuta, por un tiempo determinado, al menos hasta que la angustia de lo que lo aqueja haya culminado. Por lo cual, no hay cabida a sesiones recurrentes o la opción de un psicodiagnóstico. Bassols, M. (2006, p. 2) expone:

El sujeto de nuestro tiempo demanda el efecto terapéutico rápido, es decir que no haya espera entre la causa y el efecto: es lo que recibimos generalmente como urgencia subjetiva. Desde Lacan sabemos que el efecto del lenguaje introduce una causa en el sujeto que no es causa de sí mismo, en la hiancia, en la división subjetiva. Por lo tanto, si la causa es del inconsciente, demandar la no espera es imposible, lo cual permite entender de otro modo por qué Freud planteaba que el efecto terapéutico es por añadidura.

Pero en gran parte, la razón de esta situación, es la época por la que estamos viviendo; la modernidad como causa de cambios, avances y nuevas modalidades de goce ante distintos aspectos de la vida humana. Es pues en un intento de rapidez y eficacia, que se ha dejado de lado el tiempo, la premeditación e inclusive los nexos sociales que se construían con anterioridad. No quiere decir esto, que las nuevas formas de lazo social, economía, política y cotidianidad, sean negativas. Por el contrario, como en toda era, existe una razón y un avance para la sociedad. Pero si a problemáticas nos referimos, es necesario saber que incluso las angustias y necesidad de cura, demandan poco tiempo, eficacia y sobretodo la rapidez.

Se puede mencionar entonces que vivimos en una era de inmediatez, de facilidades por medio de la eliminación de métodos y procesos que solo dan largas al resultado. Una forma de des-complicar las cosas, sabiendo que lo que se desea obtener no es un resultado superficial, sino certificado de efectividad. Propiamente lo menciona Z, Bauman. (2015) donde propone una sociedad líquida, y expone que:

En la actualidad, las pautas y configuraciones ya no están “determinadas”, y no resultan “autoevidentes” de ningún modo; hay demasiadas, chocan entre sí y sus mandatos se contradicen, de manera que cada una de esas

pautas y configuraciones ha sido despojada de su poder coercitivo o estimulante. (...) El poder de licuefacción se ha desplazado del “sistema” a la “sociedad”, de la “política” a las “políticas de vida” ... o ha descendido del “macronivel” al “micronivel” de la cohabitación social.

Como resultado, la nuestra es una versión privatizada de la modernidad, en la que el peso de la construcción de pautas y la responsabilidad del fracaso caen primordialmente sobre los hombros del individuo. La licuefacción debe aplicarse ahora a las pautas de dependencia e interacción, porque les ha tocado el turno. Esas pautas son maleables hasta un punto jamás experimentado ni imaginado por las generaciones anteriores, ya que, como todos los fluidos, no conservan mucho tiempo su forma. Darles forma es más fácil que mantenerlas en forma. Los sólidos son moldeados una sola vez. Mantener la forma de los fluidos requiere muchísima atención, vigilancia constante y un esfuerzo perpetuo... e incluso en ese caso el éxito no es, ni mucho menos, previsible.

En referencia a lo mencionado por Bauman, se puede hablar de sociedades con una historia pasajera, donde el liquidizar, metafóricamente implica agilitar el ritmo de hacer o resultar. Se habla de una época donde ya no solo se buscan métodos inmediatos a nivel político y de sistema, sino que ha llegado a las sociedades, políticas de vida (formas de vida) y podríamos incluir la liquidización del tiempo de síntomas o malestar de los sujetos. De allí la facilidad de hacer líquido todo lo sólido, porque es más rápido diluir, que mantener el estado de las cosas; así mismo con las sociedades en macro o micro estatus, es más sencillo generar cambios que simplifiquen relaciones, aminorasen tiempo de cura, disminuyan en todo sentido un proceso para seguir con el ritmo de vida sin prosa.

Se podría hablar de este, como un proyecto sostenible para las nuevas generaciones de terapeutas, que se enfrentan ante una sociedad “moderna” que lo que busca es la rapidez en todo tipo de aspectos. De ahí que la urgencia subjetiva, deviene de situaciones insostenibles para el ser humano, a causa de presión en diversos ámbitos (familiar, laboral, escolar, social, económica, etc.), lo que impide desarrollarse con normalidad en sus actividades cotidianas. Y es allí cuando la intervención psicológica breve, es necesaria; podría llamársela una intervención de urgencias subjetivas. Garmendia, J. (2012, p. 5) alega que “Únicamente la presión de su entorno, en muchos casos bajo forma de amenaza y apoyándose en un momento crítico, hará que estos pacientes consientan en acudir a un servicio de urgencia.” Por ende, no es de sorpresa que los sujetos, solo en momentos de angustia, es donde acuden a un servicio de apoyo psicológico; pues nos encontramos con sujetos vacíos sin posibilidad de significación.

Es en este sentido que el servicio de emergencias recibe a una exuberante cantidad de pacientes, en tanto los que nos conciernen podemos ubicarlos de diversos tipos entre los cuales encontramos: crisis de angustia, ataques de pánico, psicosis, intoxicaciones e intentos de suicidio, todos ellos productos de lo insoportable del goce Otro y la carencia o ausencia de la mediación de la palabra. Más adelante veremos cómo nuestra intervención no solo tiene que ver con esta condición rapidez, sino en relación a los tiempos lógicos característicos del sujeto, de esta manera desde la teoría analítica la defeción de urgencia no solo comprende el llamado desesperado de un paciente, sino también la urgencia subjetiva comprende algo más allá, que está en relación a una pobreza significativa la cual no permite el libre fluir de la cadena.

Ante el surgimiento de la contingencia, nuestra clínica se torna exigente, cuidadosa y al mismo tiempo comprometida. En este sentido somos llamados a intervenir cuando existe algo que escapa por fuera del saber

médico, también cuando ocurre algo que le resulta complicado maniobrar o simplemente hay una ausencia de respuesta de su parte ante ese tipo de contrariedades. En este sentido es importante recalcar que la intervención analítica tiene que operar tanto con la prisa, pero también con la pausa, entendiendo también una urgencia subjetiva no solo por la condición del grito y del acto, sino también por el excesivo silencio del sujeto. (Prado, L. 2014, p. 33)

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

Planteamiento del Problema de Investigación

La presente investigación, busca indagar acerca del manejo de la subjetividad de los pacientes, del área de Emergencias del Hospital del IESS de los Ceibos. Sabiendo pues que se trata de un área donde el manejo médico se especializa en un paradigma mecanicista, en el que se trata con cuerpos, más que sujetos. De allí el deseo por investigar el abordaje de las urgencias subjetivas por parte del equipo médico.

Preguntas de Investigación.

Dentro de la redacción de todo trabajo de investigación, es necesario realizar preguntas de investigación, que, bajo la guía de objetivos impiden que el investigador pierda el hilo de su trabajo. Tal como lo menciona Hernández, R. (2014):

Ahora bien, casi todos los estudios se plantean varias preguntas de investigación o una pregunta de la cual se derivan diversas proposiciones (desde luego, como se mencionó en el capítulo anterior, evitando una dispersión incoherente). En estos casos, el marco teórico también se fundamentaría en los estudios anteriores que se refieren a tales proposiciones. Los estudios se comentan y se van relacionando unos con otros, de acuerdo con un criterio coherente (cronológicamente, por cada proposición o por las variables del estudio). En ocasiones se entrelazan las proposiciones de manera lógica para postular, en forma tentativa, una teoría (...). (Pp. 72 - 73)

¿Qué es y cómo se identifica una urgencia subjetiva?

¿por qué se produce una urgencia subjetiva?

Establecer el manejo y abordaje de la urgencia subjetiva.

¿Cuáles serían las posibles propuestas para el manejo y abordaje idóneo de una urgencia subjetiva?

OBJETIVOS

General:

Analizar, en el área de emergencias del Hospital del IESS de los Ceibos, el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas, para plantear posibles estrategias de intervención y atención al sujeto / usuario, desde el enfoque psicoanalítico.

Específicos:

- Caracterizar la urgencia subjetiva en instituciones hospitalarias, y el hospital como institución, mediante revisiones bibliográficas.
- Identificar el abordaje y manejo de la urgencia subjetiva en el área de emergencias del Hospital del IESS de los Ceibos, por medio de entrevistas semi-dirigidas a profesionales del área.
- Plantear posibles estrategias de atención al sujeto/usuario que permita un manejo y abordaje de urgencia subjetiva en el área de emergencias del Hospital del IESS de los Ceibos.

Muestra

Dentro de la metodología de investigación, se plantea el trabajo con instrumentos de investigación que arrojarán datos de importancia para el planteamiento de posibles estrategias para el abordaje y manejo de urgencias subjetivas en el área de emergencias del Hospital del IESS de los Ceibos. Datos que se precisa obtener de la institución donde se realizó las prácticas pre-profesionales en torno a la carrera. Por lo cual es necesario obtener una muestra y a la vez formular de forma adecuada todos los dispositivos cualitativos a usar para el proceso de investigación.

Al referirnos a urgencias subjetivas y la intervención ante ella, dentro de la institución, se tiene como actores principales a los médicos y auxiliares de enfermería, quienes tratan este tipo de casos. Motivo por el que se plantea, sean ambos elegidos para el desarrollo del proceso investigativo. Habiendo definido los actores de la población a investigar, se procede a la elección de la muestra que detallará la información pertinente para el proyecto de investigación. A sabiendas de que:

Como vimos, en los estudios cualitativos el tamaño de muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia. Lo que se busca en la indagación cualitativa es profundidad. Nos conciernen casos o unidades (participantes, organizaciones, manifestaciones humanas, eventos, animales, hechos, etc.) que nos ayuden a entender el fenómeno de estudio y a responder a las preguntas de investigación. (Hernández, R. 2014, p. 384).

En este caso, se trata del personal médico conformado por dos profesionales que conforman las áreas de Observación Pediátrica, Observación Mujeres y Observación Hombres, de Emergencias del Hospital del IESS de los Ceibos. Con el fin de recoger el grado de conocimiento acerca de lo que implica una urgencia subjetiva, para el planteamiento de nuevas formas de abordaje. Por lo que se decide obtener una muestra no probabilística, a lo que Hernández, R. (2014, p. 176) expone que

... en la indagación cualitativa el tamaño de muestra no se fija a priori (antes de la recolección de los datos), sino que se establece un tipo de unidad de análisis y a veces se perfila un número aproximado de casos, pero la muestra final se conoce cuando las nuevas unidades que se añaden ya no aportan información o datos novedosos (“saturación de categorías”), aun cuando agreguemos casos extremos. Aunque diversos autores recomiendan ciertos tamaños mínimos de muestras (número de unidades o casos) para diversos estudios cualitativos (véase la tabla 13.1), no hay parámetros definidos ni precisos. (Neuman, 2009. Citado por Hernández, R. 2014, p. 385).

Al ser una investigación guiada por el método cualitativo, la muestra que se escogió para el presente trabajo, es la ‘Muestra de expertos’ dado a que su finalidad se acopla al objetivo de la investigación. Como Hernández, R. (2018, p. 387) expone “En ciertos estudios es necesaria la opinión de expertos en un tema. Estas muestras son frecuentes en estudios cualitativos y exploratorios para generar hipótesis más precisas o la materia prima del diseño de cuestionarios.” Por lo que se ha decidido trabajar en el personal de salud del hospital, ya que en base a su experiencia y conocimiento proporcionarán información necesaria para lograr darle una mejora al abordaje de las urgencias subjetivas. Tanto médicos, como auxiliares de enfermería, son los que más adelante, garanticen un servicio de calidad a los usuarios y pacientes del hospital.

Técnicas de Recolección de Datos.

Como en el desarrollo del presente proyecto se trabaja bajo un marco cualitativo, se plantea el uso de instrumentos de recolección de datos. Dispositivos que facilitan la obtención de datos que le darán al investigador la cantidad de información necesaria para sustentar una hipótesis. Por ende, bajo la modalidad trabajada se procede a la elección de encuestas y entrevistas, para administrar dentro de la institución. En las que se encuentran cuestionamientos referentes a la urgencia subjetiva y sin dejar de lado que ambas, son respondidos por el equipo de planta de tres áreas destinadas; Observación Pediátrica, Observación Hombres y Observación Mujeres de Emergencias del Hospital del Norte del IESS de los Ceibos.

Encuesta

La encuesta, como instrumento recolector de datos, consiste en un banco de preguntas, que:

En fenómenos sociales, tal vez el instrumento más utilizado para recolectar los datos es el cuestionario. Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir (...). Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis (...). Los cuestionarios se utilizan en encuestas de todo tipo. (Chasteauneuf & Brace, citados por Hernández, R. 2014, p. 217).

Para la presente investigación se consideró en un total de once reactivos, donde 2 son abiertos y los 9 restantes son preguntas cerradas. Para la toma de este material, se dispone de la misma disponibilidad de tiempo, pero se logra realizar el total de encuestas planificadas. Se puede decir incluso que la toma de este

material, se dio con más eficacia y rapidez, por tratarse de reactivos con respuesta de opción múltiple.

Entrevista

Hernández define la función de la entrevista como:

En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (...). Las entrevistas se dividen en estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas (...). En las primeras, el entrevistador realiza su labor siguiendo una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe qué cuestiones se preguntarán y en qué orden). (Janesick; Ryen, Grinnell & Unrau citado por Hernandez, R. 2014, p. 403)

Se inicia dando paso a la entrevista, la cual cuenta con un total de cinco preguntas abiertas, que debieron ser respondidas netamente por el entrevistado, bajo supervisión de quien suministra el material. Se trató de una entrevista estructurada en la que la dinámica consistía en un banco de preguntas ya preparado. Cabe indicar que por motivos laborales y de espacio; entendiendo que “emergencias” es un área transitada y de acción rápida por parte de los médicos y el resto de equipos, los instrumentos de recolección eran respondidos de forma intermitente. Esto quiere decir que en los espacios donde el médico tenía disponibilidad, se procedía a la toma y entrevista del profesional de salud.

Forma de Análisis de Datos.

Para el análisis de la información recogida con la investigación e implementación de los distintos instrumentos de recolección de datos, se recurrió a la tabulación de respuestas obtenidas en las encuestas, para poder compararlas con el análisis de las entrevistas y evidenciar la consistencia de las respuestas obtenidas. Por lo que, mediante Microsoft Excel, se tabulan tanto encuestas, como entrevistas, evidenciando en gráficos los resultados de cada pregunta y comparándolas para una conclusión de resultados.

En la mayoría de los estudios cualitativos se codifican los datos para tener una descripción más completa de éstos, se resumen, se elimina la información irrelevante y se realizan análisis cuantitativos elementales; finalmente, se trata de entender mejor el material analizado. La codificación tiene dos planos o niveles: en el primero (codificación abierta), se codifican las unidades (datos en bruto) en categorías; en el segundo, se comparan las categorías entre sí para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones. (Saldaña, Matthew y Price; Wicks; y Miles y Huberman, 1994. Citados por Hernández, R. p. 426).

Pues bien, posterior al análisis individual de cada instrumento de recolección de datos, se procede al estudio y comparación de información. El fin de la administración de ambas herramientas, es poder recoger una respuesta que brinde información de aquello que falta por hacer en el Hospital del IESS de los Ceibos, referente al conocimiento e intervención de la urgencia subjetiva, en rasgos generales. Ya que con dicha averiguación se procede a la formulación de nuevas estrategias y formas de abordaje de las urgencias subjetivas. Un aporte que solo se logra con la obtención final de resultados del análisis tanto de encuestas, como de entrevistas tomadas.

CAPÍTULO 4

INTERPRETACIÓN GENERAL DE RESULTADOS DE AMBOS DISPOSITIVOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Pues bien, partiendo desde el notable desconocimiento de lo que concierne a una urgencia subjetiva, a sabiendas de que son casos que se han evidenciado en el área de Emergencias del Hospital del IESS de los Ceibos, donde la tramitación con la muerte y demás contingencias, son eventualidades de todos los días. Hay una concordancia en que la mayoría no conoce con exactitud este tipo de casos, el quiebre subjetivo de un sujeto. Ya sea porque no hubo un aprendizaje previo al ámbito laboral o porque no se recibió una instrucción como tal de lo que implica la subjetividad de un paciente. Por ende, nos encontramos con profesionales de la salud que ignoran el hecho de tratar con un sujeto en camilla, pues siguen viendo una masa de carne que amerita tratamiento y procesos médicos donde el fármaco es la solución principal. Lo que hace pensar acerca de un conformismo con lo ya aprendido en su vida académica previa, y en la preparación diaria en la vida del médico, una forma de sentirse a gusto con lo que se sabe y abordar con los propios conocimientos.

Es también notable, que con la explicación que se da a cada personal de la institución, logran reconocer de forma total que han sido testigos de este tipo de casos en las áreas estudiadas. Es decir que a pesar de no tener claro a nivel conceptual lo que es una urgencia subjetiva, reconocen que hay eventos de angustia y demostraciones mediante el cuerpo que no dotan de un padecimiento psíquico leve, por el contrario, admiten que hay casos que rayan en lo incontrolable y difíciles de contener. En su mayoría expresan la similitud de casos, ya sea por gritos, pérdida de lenguaje, uso del cuerpo y agresividad e inclusive pérdida del sentido de orientación temporal y espacial. Pero esto se hace posible por tratarse de casos aislados que no se dan con normalidad. De

allí que la forma de abordar es mediante los recursos de alcance, ya sea uso de fármacos, sedantes, llamados al médico tratante o a psicología.

Lo que sí es posible palpar es el malestar por no haber protocolos de acción ante este tipo de eventualidades. Se trata de una preocupación generalizada, en la que expresan los profesionales, que el desconocimiento de intervención entorpece y dificulta la aproximación y contención eficaz de este paciente que subjetivamente padece. Motivo por el que existe una carencia en el abordaje de estos sujetos, porque no deja de ser asuntos que movilizan a quien se encuentra del otro lado de la urgencia, en la posición del deber hacer frente al desconocer. Por ello es que se cae en el error de dar diagnósticos precipitados o negligencias médicas a la hora de tratar con el paciente que cursa un episodio de angustia generalizada. Así es que en su mayoría hacen hincapié en la necesidad de que haya un aumento del personal de psicología.

En lo que concierne a intervenciones por parte de los actores entrevistados y encuestados, se logró encontrar que en su mayoría concluyen en que es necesario evaluar al paciente para sacar del panorama alguna afectación a nivel orgánico neurológico. Es decir que esto refiere a una acción de descarte en la que básicamente el área orgánica es la primera que se debe eliminar de sospechas, para pasar al ámbito emocional o subjetiva. Pues solo descartando aquellos daños, se plantea la necesidad de hacer un llamado al área de salud mental, que concierne a psicólogos y psiquiatras, dependiendo la opinión del médico en temas de gravedad. Se pone en evidencia inclusive que, ante el desconocimiento ya mencionado del proceder ante una urgencia, hay profesionales que recurre al llamado del personal de seguridad en un intento de salvaguardar a quienes conforman la institución que los representa.

Lo que causa interés y curiosidad, es la notable preocupación por encontrar soluciones y la variedad de propuestas que el personal de la institución

propone para el mejor manejo de estos casos. Y es que más allá del reconocer que son eventualidades necesarias de conocer, están próximos a la valoración de la subjetividad de los pacientes, ya hay allí un lugar, un nombre de este padecer que no solo deviene del cuerpo. Salen a flote propuestas como la intervención vía al diálogo, en la consideran ellos pueden intervenir mediante la palabra para lograr contener al sujeto. Solicitan capacitaciones y creación de protocolos que ayuden a la eficacia de abordaje; seguido de una petición especial y repetitiva de la necesidad de más presencia de psicólogos en las distintas áreas. A pesar de que ambos profesionales, no logran dejar de lado el uso de fármacos que va de la mano con el qué hacer médico.

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS ENTREVISTAS.

1. ¿Conoce qué es la urgencia subjetiva?

En cuanto a entrevistas, se generan compilaciones de respuestas en las cuales se obtuvo como resultado que el 67% de profesionales no conoce con exactitud lo que es una urgencia subjetiva; el 17% propone que las urgencias conciernen a lo subjetivo, sentimientos de angustia e intranquilidad. Mientras que un 8% comenta que se trata de un estado de agitación por cuadros patológicos y así mismo el 8% restante expone que es una urgencia sentida en el paciente.

2. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. ¿Podría decir si ha evidenciado estos episodios en el área que labora?

Ante lo expuesto en las entrevistas por quien administra el dispositivo, el 100% de profesionales afirma haber evidenciado casos de urgencia subjetiva, a pesar de no tener un pleno conocimiento como tal de lo que esta implica.

3. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva a la semana?

El total de encuestados se reparte en un 50% que afirma, han palpado una urgencia subjetiva una vez por semana; un 33% comenta vivenciar episodios de urgencia al menos 2 veces por semana y un 17% expone que de cuatro a cinco veces en la semana se presentan este tipo de casos.

4. ¿Existen protocolos de atención para este tipo de eventualidades; y en caso de haberlo, ¿puede describirlo? Si no existiese protocolo de intervención, ¿cómo se procede ante estos casos?

El conjunto del 67% del equipo médico comenta que no tienen conocimiento acerca de la existencia de protocolos de acción ante la presencia de una urgencia subjetiva. Un 25% expone con seguridad, que no existen guías ni protocolos de acción ante estos casos. Y por su parte un 8% mencionan que proceden a hacer un llamado al psicólogo de área y a salud mental, incluyendo psiquiatría.

5. ¿Qué considera usted que podría mejorar o en su defecto, cambiar para la intervención de este tipo de casos?

Para la mejora de abordaje o intervención de las urgencias subjetivas, el equipo en general reparte su pensar de la siguiente manera: 42% propone protocolos de acción y capacitación al personal del Hospital del IESS de los Ceibos; otro 42% expone la necesidad de aumento de personal de salud mental en cada área trabajada, especialmente un pedido de mayor afluencia de psicólogos para tratar estos casos y demás presentaciones subjetivas. Mientras que el 8% menciona que se debe llamar a seguridad puesto que se evidencian casos de agresividad que atentan contra el personal médico, así mismo el 8% restante opina que no se debe hacer nada, ya que es suficiente con lo que actualmente se realiza; una intervención en vías de lo posible y con los recursos actuales de la institución.

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LAS ENCUESTAS.

1. ¿Ha escuchado del término urgencia subjetiva?

Frente al cuestionamiento presentado, se arrojan los siguientes resultados:

- Sí. 25%
- No. 75%

Datos en los que se confirma que la gran mayoría de la población estudiada, no posee conocimiento de los que es una urgencia subjetiva. Mientras que hay una minoría del 25% que asegura tener el conocimiento de aquella.

2. Si la respuesta anterior, es (NO) ¿Cómo denominaría a la condición en la cual, los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc.?

Referente a la segunda pregunta, se obtiene que un 67% de la población, asegura que los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc. padecen de una crisis de ansiedad. Por otro lado, el 11% de encuestados expresa que se trata de una crisis distónica, otro 11% expone que es una crisis nerviosa y el otro 11% afirma tratar de crisis de angustia. Lo que nos lleva a pensar que, en general, la población no maneja el término "urgencia subjetiva".

3. Si la respuesta a la primera pregunta es (SI), ¿Por medio de quién escuchó el término urgencia subjetiva?

En las resoluciones de la pregunta, se logra evidenciar que 67% del personal encuestado, tiene un conocimiento de urgencia subjetiva por medio del uso de internet. Por otro lado, el 33% restantes, comenta haber conocido de esta terminología dado al equipo de psicólogos de la institución. Lo que deja

evidenciar que son conocimientos adquiridos en base a la experiencia, más no de forma guiada (universidades, instituciones de formación).

4. ¿Ha evidenciado casos de urgencia subjetiva en su área?

En base a los resultados de la pregunta, donde:

- Sí. 100%
- No. 0%

Claramente se puede evidenciar que después de la explicación de lo que una urgencia subjetiva implica, la muestra total llegó a la conclusión de que han presenciado un episodio de urgencia subjetiva en su área.

5. Si la respuesta es (SÍ), ¿cómo se manifestó la urgencia subjetiva?

Se puede ver que el 100% de la muestra obtenida, posterior a la información administrada y la clasificación de preguntas; concuerdan que la urgencia subjetiva se manifiesta por medio de: gritos, crisis de angustia, ausencia de lenguaje, uso del cuerpo (golpes, destrozo), falta de control de impulsos, falta de oxígeno.

6. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva?

En base al corto conocimiento de lo que es una urgencia subjetiva, es notable que el nivel de reconocimiento de la misma, es variado de acuerdo al profesional. Por ello, se logra ver que un 58% del personal de salud, certifica haber presenciado estos casos de 1 a 5 ocasiones a nivel de trabajo en el Hospital del IESS de los Ceibos; un 25% reconoce que se ha evidenciado de 5 a 10 casos, y solo un 17% asegura que los casos de urgencia fueron experimentados de 10 veces en adelante.

7. ¿Cómo es o sería su abordaje frente a un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva?

Pues bien, en un 33% se obtuvo el resultado de que el modo de intervención vendría por el lado de hablar con el paciente y tranquilizarlo, esto es, sin conocimiento previo y a pesar de las demostraciones propias de la urgencia (gritos, agresividad, golpes, etc.). Un 25% de encuestados comenta que cabría acudir con el médico de planta para la administración de sedantes y medicamentos al paciente; nuevamente siguiendo esta línea mecanicista donde se sigue pensando que se trata con cuerpos, más que la subjetividad del paciente. Así mismo, el otro 25% de la de vela que lo pertinente es hacer un llamado o interconsultar al área de salud mental (psicología y psiquiatría) para el control de estos casos. Y pues el 17% faltantes de la población, propone que de forma inicial debe haber un descarte de daño neuropático o fisiológico.

8. ¿Cómo considera a la urgencia subjetiva?

Los resultados arrojan que el 50% de la población evaluada, opina que la urgencia subjetiva es una crisis de angustia generalizada; por otro lado, le sigue en un 33% los profesionales que lo toman como un estado de descontrol por la ausencia de medicina. Quedando en un 9% de encuestados, los que proponen que la urgencia, es una exageración del paciente, merece preocupación, pero no deja de ser una demostración donde solo se quiere llamar la atención. Y en un 8% concuerdan que se trata de la pérdida de sentido y orientación, acompañado del irrespeto hacia el equipo médico.

9. ¿Por qué cree usted que se genera una urgencia subjetiva?

En el análisis de resultados, se obtiene que un 50% de la muestra cree que la urgencia subjetiva, se genera por la pérdida de sentido ante cualquier eventualidad, independientemente de la situación, que afecta de manera generalizada al paciente. Por otro lado, un 33% considera que se da por

impactos de gravedad en incidentes de cualquier índice. Y el 17% restantes opina que deviene por noticias de posible deceso o enfermedades catastróficas. Dejando de lado la opción de una mala práctica médica, donde no hubo la elección de dicha opción.

10. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. qué método propondría para el correcto abordaje de estos episodios.

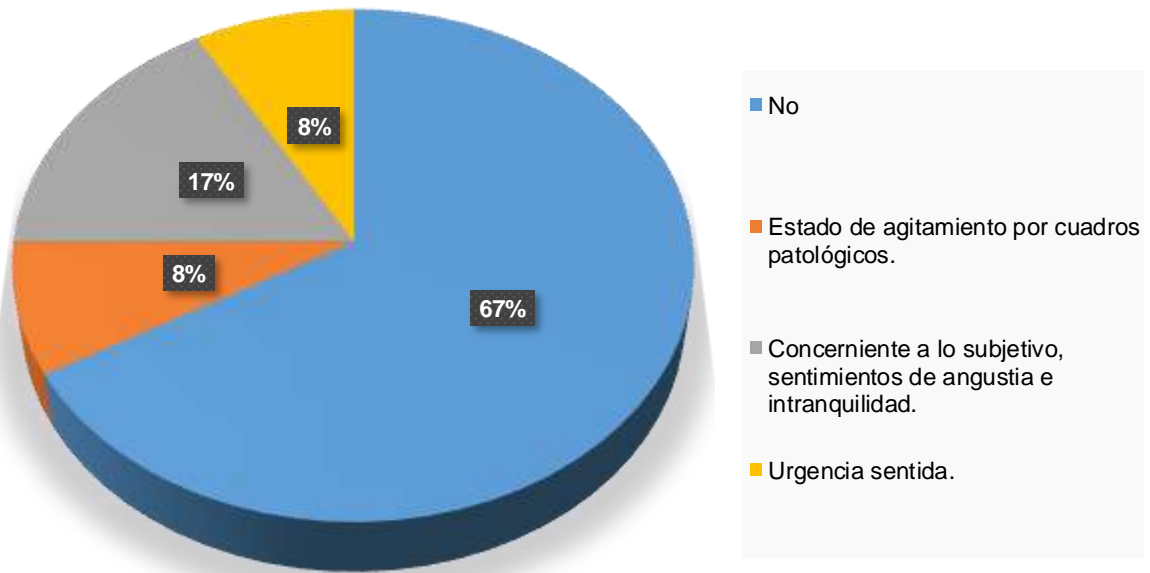
Se demuestra que un 33% de los encuestados opina que se debería acudir a psicología y a psiquiatría para la intervención de casos de urgencia; así un 42% expone que se debería hablar con el paciente, intervenir con la palabra para intentar estabilizarlo. Mientras que en un 8,3% opina que se debe hablar con los familiares del paciente, ya que ellos son los más indicados para poder calmarlo; un 8,3% expone que deben realizarse capacitaciones y guías para el manejo y abordaje de estos casos. Y el 8,3% faltante piensa que debe proponerse un trabajo multidisciplinario entre médicos, auxiliares de enfermería y el área de salud mental para el abordaje de las urgencias.

11. En una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta, indique el grado de importancia y necesidad de conocimiento del correcto abordaje urgencias subjetivas por parte del equipo médico y personal del Hospital.

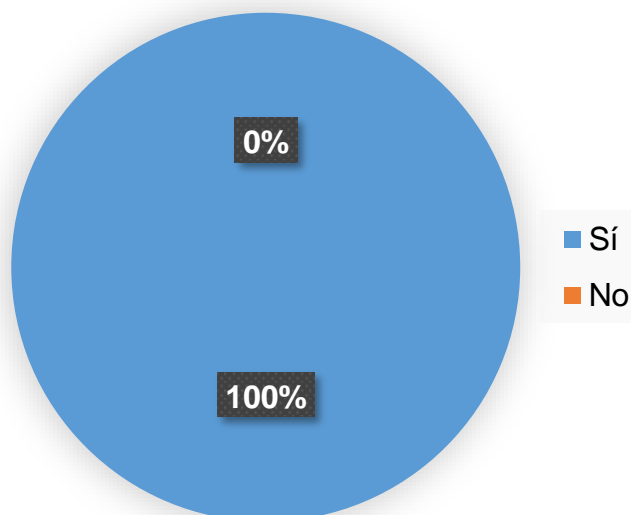
Se logra palpar que, para el personal de salud, el conocimiento de lo que implica una urgencia subjetiva y su correcto abordaje es de importancia; obteniendo un 58% de encuestados que propone la opción 5, equivalente a “gran importancia” y un 42% restante que apuesta por la opción 4 que evidencia “importancia” ante la necesidad de aprehensión de urgencias subjetivas.

INFORMACIÓN OBTENIDA EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS MEDIANTE ENTREVISTAS.

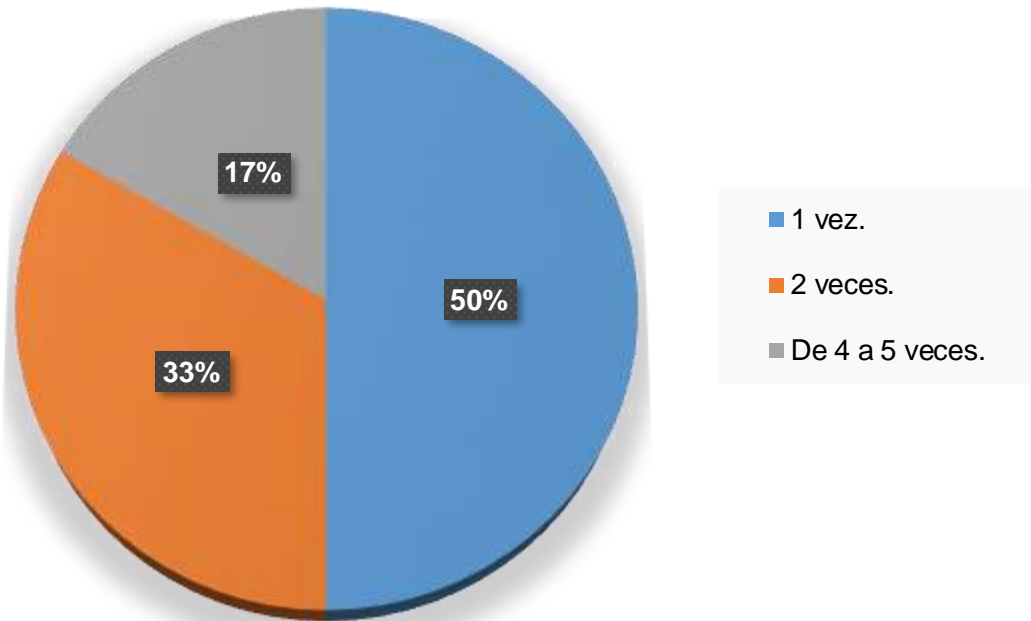
1. ¿Conoce qué es la urgencia subjetiva?



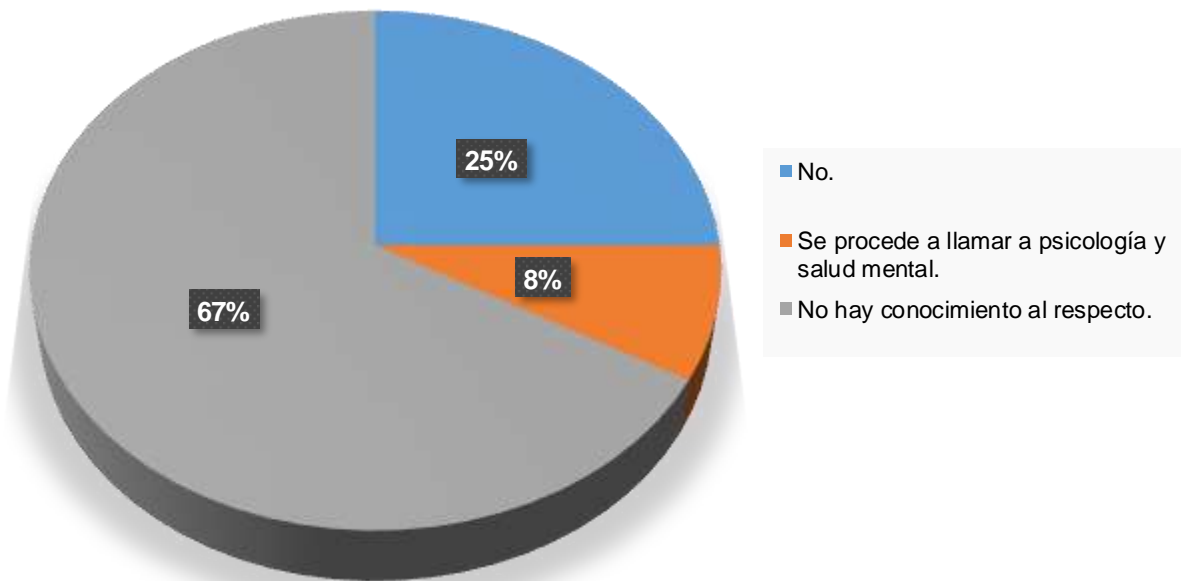
2. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. ¿Podría decir si ha evidenciado estos episodios en el área que labora?



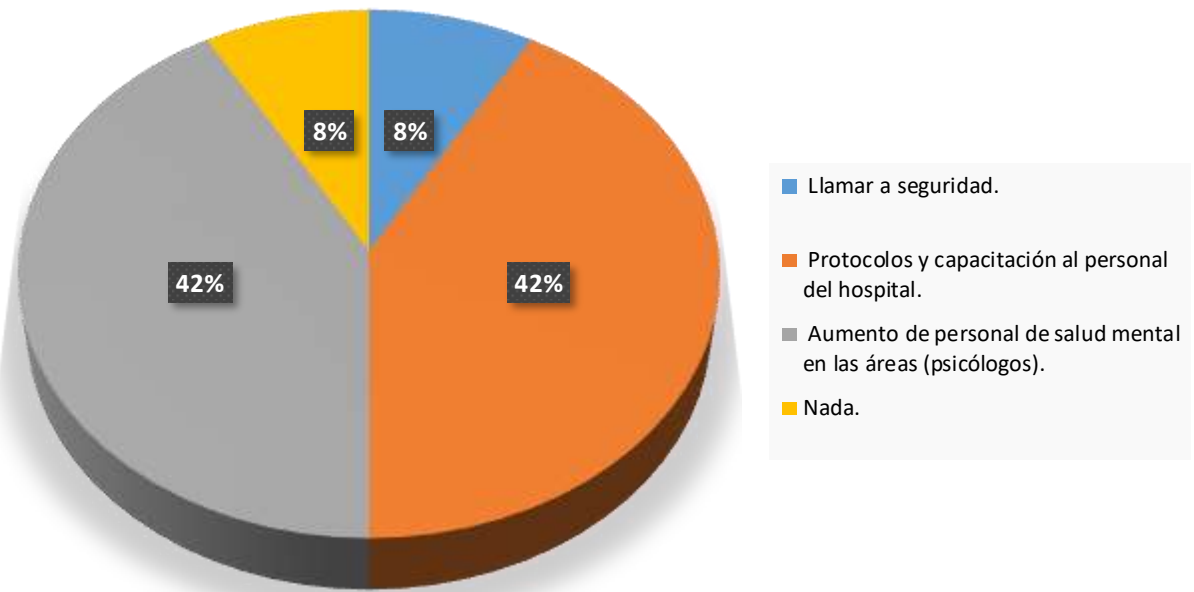
3. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva a la semana?



4. ¿Existen protocolos de atención para este tipo de eventualidades; y en caso de haberlo, ¿puede describirlo? Si no existiese protocolo de intervención, ¿cómo se procede ante estos casos?

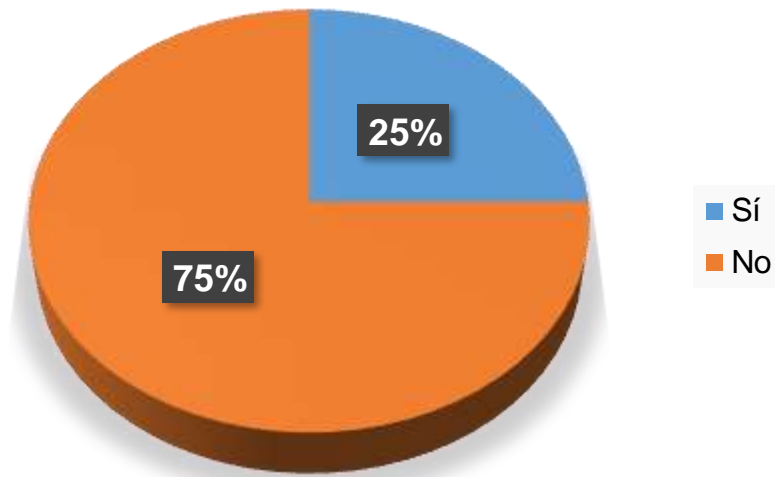


5. ¿Qué considera usted que podría mejorar o en su defecto, cambiar para la intervención de este tipo de casos?

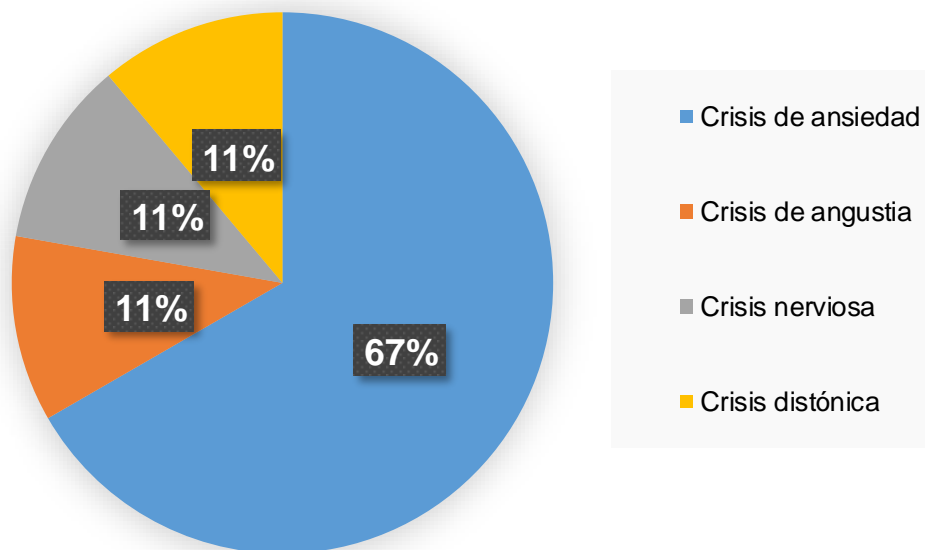


INFORMACIÓN OBTENIDA EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS MEDIANTE ENCUESTAS.

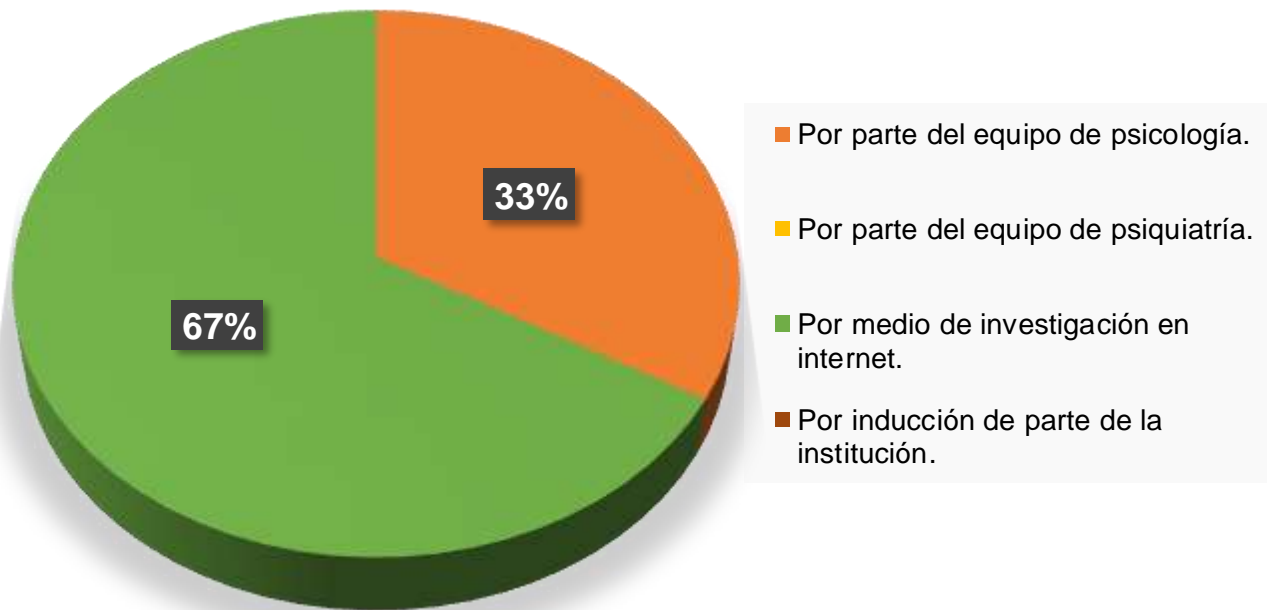
1. ¿Ha escuchado del término urgencia subjetiva?



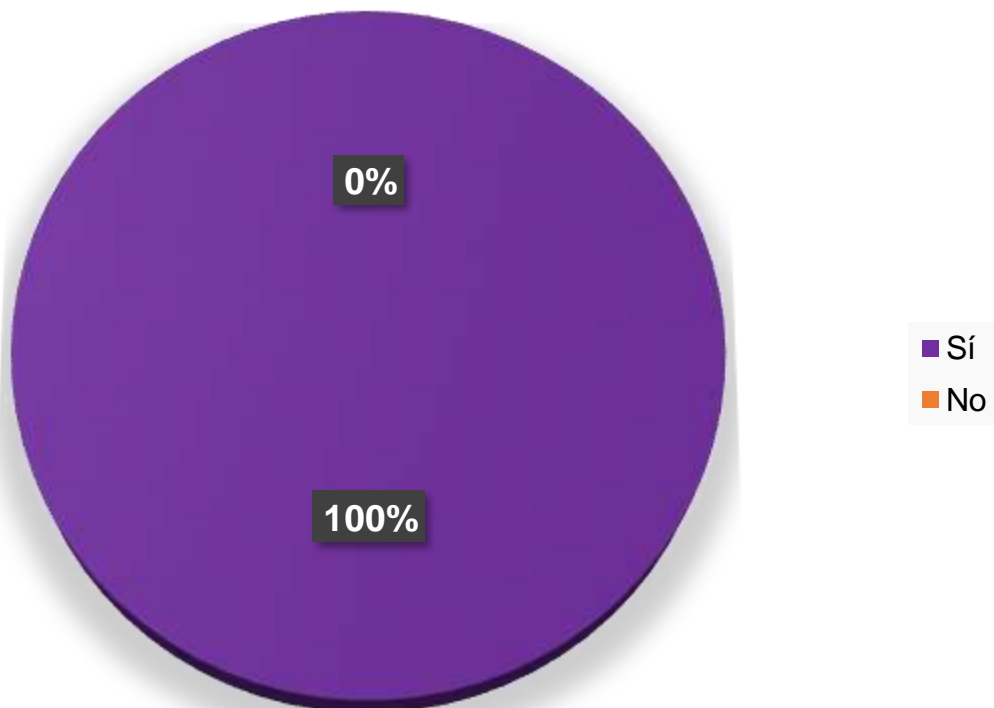
2. RESPUESTA NO - TÉRMINO URGENCIA SUBJETIVA ¿Cómo denominaría a la condición en la cual, los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc.?



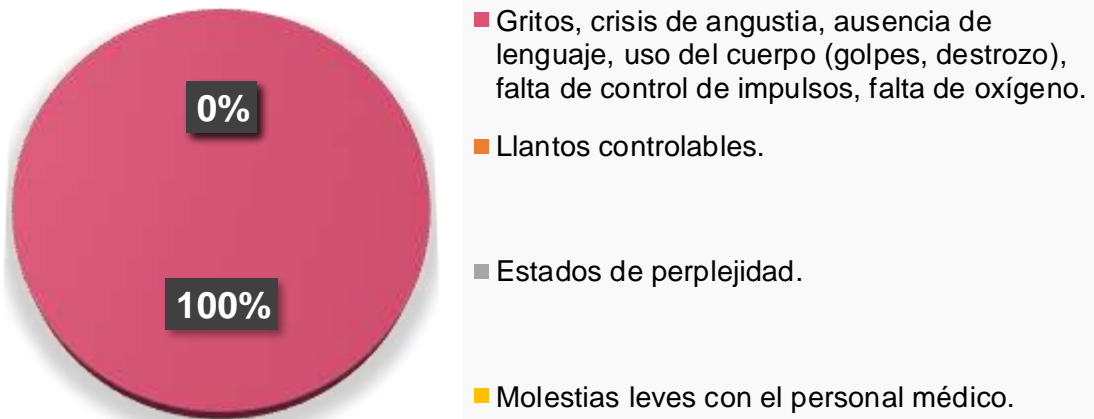
3. RESPUESTA SÍ - TÉRMINO URGENCIA SUBJETIVA - ¿Por medio de quién escuchó el término urgencia subjetiva?



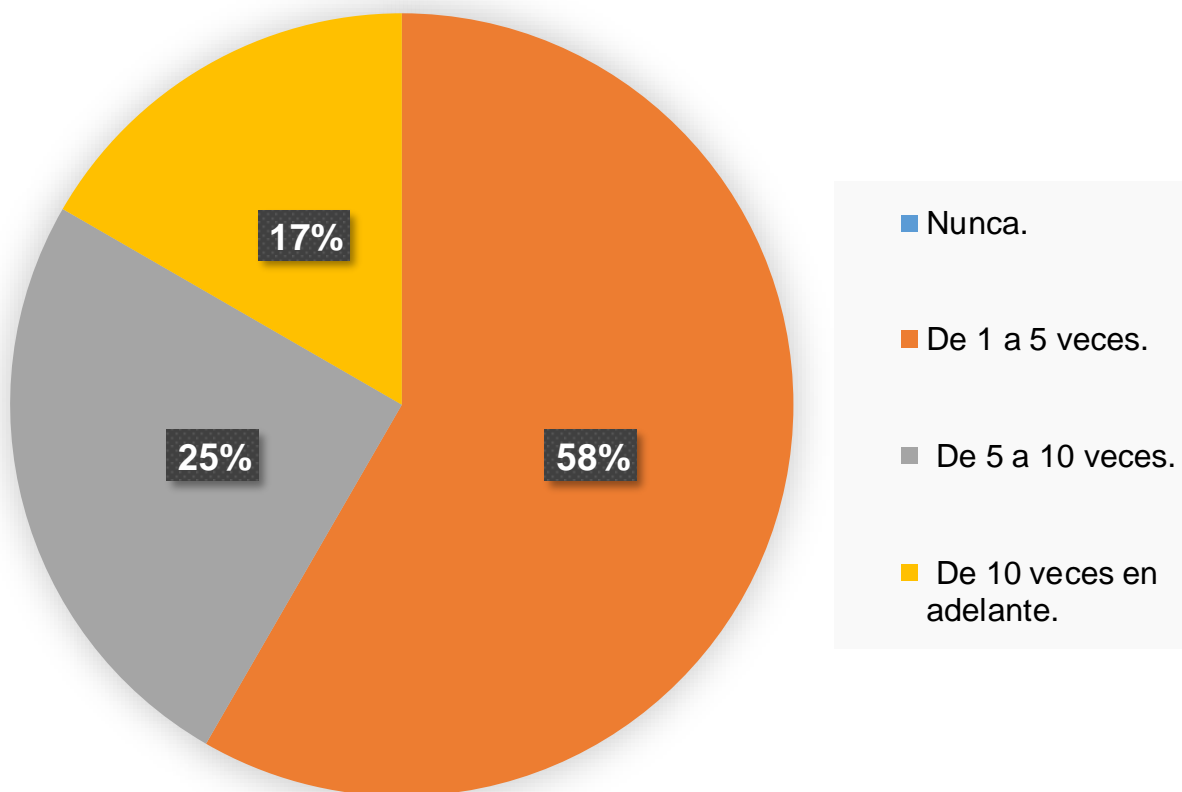
4. ¿Ha evidenciado casos de urgencia subjetiva en su área?



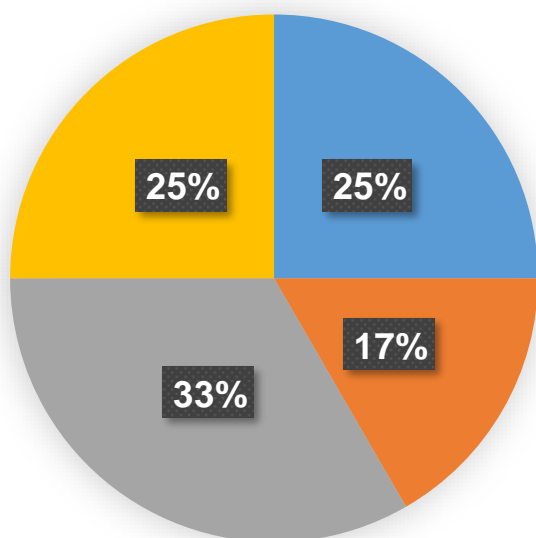
5. RESPUESTA SÍ - CASOS DE URGENCIA SUBJETIVA - ¿Cómo se manifestó la urgencia subjetiva?



6. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva?

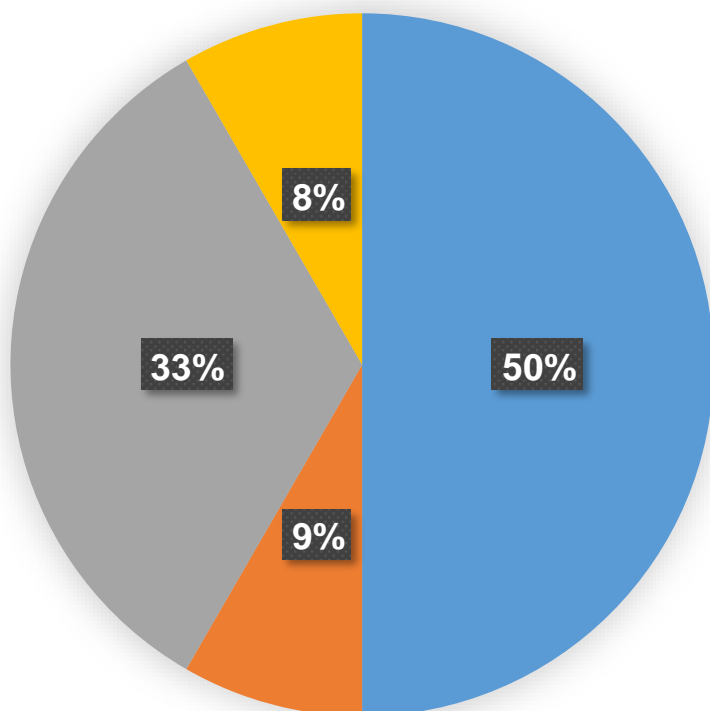


7. ¿Cómo es o sería su abordaje frente a un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva?



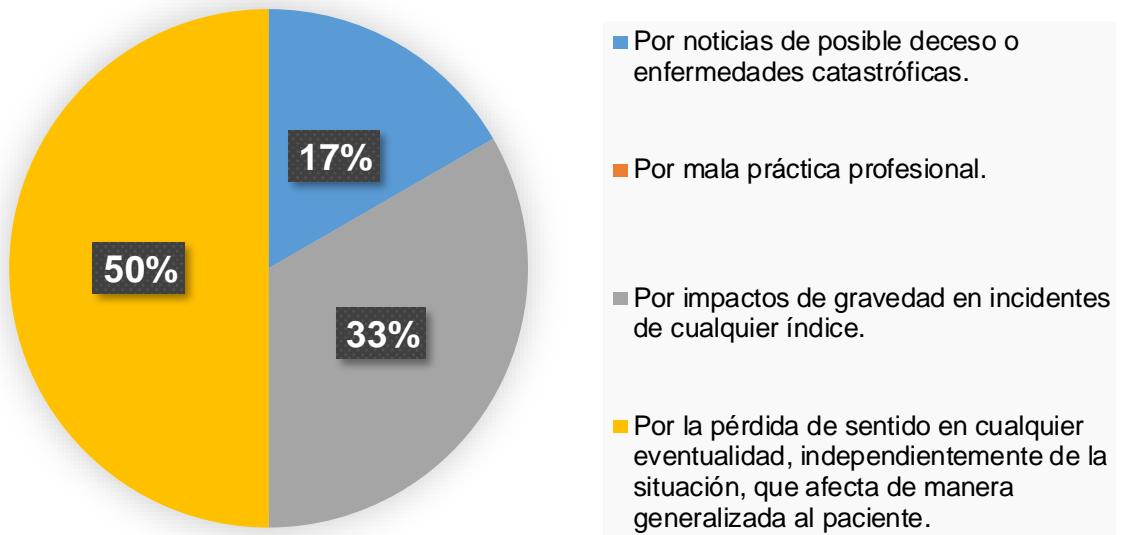
- Llamar a psicología y psiquiatría para la intervención de estos casos.
- Descartar daño neuronal o biológico.
- Hablando con el paciente, para tranquilizarlo.
- Acudir al médico de área para administración de sedantes y medicamentos al paciente.

8. ¿Cómo considera a la urgencia subjetiva?

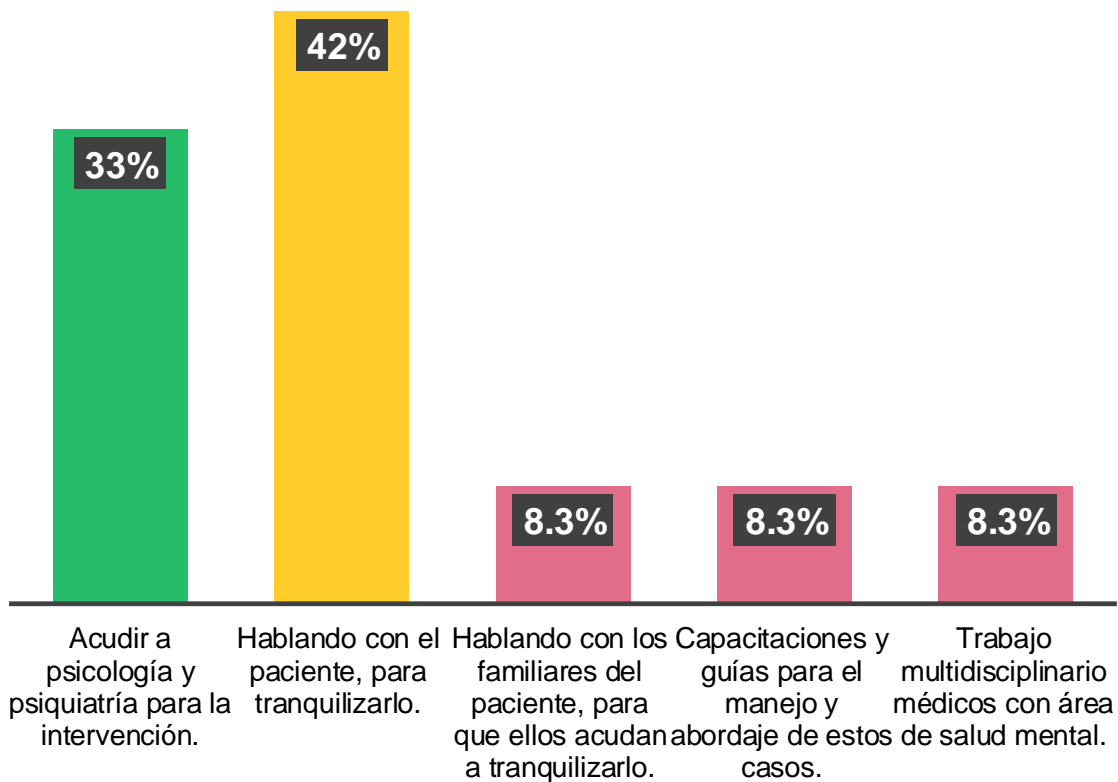


- Crisis de angustia generalizada.
- Exageración de los pacientes.
- Estados de descontrol por ausencia de medicina.
- Pérdida total del sentido y orientación, irrespeto hacia el equipo médico.

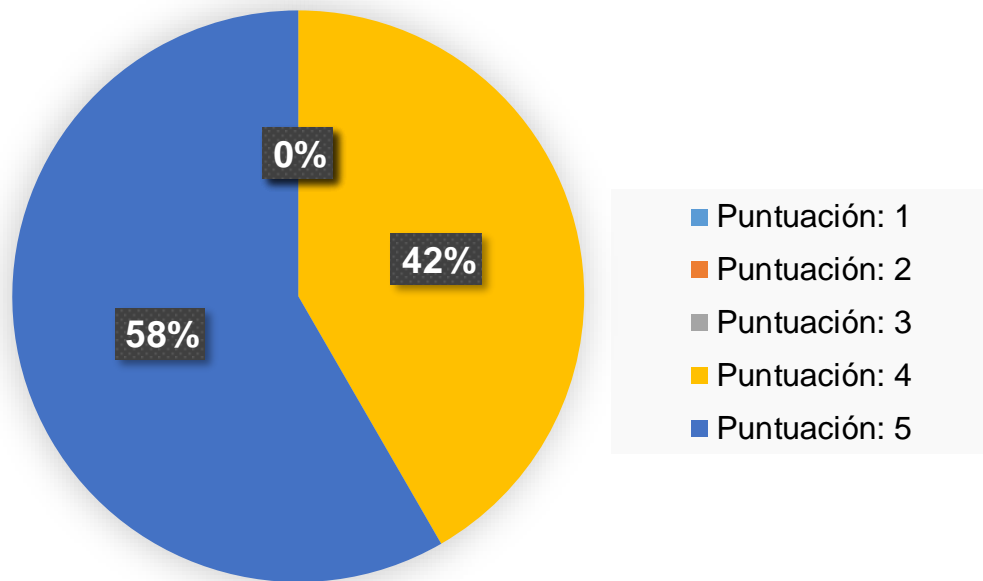
9. ¿Por qué cree usted que se genera una urgencia subjetiva?



10. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. qué método propondría para el correcto abordaje de estos episodios.



11. En una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta, indique el grado de importancia y necesidad de conocimiento del correcto .



CAPÍTULO 5

POSIBLES ESTRATEGIAS DE MANEJO Y ABORDAJE DE LA URGENCIA SUBJETIVA

Dada la investigación y recolección de datos acerca del conocimiento y capacidad de abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de Emergencias del Hospital del IESS de los Ceibos; se logra establecer posibles formas de intervención que aporten en la eficacia y correcta mediación de todo el equipo médico ante estos casos donde la subjetividad de un paciente se encuentra en juego. Se piensa en opciones a partir de la falta de conocimiento, para de ahí recurrir a las formas de acercamientos por parte de médicos, hacia el usuario en general. Con el fin de evitar negligencias y posibles falencias en el manejo de una crisis de angustia. Pues parte del problema es la no admisión de la existencia de subjetividad en el paciente, nuevamente el marco mecanicista del discurso médico. Aun cuando hay una notable preocupación que los lleva a querer ahondar en el tema.

Se propone de forma inicial, la creación e implementación de protocolos de abordaje inmediato en casos de urgencia subjetiva, para las distintas áreas de Emergencias del Hospital del IESS de los Ceibos. Mismos que serán trabajados y coordinados con el equipo de salud mental y dirección del área aspirando lograr que el proyecto se extienda a nivel institucional. Este tipo de guía protocolaria, deberá estar diseñada para que haya la intervención de varias especialidades, tanto del área de salud mental, cómo la valoración y examinación médica. Pues es necesario que la intervención de exámenes médicos y valoraciones neurológicas, descarten todo tipo de daño u alteración neuronal que genere desbalances emocionales; para determinar netamente que se debe realizar una derivación directa con salud mental – psicología. Cabe indicar que este folleto, deberá estar al alcance de todo el personal, tanto médico, como

auxiliar de enfermería, residentes, internos, seguridad, limpieza, funcionarios de oficina e inclusive el mismo equipo de salud mental.

De acuerdo con las enseñanzas de Freud, descubrimos que el programa de la civilización está ligado a la figura del superyó, mientras que el psicoanálisis es una ética que se inscribe en contra del mismo y, por lo tanto, en contra de cualquier tentativa terapéutica que proponga una adaptación del individuo a los programas de homogeneización de cada época. El dispositivo clásico de guardia contempla la evaluación, alivio sintomático y finalización de la urgencia a través de intervenciones protocolizadas. El dispositivo de inspiración en los principios del psicoanálisis se propone alojar al sujeto en urgencia, uno por uno, localizando el acontecimiento traumático o las coordenadas en las que la irrupción sintomática aparece. Así, el decir se desplegará a lo largo de las entrevistas que sean necesarias para que se produzca un movimiento de subjetivación de la urgencia, es decir, hasta alcanzar el momento de concluir de la misma. Sotelo, I. (2015, pp. 166 - 167)

Como segunda propuesta, que atañe a la resultante de una guía protocolar, se propone la creación e implementación de capacitaciones generales y de forma periódica a todo el personal. Con el fin de promover a todos los usuarios que representan la institución, el deseo de aprehensión de lo que conlleva una urgencia subjetiva, se habla de una psicoeducación que les provea de las herramientas necesarias para abordar la urgencia. Es recomendable que frente a una capacitación que se halla destinada para todo tipo de profesional, se maneje un discurso apto y con terminologías factibles al entendimiento; quiere decir que debe contar de aspectos ágiles y fáciles de comprender. Así como deberán estar íntimamente relacionadas con los protocolos de atención y a su vez con cada área a la que va destinada la capacitación.

Otra estrategia en cuanto a recomendación, es la exigencia de trabajo multidisciplinario. Lo que implica que haya o exista una unión de la labor del psicólogo, con la labor del médico, auxiliares, etc. pues el tratar con un episodio de angustia, amerita el aporte de cada actor que evidencie dichos casos. El fin de la propuesta, es generar un trabajo de inclusión para todas las especialidades del Hospital del IESS de los Ceibos. Cuando se habla de especialidades, se comprende que hay una necesidad de trabajo conjunto entre psicólogos, psiquiatras, neurólogos, auxiliares de enfermería y médicos generales. Profesionales que deberán ceñirse y abordar estas eventualidades, mediante el protocolo de acción y lo aprendido en las capacitaciones recibidas por parte de la institución en conjunto con el equipo de salud mental. Pues no se trata de excluir o ser selectivos con las distintas ramas médicas, más bien se trata darle un lugar y un valor a cada médico que ejerce en su área.

Es de importancia hacer hincapié en la gran necesidad de que el área de psicología, tenga su propio espacio dentro de la institución; puesto que como ya antes se mencionó, el profesional de la psicología no posee un consultorio fijo en el área de Emergencias del Hospital del IESS de los ceibos. Toda intervención es realizada en espacios disponibles y bajo la prestación de consultorios que, a final de cuentas, siempre son reclamados o interrumpidos por la necesidad médica de atender, por ello es necesario que se le otorgue un lugar al psicólogo en el área. Se debe recordar que, para abordajes de tal envergadura, el espacio es de vital importancia, pues le otorga una importancia a la salud mental dentro del hospital y a su vez le da al paciente la comodidad y privacidad que él necesita. Pues con el espacio, al paciente se le da un lugar y se reconoce que lo que tiene por decir y su discurso, también cuenta de gran importancia.

Y como propuesta final, se pensó en el aumento de profesionales de psicología dentro de las áreas ya mencionadas; pues más que una necesidad palpada dentro del tiempo de prácticas pre-profesionales, es una solicitud que los médicos y auxiliares supieron expresar en las entrevistas realizadas.

Haciendo un conteo, se estaría hablando de siete psicólogos dentro del área general de Emergencias, repartidos de la siguiente manera: (1) psicólogo de planta; (1) psicólogo para Observación pediátrica; (1) psicólogo para Observación hombres; (1) psicólogo para Observación mujeres; (1) psicólogo para área de Choque; (1) psicólogo para área de Hidratación; y (1) psicólogo para área de atención en BOX. Lo que va a proveer este aumento de personal, es la inmediatez en la respuesta o el acudir del psicólogo a las urgencias, pues con un solo psicólogo es difícil cubrir toda un área que posee subdivisiones. También se logrará la psicoeducación del equipo médico ya que se habla de una inclusión del psicólogo en el equipo de médicos, más que ser visto como una necesidad.

CONCLUSIONES

El presente proyecto de titulación, recoge una amplia investigación de Urgencias Subjetivas y su manejo dentro del área de Emergencias del Hospital del IESS de los Ceibos. Lo que atañe a saber en breve rasgo que la misma, es un vaciamiento del sujeto, estado de ruptura significativa tal, que queda desprovisto de lenguaje e inmerso en una serie de demostraciones de angustia, propias de un quiebre de sentido. Como menciona Seldes, R. citado por Sotelo, I. (2009):

El psicoanálisis puede aplicarse a aquellas urgencias en las que el sujeto no puede sostener aún una demanda, porque está más en la dimensión del hacer que del decir. Ofrecerle una asistencia inmediata le da la posibilidad de captar, con las variables que trae, aquello que lo ha sumido en la desesperación, lo ha dejado perplejo, agobiado e incluso descorazonado. Si una demanda una demanda puede articularse, habrá lugar para una nueva decisión. (pp. 87 – 88)

Y es que, partiendo allí, es que se trata de evidenciar el nivel de conocimiento y calidad de abordaje ante estos eventos que se suscitan dentro de las instalaciones de la institución. Con la finalidad de proponer nuevas formas de intervención, o mejoras para lograr que la angustia de los pacientes sea acogida de forma adecuada.

Se plasma el manejo del Hospital como institución en rasgos generales y se logra evidenciar que, tanto en el ámbito de la institución estudiada, como a nivel general, las formas de acogida y asistencia al usuario son muy parecidas. Pues se denota que el paciente es visto como una masa que se encuentra en un estado de requerimiento de medicina, un cuerpo que carece de facultades

subjetivas y emocionales. Por lo que hay un olvido de que esa masa, conlleva un sujeto dentro, un ser que desea, siente y padece. Pero esto se produce por la visión mecanicista del médico en general, donde se trata de forma exacta y precisa, bajo lineamientos y donde el “repara” es lo esencial. Es notable que hay la prevalencia del cuerpo, sobre el malestar y las dolencias del sujeto.

Pues bien, claro está que allí donde hay un cuerpo enfermo, también hay un sujeto que adolece, que tiene una queja, que padece. Pero qué sucede cuando en urgencia, queda este fuera del registro de lo simbólico, lo real se ha vuelto ominoso y tan insoportable, que el único recurso que agota es el grito y el uso del cuerpo. Es allí donde se inserta nuestra intervención, con un tiempo de escucha para ese sujeto de la angustia, a sabiendas de que el dolor y el tiempo son totalmente subjetivos; están sujetos a la individualidad de cada paciente. Hay tiempos en el cuerpo, como los hay en el trauma, y ambos se manejan de forma distinta; entendiendo que el espacio de curación de la materia no va a ser igual de lo que dura el padecer del que sufre. Y por ello es que se recurre a la escucha, a darle ese espacio que el sujeto necesita para lograr su contención y emergencia, dentro del estado de angustia que lo está tragando.

En su libro *Clínica de la urgencia*, Inés Sotelo escribe qué frente al *no hay tiempo* con que se presentan algunos pacientes, el analista propone *hay todo el tiempo*. En psicoanálisis el tiempo no es cronológico, por lo tanto la “urgencia” no es entendida como algo que deba tener una solución rápida -lo cual no quiere decir que en algunos casos la intervención no debe ser inmediata-. (Saylancioglu, C. citando a Sotelo, I. 2009; pg. 91.)

En fin, será siempre notorio esta dualidad del discurso médico, con el discurso analítico, esta constante lucha por la defensa del sujeto y de quien habla en un cuerpo. Pero se trata de la ética profesional que el psicólogo mantenga en el profesar de su labor, la calidad con la que se defiende lo que hace y su

capacidad para hacerse un espacio en el ámbito hospitalario. De allí que se piensa somos los grandes apostadores que vamos por el cuidado y velamos por la subjetividad e individualidad de cada paciente; porque no se trata de recolectores, sino de quienes ven en cada ser hablante un motivo para apostar por el sujeto que allí se encuentra. Desde esa visión es que se proponen distintos tipos de intervención y mejoras para el abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de Emergencias del Hospital del IESS de los ceibos.

RECOMENDACIONES

En base a todo el trabajo investigativo realizado en el presente proyecto de investigación, se propone recomendaciones entorno a la temática trabajada y al incentivo de la investigación de la misma. Se recoge en grandes rasgos la importancia del psicólogo dentro del ámbito hospitalario; y el gran aporte de este al momento de otorgarle un lugar de importancia a la subjetividad de los pacientes que a diario frecuentan dicha institución. Es notable también de la importancia de la clínica de la escucha para darle un espacio y un nombre a este padecer del sujeto en camilla.

En base a lo trabajado y experimentado en las practicas pre-profesionales dentro del Hospital del IESS de los Ceibos; se logra generar recomendaciones en pro de una mejor intervención de los psicólogos y equipo médico, para el usuario que padece de urgencia. Sería de gran aporte para la institución, la implementación de más espacios donde se puedan desarrollar actividades del área de salud mental (salas, consultorios, etc.). inclusive se recomienda el aumento de profesionales de psicología e inclusive de psiquiatría, para el correcto abastecimiento de pacientes que acoge el hospital. Dentro de la recomendación de aumento del personal, está la extensión de la banda horaria, es decir que se designen psicólogos que cubran los espacios en las mañanas, tardes y noches. Y como institución en general, promover una psicoeducación a todos los funcionarios y usuarios activos que representan el nombre del Hospital del Norte.

Tras lo vivenciado a nivel académico y en el recorrido por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, también se piensa en cortas recomendaciones con la finalidad de proveer a los estudiantes una mejor calidad educativa entorno a urgencias subjetivas. Se recomienda preparar a los practicantes para el mejor manejo de la clínica de la urgencia en sus distintos

ámbitos, entendiendo que no se trata de manifestaciones netamente de tipo hospitalaria. A pesar de ello, sería un aporte significativo que haya una preparación en clínica hospitalaria para el manejo y abordaje de todo tipo de casos; y junto a dicha recomendación, también es indispensable que los estudiantes de Psicología Clínica tengan una práctica en Hospital para lograr afianzar conocimientos y el manejo de la clínica como tal. Inclusive sería de gran aporte que se organice de mejor manera el manejo de tiempos entre Unidad de Titulación y desarrollo de prácticas pre-profesionales, para evitar al estudiante la saturación de actividades y un mejor rendimiento en cada proceso académico.

Como estudiante y practicante de la carrera de Psicología Clínica, de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación; me gustaría también realizar recomendaciones para quienes conformamos el gremio de estudiantes. Y es que es necesario que, como futuros profesionales de la salud mental, veamos por el conocimiento y el mantenimiento de la lectura de nuevas postulaciones teóricas, como lo es el ámbito de las Urgencias subjetivas. Dejar aflorar la creatividad a la hora de generar simulacros de casos de urgencias en los que se devela nuevos tipos de abordaje. Investigar acerca de casos contemporáneos y de actualidad para el conocimiento e instrucción de cómo se maneja ahora el cuidado y preservación de la subjetividad. Ser grandes pensadores e investigadores, bajo la búsqueda incansable de nuevas formas de intervención en la urgencia, para incentivarnos a seguir descubriendo e investigando.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, P y Lai, R. (2007) Identidad, roles profesionales y formación académica en trabajo social: el caso de la universidad de Magallanes. Trabajo de Titulación. Página 31. Chile. Recuperado de: http://www.umag.cl/biblioteca/tesis/alarcon_paz_2007.pdf
- Bassols, M. (2006). Encontrar la causa. Virtualia.com. Página 2. Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/LqOW7I9GYk0ma8P5T2ZhVgHn463k6VE1dUD6cK6U.pdf>
- Berenguer, E. (2008). Psicoanálisis: enseñanzas, orientaciones, debates. Maestría en Psicoanálisis con Mención en Clínica Psicoanalítica. 1ra edición. Ed. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil – Ecuador. (págs. 237 – 238).
- Carranza, V. (2002). EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN PSICOLOGÍA HUMANISTA–EXISTENCIAL. Universidad Católica Boliviana. Volumen 1. Número 1. Página 1. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a01.pdf>
- CEAS. (2010). La confidencialidad es un bien protegido por ley. Hospital Universitario Central de Asturias. (p. 1). Recuerado de: http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/com_etica/confidencialidad.pdf
- Cruz, A. (2006). Saber, verdad y psicoanálisis. Revista Acheronta. (p. 4). Recuperado de: <http://www.acheronta.org/acheronta24/aponasenko.htm>
- Delgado, M. (2013). Confidencialidad y secreto profesional. OMC. Título de Experto en Ética Médica. Página 4. España. Recuperado de: https://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto_Etica_Medica/U6_Confidencialidad%20y%20secreto%20profesional.pdf

- Dorr, O. (2002). Ética y psiquiatría. Revista Colombiana de psiquiatría. Volumen XXXI. Número 1. p. 31. Chile. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v31n1/v31n1a03.pdf>
- Echuburúa, E., Salaberría, S., Corral, P. y Cruz, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. Behavioral Psychology. (P. 428). Recuperado de: http://cms.ual.es/idc/groups/public/@centro/@psicologia/documents/documento/funciones_primreflex.pdf
- Fair, H. (2008). El discurso del analista: en los márgenes entre el “sujeto supuesto a saber” y el “no todo”. Konvergencias, filosofía y culturas en diálogo. Año V. Número 17. Página 119. Argentina. Recuperado de: <http://www.konvergencias.net/hernanfair167.pdf>
- Garmendia, J. (2012). URGENCIA PSIQUIÁTRICA. UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA. Recuperado de: <http://nucep.com/wp-content/uploads/2013/01/Javier-Garmendia-URGENCIA-PSIQUIATRICA.-UNA-PERSPECTIVA-PSICOANALITICA.pdf>
- Grimblat y Palazzini, L. (2010). La subjetividad como punto de fuga. El psicoanalítico; Laberintos, entrecruzamientos y magmas. Recuperado de: <http://www.elpsicooanalitico.com.ar/num7/subjetividad-grimblat-palazzini-subjetividad-como-punto-de-fuga.php>
- Haydée, A. (2018). Amelia Haydée: La intervención analítica una cuestión ética. Recuperado de: <https://ephep.com/fr/content/texte/amelia-haydee-imbriano-intervencion-anal%C3%ADtica-cuestion-etica>
- Hernández, J. (2007). La importancia del manejo emocional ante un diagnóstico clínico desfavorable. Revista Medigraphic Artemisa. (p. 183). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2007/nt074g.pdf>
- Hernández, R. (2014). Metodología de la investigación. México. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

- INPer. (2012). Guía de técnicas de procedimientos en la limpieza y desinfección hospitalaria. Dirplan. México. Rescatado de: http://www.inper.mx/descargas/pdf/Tecnicas_limpieza-licitacion.pdf
- Leivi, B. (1995). La palabra, el silencio y la contratransferencia. Psicoanálisis APdeBA. Volumen XVIII. Número 2. Página 361. Argentina. Recuperado de: <https://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Leivi3.pdf>
- Mazza, C. (2014). Los cuatro discursos de Jacques Lacan. Recuperado de: <http://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/Texturas/article/viewFile/2836/4083>
- Mendoza, R. (2005). Ética y Psicología Clínica. Pepsic. Volumen 5. Pagina 21. Mexico Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v5/v5a04.pdf>
- Milán, G. (2014). Psicoanálisis y ciencia: Una aproximación al análisis de sus relaciones. Recuperado de: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado_gonzalo_grau_prez.pdf
- Miller, J. (2016). El cuerpo hablante, sobre el inconsciente en el siglo XXI. Presentación del tema del X Congreso de la AMP. Página 7. Recuperado de: <http://www.congressoamp2016.com/uploads/86a573db11f8ee41e1fb42b838586aa1c729083c.pdf>
- Montenegro, J. (2018). Cimiento 'frágil' en Los Ceibos. El hospital del IESS más grande del Ecuador, con irregularidades desde su concepción. La construcción no contó con permisos ni documentos legales. Recuperado de. <https://www.expreso.ec/actualidad/hospital-iess-construccion-losceibos-guayaquil-KA2453851>
- MSP. (2013). Norma del subsistema de referencia, derivación, contratransferencia, referencia inversa y transferencia del sistema de salud. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Página 15. Recuperado de: <http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/wp->

[content/uploads/downloads/2014/01/norma_referencia_contrareferencia.pdf](#)

Nora, E. (2009). IMPORTANCIA DE LA ARTICULACION INTERDISCIPLINARIA PARA EL DESARROLLO DE METODOLOGIAS TRANSDISCIPLINARIAS. Buenos Aires: Manantial (Capítulo 9). Recuperado de: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/elichiry_importancia_de_la_articulacion.pdf

Osorio, L. (2011). Psicoanálisis y clínica de la urgencia: aproximaciones Freudianas en torno a la atención de urgencia y emergencia en hospitales de salud pública en Chile. Santiago, Chile. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/438/Tesis%20Completa%2026042011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Otero, Y, Munive, J y Ayala, E. (2011). El efecto placebo y la psicología. Rev. De la facultad de ciencias de la salud. (p. 113). Recuperado de: <file:///C:/Users/Jossy/Downloads/Dialnet-EIEfectoPlaceboYLaPsicologia-5568068.pdf>

Pelegrí, M y Romeu, M. (2011). El duelo, más allá del dolor. Desde Jardín de Freud. Número 11. Páginas 133 – 148. Párrafo 14. España. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/27228/39644>

Peses, S. (2016). De estos tiempos y el psicoanálisis - Subjetividad colectiva e individual en la clínica contemporánea. Página 63. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/326850>

Prado, R. (2014). Modos de Intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Fides et ratio. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/pdf/rfer/v8n8/v8n8_a03.pdf

Presidencia de la República del Ecuador. (s,f). ¿Quiénes somos? Recuperado de: <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/quienes-somos-cobertura>

- Rodado, J. Sanz, E. & Otero, J. (2006). La escucha analítica como lugar de encuentro Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVI, núm. 98, 2006, pp. 99-106 Asociación Española de Neuropsiquiatría Madrid, España. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2650/265019655008.pdf>
- Rodado, J., Sanz, E. y Otero, J. (2006). La escucha analítica como lugar de encuentro. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. (p.288). Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v26n2/v26n2a08.pdf>
- Rodrigo, M. (2004) "Admitir la urgencia" en BELAGA G, La urgencia generalizada. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2004.
- Rodríguez, M. (2008). Relación médico-paciente. Editorial Ecméd. (p.7). Recuperado de: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/Relacion_medico-paciente.pdf
- Rojas, A y Larac, L. (2014). ¿Ética, bioética o ética médica? Revista Chilena de enfermedades respiratorias. Volumen 30. Página 92. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v30n2/art05.pdf>
- Ruiz, E. (2009). El psicoanálisis y el saber a cerca de la subjetividad. Scielo. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-05652009000100002
- Saylancioglu, C. (2009). Perspectivas de la clínica de la urgencia. Urgencia discursiva, ¿dónde está el niño? (Pág. 91). Recuperado de: [http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Clinica-de-la-urgencia-Sotelo/Perspectivas%20de%20la%20cllnica%20de%20la%20urgencia%20\(Sotelo\).pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Clinica-de-la-urgencia-Sotelo/Perspectivas%20de%20la%20cllnica%20de%20la%20urgencia%20(Sotelo).pdf)
- Sola Gil, S. (2016). Crisis. La angustia de la urgencia. NEL Medellín. Recuperado de: <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=561&rev=65&pub=1>

- Sotelo, I. (2009). Tiempos de urgencia – Estrategias del sujeto, estrategias del analista. JCE EDICIONES. Buenos Aires. Pp. 87 – 88.
- Sotelo, I. (2015). Datus: dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas. Buenos Aires. Argentina. - 1a ed. - Olivos: Grama Ediciones.
- Sotelo, M. y Belaga, G. (2008). ANÁLISIS DE LA DEMANDA E INTERVENCIONES EN LA URGENCIA. Revista de investigaciones UBA 2008. Página 8. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo1.pdf
- Sotelo, M. y Belaga, G. (2008). ANÁLISIS DE LA DEMANDA E INTERVENCIONES EN LA URGENCIA. Revista de investigaciones UBA 2008. Página 16. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo1.pdf
- Tizón, J. (1992). Psicosis, contención y esperanza: Las funciones emocionales del equipo en el tratamiento de pacientes graves. Informaciones psiquiátricas 129, 3. (p. 602). Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Jorge_Tizon2/publication/319620528_Psicosis_contencion_y_esperanza/links/59b57157aca2728472db94d7/Psicosis-contencion-y-esperanza.pdf
- Usobiaga, E. (2005). El encuadre y psicoanálisis. Recuperado de: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-23/047-el-encuadre-y-psicoanalisis.pdf>
- Vucinovich, S. (2014). Entre dos versiones de la demanda: diferencias entre desmedicalización y psicoanálisis. Página 22. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830206.pdf>

Yurén, T. (2013). Ética profesional y praxis. Perfiles Educativos. Volumen XXXV. Número 142. Página 6. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v35n142/v35n142a16.pdf>

Zuliani, C. (2011). Psicoanálisis. Razones de una práctica. Recuperado de: <http://psicoanalisisrazonesdeunapractica.blogspot.com/2011/11/algunas-notas-sobre-el-espacio.html?m=1>

GLOSARIO

Subjetividad

Se sabe que, desde el psicoanálisis, la subjetividad, como inscripción propia del sujeto; es la visión que posee de su entorno. Cómo percibe el mundo y es desde allí, cómo va a formular su responder hacia las situaciones que vive diariamente consigo mismo y en su relación con el otro. Grimblat y Palazzini, L. (2010, párr. 9) proponen que:

Remite a su condición de marca que atraviesa a un sujeto en tanto éste está incluido en una serie de relaciones sociales que lo instituyen a través de las instituciones de la cultura. Por lo tanto, opera más allá del sujeto en una relación asimétrica entre lo individual y lo colectivo, como efecto de significaciones imaginarias sociales articuladas, compuestas por discursos e ideologías socialmente instituidas, pero que, como ya señalamos, este existente cobra cuerpo sobre un psiquismo que deberá crearlo.

Es así que la subjetividad viene a darnos el paso, o la guía para la aproximación a cualquier saber y relación. Deviene propia del sujeto y permite abrir una brecha que posibilita el lazo social con el otro y nuestro entorno. Es una instancia muy del lado del sujeto, propio de si y de su recorrido histórico. Ruiz, E. (2009, párr. 8) expone que:

Freud vino a traernos la noticia de que todo saber pasa por la subjetividad. Genera conocimiento un sujeto atravesado por el lenguaje e inmerso en inmensas lagunas de no saber (...) El saber sobre la subjetividad, sobre el sujeto, es un saber que va más allá de la

racionalidad, que desemboca en lo inexpresable, lo desconocido, pero vivenciable, registrable, movilizante de nuestras vidas y ligado al goce, ese concepto clave en Lacan.

Demanda.

Partimos con la demanda, como aquello que evoca el sujeto más allá de la queja inicial con la que se inserta en terapia. Se trata más del núcleo del malestar por lo que el sujeto busca respuestas de un otro, hablando del psicólogo o analista. Vucinovich, S. (2014, p. 22) expone:

El sujeto se presenta demandando ser curado o reconocido en su posición de enfermo, dirigiendo este pedido a quien le supone conocimiento para responder. Pero al verse invitado a desplegar esta demanda, a decir más sobre ella, al ofrecerle el espacio para que esta se desarrolle, el sujeto encuentra una dimensión nueva detrás de su queja.

El pedido de quien demanda, es merecedor de importancia, quien analiza o acoge las quejas no debe quedarse en el mero discurso inicial sino en lo que este trae consigo. Podría decirse una lectura entre líneas para pesquisar el verdadero padecimiento del sujeto. El surgimiento de la demanda, también se evidenciará en medida propia del sujeto y del grado de afectación que posea. Sotelo, M. y Belaga, G. (2008, p. 8) acotan; “se presenta habitualmente como irrupción sintomática que requiere urgente resolución y suele presentarse como un exceso de sufrimiento, insoportable para el paciente. Puede o no presentarse con riesgo para sí o para terceros.”

Urgencia subjetiva

Hablamos de urgencia subjetiva, cuando nos referimos a un estado de quiebre, suceso que desborda al sujeto; prácticamente lo vacía y lo deja sin recurso alguno de significación. Nos referimos a un momento crucial que raya en lo real, impidiéndole al sujeto su estabilidad. Esto nos permite una aproximación más cercana a lo real del sujeto, para una intervención que atañe a brindarle al sujeto mayor cantidad de recursos. Sola Gil, S. (2016, párr. 16) refiriéndose a la urgencia subjetiva, acota que;

La angustia es asimismo, un afecto. Un afecto que va en dirección a lo real, hacia aquello que no se puede representar. Con ello, debido al protagonismo de la incertidumbre en nuestra sociedad y del mismo modo que ocurre con el uso de la palabra en la urgencia: existe un rebasamiento de lo real.

Espacio analítico

El espacio analítico puede ser trabajado desde un encuadre y cuyo marco se va armando en el proceso. Donde se da las constantes de un fenómeno, un método o una técnica, y al momento de ser iniciada se da en condiciones “normales”. Un lugar donde se da un acuerdo sutilmente mudo y en el cual se permite verter lo más propio de cada caso. Una acogida que respeta el tiempo, el ritmo y los recursos con los que se crea la transferencia entre paciente y psicólogo. (Usobiaga, E. 2005, pág. 47)

Concebido desde el paciente y hacia el psicólogo. Nace a partir y desde la transferencia, cuando ya hay una posibilidad de trabajo. Dicho trabajo

movilizador en algunos casos, invita a que se escuche y cuestione el discurso. Todo con la finalidad de rehacer las versiones traumáticas particulares y en un lugar que permita que esto ocurra. El espacio analítico es un más allá de un consultorio con diván, es la apertura y el lugar cedido por el psicólogo, donde pueda surgir lo particular de cada quien. (Zuliani, C. 2011, párrf. 8)

Zuliani, C. (2011, Párr. 11) rescata lo siguiente: “Coordenadas que definirán allí una cierta posibilidad de circunscribir un espacio, a la manera de perímetro dentro del cual, como decíamos anteriormente va a instalarse, o no, un proceso posible.” Más allá del ser, parecer algo que pueda dar un lugar y acoger. Permitir la producción y la pregunta. No responder taponando y obtener del discurso los elementos. Todo un proceso de guía, donde acompañas un sufrimiento y rehacen una versión más tolerable.

Intervención analítica

A partir de este punto entendemos que el paciente en plena urgencia y a pesar de su dificultad, puede develar en acto parte de lo real que invade. Es evidente que esto que invade, no se puede nombrar y es por ello que no logra poner en palabras la queja. Es necesario una lectura constante y hay que saber realizarla. Todo esto es necesario para poder lograr armar intervenciones acordes al caso y respetando el tiempo del paciente. (Osorio, L. 2011, pág. 124-125)

Más allá de ocuparte del paciente que sufre y evidentemente llega en ese estado. Es escuchar lo que tiene que decir una vez se llene de recursos necesarios para decirlo. Haydée, A. (2018, Párr. 6) desarrolla lo siguiente: “Esta es, en primer lugar, la implicación del analista en su acción de escuchar y ella es la condición de la palabra.” Es pues un ejercicio de elegir lo que más represente y no recordarlo todo. Rodado, J. & Otros. (2006, p. 104) menciona lo siguiente:

“Ya hemos visto que el analista debe escuchar al sujeto sin preocuparse de si retiene o no sus palabras.” La idea no es ser una bitácora del discurso del paciente, es más bien hacer uso del mismo para poder hacer estas intervenciones.

Se concibe entonces las intervenciones desde lo arrojado por el o la paciente y jugar con esta devolución. Sin rallar a intervenciones salvajes o mal guiadas. La intervención es un modo de hacer con el discurso e invitar al paciente a implicarse en el proceso. Un evitar contestar y más bien procurar un incesante pensar. He ahí la eficacia de la intervención y claro dependiendo de la estructura, el impacto. Y aunque evidentemente no se puede prever el impacto, si se puede tratar con pinzas y guiar lo que se desea señalar. (Haydée, A. 2018, párrf. 7)

Emergencia del sujeto

Es pues necesario aclarar que llegan en estado de urgencia y se da un espacio, a pesar de la falta de recursos. Es importante sin embargo no dejarse llevar por lo que salte de la angustia y permitir que lo más íntimo salga a la luz. Sotelo, M. y Belaga, G. (2008, p. 16) lo trabajan de la siguiente manera: “El dispositivo será eficaz en la medida en que resuelva la consulta, trabajando la angustia del paciente (...)” La eficacia depende de la manera con la que se trabaje lo llevado por el paciente.

El paciente llega en estado crítico subjetivo y sin forma de representar lo que lo problematiza. Después de esto puede darse un lugar y quizá otorgar los recursos que sean necesarios. Es preciso limitar el fantasma y dar espacios de tiempo para los efectos. Cuando este paciente se estabilice o aparente hacerlo se toman las pequeñas joyas. Es pues algo que permita, frente a los recursos prestados, que ocurra la falla. Ahí habría algo particular con el que seguir trabajando. Milán, G. (2014) relata lo siguiente de la emergencia: “Parecería que

la ciencia solo puede funcionar si mantiene vivo el sueño de matematizar todo lo real. Ya que es en el propio camino de la matematización donde aparece la falla, la emergencia del sujeto.” (pág. 34) Lo real no puede ser capturado, pero puede ser mirado a través del espejo particular y es ese lo que debe ser tomado en cuenta. Es pues de aquí lo que se plantearía una forma de trabajo y una forma de sostener aquel sujeto que ha aparecido. Esto permitirá posibilitar un trabajo a futuro, si el paciente lo permite.

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Doña Marcela Cobena

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente entrevista es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Pediátrica

1. ¿Conoce qué es la urgencia subjetiva?

No.

2. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. ¿Podría decir si ha evidenciado estos episodios en el área que labora?

Sr

3. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva a la semana?

1-2



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

4. ¿Existen protocolos de atención para este tipo de eventualidades; y en caso de haberlo, ¿puede describirlo? Si no existiese protocolo de intervención, ¿cómo se procede ante estos casos?

No, E psicología

5. ¿Qué considera usted que podría mejorar o en su defecto, cambiar para la intervención de este tipo de casos?

Aumentar personal de psicología
en todos los horarios de emer
gencias



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Dra. María Daniela Cepeda

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente entrevista es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación pediátrica

1. ¿Conoce qué es la urgencia subjetiva?

Es una urgencia sentida por el paciente.

2. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc.

¿Podría decir si ha evidenciado estos episodios en el área que labora?

Si

3. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva a la semana?

una



4. ¿Existen protocolos de atención para este tipo de eventualidades; y en caso de haberlo, ¿puede describirlo? Si no existiese protocolo de intervención, ¿cómo se procede ante estos casos?

NO existe.

mi proceder es tranquilizar a la madre, realizar el examen físico con toma de signos vitales.

5. ¿Qué considera usted que podría mejorar o en su defecto, cambiar para la intervención de este tipo de casos?

Realizar una guía para el manejo de este tipo de pacientes.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Leda Lupe Vega Velastegui

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente entrevista es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Pediátrica

1. ¿Conoce qué es la urgencia subjetiva?

No

2. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc.

¿Podría decir si ha evidenciado estos episodios en el área que labora?

Si

3. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva a la semana?

6 vez



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

4. ¿Existen protocolos de atención para este tipo de eventualidades; y en caso de haberlo, ¿puede describirlo? Si no existiese protocolo de intervención, ¿cómo se procede ante estos casos?

Que yo sea ps. Tratarlo mediante la escucha y hablando con él

5. ¿Qué considera usted que podría mejorar o en su defecto, cambiar para la intervención de este tipo de casos?

Debería existir más profesionales de tipo de salud mental. para que cada uno vaya por área a conversar y tratar a pacientes deprimidos.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Lcda. Josefine Acebo

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

“Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos.”

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente entrevista es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Pediátrica.

1. ¿Conoce qué es la urgencia subjetiva?

No.

2. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. ¿Podría decir si ha evidenciado estos episodios en el área que labora?

Si.

3. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva a la semana?

1 vez.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

4. ¿Existen protocolos de atención para este tipo de eventualidades; y en caso de haberlo, ¿puede describirlo? Si no existiese protocolo de intervención, ¿cómo se procede ante estos casos?

No tengo conocimiento de ello. Procede a llamar al médico o al psicólogo para que lo calven.

5. ¿Qué considera usted que podría mejorar o en su defecto, cambiar para la intervención de este tipo de casos?

Una buena educación a los padres y aumento de conocimiento de médicos. También que llamen más psicólogos a la institución.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Dra. Rosa Rivas

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente entrevista es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Hombres

1. ¿Conoce qué es la urgencia subjetiva?

Estados de Asustamiento del Dete por el
cuadro patológico, para conseguir un mejor estado de salud.

2. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc.

¿Podría decir si ha evidenciado estos episodios en el área que labora?

Si

3. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva a la semana?

de 4 a 5 en la semana



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

4. ¿Existen protocolos de atención para este tipo de eventualidades; y en caso de haberlo, ¿puede describirlo? Si no existiese protocolo de intervención, ¿cómo se procede ante estos casos?

No hay conocimiento de su existencia.
Frente a dichos conductos, llamamos a psicología
o psiquiatría. Como estamos ineficientes, necesitamos
el apoyo de todo

5. ¿Qué considera usted que podría mejorar o en su defecto, cambiar para la intervención de este tipo de casos?

Aumentar la cantidad de psicólogos en el área de
emergencias. Aumentar la intervención psicológica
por ~~por~~ paciente. Deben tener psicólogos no solo en
el día, sino en la tarde y noche.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Sr./Sra./Srta.: Dr. Samuel Sanchez

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

“Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos.”

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente entrevista es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Hambres

1. ¿Conoce qué es la urgencia subjetiva?

No

2. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc.

¿Podría decir si ha evidenciado estos episodios en el área que labora?

Si

3. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva a la semana?

5 a la semana.



4. ¿Existen protocolos de atención para este tipo de eventualidades; y en caso de haberlo, ¿puede describirlo? Si no existiese protocolo de intervención, ¿cómo se procede ante estos casos?

No es de conocimiento propio, llamar al área de salud mental

5. ¿Qué considera usted que podría mejorar o en su defecto, cambiar para la intervención de este tipo de casos?

Aumento en cada sala o área del Hospital, de profesionales de la salud mental, capacitaciones constantes de la problemática.
Trabajo multidisciplinario.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Sr./Sra./Srta.: Cdo. Rosa Gozmann

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

“Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos.”

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente entrevista es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Os. Hombres

1. ¿Conoce qué es la urgencia subjetiva?

No

2. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. ¿Podría decir si ha evidenciado estos episodios en el área que labora?

Si

3. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva a la semana?

1 vez



4. ¿Existen protocolos de atención para este tipo de eventualidades; y en caso

de haberlo, ¿puede describirlo? Si no existiese protocolo de intervención,

¿cómo se procede ante estos casos?

No sabría asestar; acudir al médico
para que él haga la interconsulta
con psicólogo y médicos psiquiatras.

5. ¿Qué considera usted que podría mejorar o en su defecto, cambiar para la
intervención de este tipo de casos?

Capacitaciones, que hayan psicólogos
en la tarde y noche así es la
hora donde más se ven estos
casos.



Sr./Sra./Srta.: Cda. Josefina Salazar

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente entrevista es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias - Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Obs. Hombres

1. ¿Conoce qué es la urgencia subjetiva?

No

2. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc.

¿Podría decir si ha evidenciado estos episodios en el área que labora?

Si

3. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva a la semana?

2 veces.



4. ¿Existen protocolos de atención para este tipo de eventualidades; y en caso de haberlo, ¿puede describirlo? Si no existiese protocolo de intervención, ¿cómo se procede ante estos casos?

No sé; dirigirse a preguntarle cómo le pasa
y tratar de calmarlo para que mediante
la conversación se controle

5. ¿Qué considera usted que podría mejorar o en su defecto, cambiar para la intervención de este tipo de casos?

Charlar y escuchar.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Dra. Hortuzi Caribon

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente entrevista es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Mujeres

1. ¿Conoce qué es la urgencia subjetiva?

Lo subjetivo de lo que el paciente pueda sentir, angustia, ansiedad q' no tiene que ver con patología actual. Necesidad de atención mayor sin requerirla.

2. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc.

¿Podría decir si ha evidenciado estos episodios en el área que labora?

Todo lo ^{Semanas} ~~semanas~~ de distintas unidades.

3. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva a la semana?

1 grave avul.

1 vez a la semana.



4. ¿Existen protocolos de atención para este tipo de eventualidades; y en caso de haberlo, ¿puede describirlo? Si no existiese protocolo de intervención, ¿cómo se procede ante estos casos?

La sola vez hemos tenido 1 paciente que golpeó los muebles, los pateó y trató de agredir al personal con 1 tijera, se llamó al guardia, se contuvo pero no alcanzamos a los evaluarlo x especificidad ni a medicarlo. No sabemos si hay protocolos de el manejo se brinto en el area.

5. ¿Qué considera usted que podría mejorar o en su defecto, cambiar para la intervención de este tipo de casos?

los exámenes previos



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Dra. Samira Vallijo

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente entrevista es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias - Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Mujeres

1. ¿Conoce qué es la urgencia subjetiva?

Sees normalmente ataques de Pánico, Ansiedad
Espontánea o lo anterior.

2. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc.

¿Podría decir si ha evidenciado estos episodios en el área que labora?

SI

3. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva a la semana?

2/10



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

4. ¿Existen protocolos de atención para este tipo de eventualidades; y en caso de haberlo, ¿puede describirlo? Si no existiese protocolo de intervención, ¿cómo se procede ante estos casos?

Se llama o se interconsulta a Psicólogo
y se dao tiempo de salud mental

5. ¿Qué considera usted que podría mejorar o en su defecto, cambiar para la intervención de este tipo de casos?

Nada Porque es inespecifico e Ineficiente
por ocacion esto caso y Pasa se cuenta
con Psicólogos de Emergencia Para
Actuar Rapido en estos casos



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Cdo. Paula Bayaña H

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente entrevista es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Mujeres

1. ¿Conoce qué es la urgencia subjetiva?

No

2. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc.

¿Podría decir si ha evidenciado estos episodios en el área que labora?

Si

3. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva a la semana?

2 veces



4. ¿Existen protocolos de atención para este tipo de eventualidades; y en caso de haberlo, ¿puede describirlo? Si no existiese protocolo de intervención, ¿cómo se procede ante estos casos?

No se. -se debe llamar al médico o al psicólogo

5. ¿Qué considera usted que podría mejorar o en su defecto, cambiar para la intervención de este tipo de casos?

Dar conferencias y charlas o cursos a todos los funcionarios y profesionales de la salud para que aprendamos a sobrellevar mejor las crisis de estos Pcte,



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Lda. Ma. Eugenio Haldonado

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente entrevista es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Mujeres

1. ¿Conoce qué es la urgencia subjetiva?

No

2. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. ¿Podría decir si ha evidenciado estos episodios en el área que labora?

Si

3. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva a la semana?

1 vez



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

4. ¿Existen protocolos de atención para este tipo de eventualidades; y en caso de haberlo, ¿puede describirlo? Si no existiese protocolo de intervención, ¿cómo se procede ante estos casos?

No tengo conocimiento. Se procede a llamar
a psicología.

5. ¿Qué considera usted que podría mejorar o en su defecto, cambiar para la intervención de este tipo de casos?

Se debe dar charlas educativas sobre
este tipo de abordaje.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Dña. Marcela Cobeña

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente encuesta es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Pediátrica

1. ¿Ha escuchado del término urgencia subjetiva?

Sí No

2. Si la respuesta anterior, es (NO) ¿Cómo denominaría a la condición en la cual, los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc.?

a. R. Crisis distónica

3. Si la respuesta a la primera pregunta es (SI), ¿Por medio de quién escuchó el término urgencia subjetiva?

a. Por parte del equipo de psicología.

b. Por parte del equipo de psiquiatría.

c. Por medio de investigación en internet.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

d. Por inducción de parte de la institución.

4. ¿Ha evidenciado casos de urgencia subjetiva en su área?

a. Sí b. No

5. Si la respuesta es (SÍ), ¿cómo se manifestó la urgencia subjetiva?

a. Gritos, crisis de angustia, ausencia de lenguaje, uso del cuerpo (golpes, destrozo), falta de control de impulsos, falta de oxígeno.

b. Llantos controlables.

c. Estados de perplejidad.

d. Molestias leves con el personal médico.

6. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva?

a. Nunca.

b. De 1 a 5 veces.

c. De 5 a 10 veces.

d. De 10 veces en adelante.

7. ¿Cómo es o sería su abordaje frente a un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva?

R. O2 - tratar de tranquilizado - K. Pineda

8. ¿Cómo considera a la urgencia subjetiva?

a. Crisis de angustia generalizada.

b. Exageración de los pacientes.

c. Estados de descontrol por ausencia de medicina.

d. Pérdida total del sentido y orientación, irrespeto hacia el equipo médico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

9. ¿Por qué cree usted que se genera una urgencia subjetiva?

- a. Por noticias de posible deceso o enfermedades catastróficas.
- b. Por mala práctica profesional.
- c. Por impactos de gravedad en incidentes de cualquier índice.

Por la pérdida de sentido en cualquier eventualidad, independientemente de la situación, que afecta de manera generalizada al paciente.

10. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. qué método propondría para el correcto abordaje de estos episodios.

R. En la salud mental - aumentar psicólogos
en todo el hospital, en especial en
Emergencias.

11. En una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta, indique el grado de importancia y necesidad de conocimiento del correcto abordaje urgencias subjetivas por parte del equipo médico y personal del Hospital.

1 _____

4 X

2 _____

5 _____

3 _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Dra. María Daniela Cepeda.

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente encuesta es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias - Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Pediátrica

1. ¿Ha escuchado del término urgencia subjetiva?

Si

No

2. Si la respuesta anterior, es (NO) ¿Cómo denominaría a la condición en la cual, los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc.?

a. R. _____

3. Si la respuesta a la primera pregunta es (SI), ¿Por medio de quién escuchó el término urgencia subjetiva?

a. Por parte del equipo de psicología.

b. Por parte del equipo de psiquiatría.

c. Por medio de investigación en internet.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

d. Por inducción de parte de la institución.

4. ¿Ha evidenciado casos de urgencia subjetiva en su área?

- a. Sí b. No

5. Si la respuesta es (Sí), ¿cómo se manifestó la urgencia subjetiva?

- a. Gritos, crisis de angustia, ausencia de lenguaje, uso del cuerpo (golpes, destrozo), falta de control de impulsos, falta de oxígeno.
- b. Llantos controlables.
- c. Estados de perplejidad.
- d. Molestias leves con el personal médico.

6. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva?

- a. Nunca.
- b. De 1 a 5 veces.
- c. De 5 a 10 veces.
- d. De 10 veces en adelante.

7. ¿Cómo es o sería su abordaje frente a un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva?

R. Tranquilizar al niño y a la madre, tomar signos vitales y evidenciar su normalidad, comunicárselos a la madre.

8. ¿Cómo considera a la urgencia subjetiva?

- a. Crisis de angustia generalizada.
- b. Exageración de los pacientes.
- c. Estados de descontrol por ausencia de medicina.
- d. Pérdida total del sentido y orientación, irrespeto hacia el equipo médico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

9. ¿Por qué cree usted que se genera una urgencia subjetiva?
- a. Por noticias de posible deceso o enfermedades catastróficas.
 - b. Por mala práctica profesional.
 - c. Por impactos de gravedad en incidentes de cualquier índice.
 - d. Por la pérdida de sentido en cualquier eventualidad, independientemente de la situación, que afecta de manera generalizada al paciente.

10. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. qué método propondría para el correcto abordaje de estos episodios.

R. Realizar una guía para el abordaje de este tipo de
pacientes para así descartar y no pasar por alto
cualquier situación que tenga origen orgánico.

11. En una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta, indique el grado de importancia y necesidad de conocimiento del correcto abordaje urgencias subjetivas por parte del equipo médico y personal del Hospital.

1 _____

4 _____

2 _____

5 X

3 _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Leda. Lupe Vera Velastegui

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente encuesta es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Pediátrica.

1. ¿Ha escuchado del término urgencia subjetiva?

Sí No

2. Si la respuesta anterior, es (NO) ¿Cómo denominaría a la condición en la cual, los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc.?

a. R. Crisis de Ansiedad

3. Si la respuesta a la primera pregunta es (SI), ¿Por medio de quién escuchó el término urgencia subjetiva?

- Por parte del equipo de psicología.
- Por parte del equipo de psiquiatría.
- Por medio de investigación en internet.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

d. Por inducción de parte de la institución.

4. ¿Ha evidenciado casos de urgencia subjetiva en su área?

a. Sí b. No

5. Si la respuesta es (SÍ), ¿cómo se manifestó la urgencia subjetiva?

a. Gritos, crisis de angustia, ausencia de lenguaje, uso del cuerpo (golpes, destrozo), falta de control de impulsos, falta de oxígeno.

b. Llantos controlables.

c. Estados de perplejidad.

d. Molestias leves con el personal médico.

6. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva?

a. Nunca.

b. De 1 a 5 veces.

c. De 5 a 10 veces.

d. De 10 veces en adelante.

7. ¿Cómo es o sería su abordaje frente a un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva?

R. Tratando de calmarlo hablandole, pidiéndole que se calme y que se tranquilice.

8. ¿Cómo considera a la urgencia subjetiva?

a. Crisis de angustia generalizada.

b. Exageración de los pacientes.

c. Estados de descontrol por ausencia de medicina.

d. Pérdida total del sentido y orientación, irrespeto hacia el equipo médico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

9. ¿Por qué cree usted que se genera una urgencia subjetiva?
- a. Por noticias de posible deceso o enfermedades catastróficas.
 - b. Por mala práctica profesional.
 - c. Por impactos de gravedad en incidentes de cualquier índice.
 - d. Por la pérdida de sentido en cualquier eventualidad, independientemente de la situación, que afecta de manera generalizada al paciente.
10. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. qué método propondría para el correcto abordaje de estos episodios.

R. Traría de calmarlo por medio de conversación
explicarle que hay cosas que suceden que no
los podemos remediar. y debemos aceptarlas

_____.

11. En una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta, indique el grado de importancia y necesidad de conocimiento del correcto abordaje urgencias subjetivas por parte del equipo médico y personal del Hospital.

1 _____

4 _____

2 _____

5 _____

3 _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Leda. Soledad Acosta

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

“Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos.”

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente encuesta es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observaciones Pediátricas

1. ¿Ha escuchado del término urgencia subjetiva?
Sí _____ No
2. Si la respuesta anterior, es (NO) ¿Cómo denominaría a la condición en la cual, los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc.?
a. R. Crisis de Ansiedad
3. Si la respuesta a la primera pregunta es (SI), ¿Por medio de quién escuchó el término urgencia subjetiva?
 - a. Por parte del equipo de psicología.
 - b. Por parte del equipo de psiquiatría.
 - c. Por medio de investigación en internet.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

- d. Por inducción de parte de la institución.
4. ¿Ha evidenciado casos de urgencia subjetiva en su área?
- a. Sí b. No
5. Si la respuesta es (SÍ), ¿cómo se manifestó la urgencia subjetiva?
- a. Gritos, crisis de angustia, ausencia de lenguaje, uso del cuerpo (golpes, destrozo), falta de control de impulsos, falta de oxígeno.
- b. Llantos controlables.
- c. Estados de perplejidad.
- d. Molestias leves con el personal médico.
6. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva?
- a. Nunca.
- b. De 1 a 5 veces.
- c. De 5 a 10 veces.
- d. De 10 veces en adelante.
7. ¿Cómo es o sería su abordaje frente a un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva?

R. Controlando la ansiedad, educándolos " Explicando que van a estar bien, diciéndoles que todo lo que tienen, tiene solución "

8. ¿Cómo considera a la urgencia subjetiva?
- a. Crisis de angustia generalizada.
- b. Exageración de los pacientes.
- c. Estados de descontrol por ausencia de medicina.
- d. Pérdida total del sentido y orientación, irrespeto hacia el equipo médico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

9. ¿Por qué cree usted que se genera una urgencia subjetiva?
- a. Por noticias de posible deceso o enfermedades catastróficas.
 - b. Por mala práctica profesional.
 - c. Por impactos de gravedad en incidentes de cualquier índice.
 - d. Por la pérdida de sentido en cualquier eventualidad, independientemente de la situación, que afecta de manera generalizada al paciente.

10. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. qué método propondría para el correcto abordaje de estos episodios.

R. Que se lo tranquilice por medio del dialogo.

11. En una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta, indique el grado de importancia y necesidad de conocimiento del correcto abordaje urgencias subjetivas por parte del equipo médico y personal del Hospital.

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 5



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Dña Rosa Rivas

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente encuesta es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Hombres.

1. ¿Ha escuchado del término urgencia subjetiva?

Sí No

2. Si la respuesta anterior, es (NO) ¿Cómo denominaría a la condición en la cual, los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc.?

a. R. Pct. Ansiosos - Agitación

3. Si la respuesta a la primera pregunta es (SI), ¿Por medio de quién escuchó el término urgencia subjetiva?

- a. Por parte del equipo de psicología.
- b. Por parte del equipo de psiquiatría.
- c. Por medio de investigación en internet.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

d. Por inducción de parte de la institución.

4. ¿Ha evidenciado casos de urgencia subjetiva en su área?

a. Sí b. No

5. Si la respuesta es (Sí), ¿cómo se manifestó la urgencia subjetiva?

a. Gritos, crisis de angustia, ausencia de lenguaje, uso del cuerpo (golpes, destrozo), falta de control de impulsos, falta de oxígeno.

b. Llantos controlables.

c. Estados de perplejidad.

d. Molestias leves con el personal médico.

6. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva?

a. Nunca.

b. De 1 a 5 veces.

c. De 5 a 10 veces.

d. De 10 veces en adelante.

7. ¿Cómo es o sería su abordaje frente a un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva?

R. Ver que tenga algo que hace sospechar un
desequilibrio para ese estado de conducta.

8. ¿Cómo considera a la urgencia subjetiva?

a. Crisis de angustia generalizada.

b. Exageración de los pacientes.

c. Estados de descontrol por ausencia de medicina.

d. Pérdida total del sentido y orientación, irrespeto hacia el equipo médico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

9. ¿Por qué cree usted que se genera una urgencia subjetiva?
- a. Por noticias de posible deceso o enfermedades catastróficas.
 - b. Por mala práctica profesional.
 - c. Por impactos de gravedad en incidentes de cualquier índice.
 - d. Por la pérdida de sentido en cualquier eventualidad, independientemente de la situación, que afecta de manera generalizada al paciente.

10. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. qué método propondría para el correcto abordaje de estos episodios.

R. Más que un método, el aumento de psicólogos en el área de emergencias, porque debe haber por cada emergencia un equipo de salud mental, incluyendo psiquiatras, no solo psicólogos.

11. En una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta, indique el grado de importancia y necesidad de conocimiento del correcto abordaje urgencias subjetivas por parte del equipo médico y personal del Hospital.

1 _____

4 _____

2 _____

5

3 _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Sr./Sra./Srta.: Dr. Samuel Sanchez

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

“Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos.”

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente encuesta es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación hombres

1. **¿Ha escuchado del término urgencia subjetiva?**

Sí _____

No

2. Si la respuesta anterior, es (NO) ¿Cómo denominaría a la condición en la cual, los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc.?

a. R. Crisis de Angustia.

3. Si la respuesta a la primera pregunta es (SI), ¿Por medio de quién escuchó el término urgencia subjetiva?

a. Por parte del equipo de psicología.

b. Por parte del equipo de psiquiatría.

c. Por medio de investigación en internet.



d. Por inducción de parte de la institución.

4. ¿Ha evidenciado casos de urgencia subjetiva en su área?

- a. Sí b. No

5. Si la respuesta es (Sí), ¿cómo se manifestó la urgencia subjetiva?

- a. Gritos, crisis de angustia, ausencia de lenguaje, uso del cuerpo (golpes, destrozo), falta de control de impulsos, falta de oxígeno.
- b. Llantos controlables.
- c. Estados de perplejidad.
- d. Molestias leves con el personal médico.

6. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva?

- a. Nunca.
- b. De 1 a 5 veces.
- c. De 5 a 10 veces.

d. De 10 veces en adelante.

7. ¿Cómo es o sería su abordaje frente a un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva?

R. llamamos al psicólogo, y al descartar o confirmar
alguna alteración neurológica o bien existente, lo
mandamos a psiquiatría.

8. ¿Cómo considera a la urgencia subjetiva?

- a. Crisis de angustia generalizada.
- b. Exageración de los pacientes.
- c. Estados de descontrol por ausencia de medicina.
- d. Pérdida total del sentido y orientación, irrespeto hacia el equipo médico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

9. ¿Por qué cree usted que se genera una urgencia subjetiva?
- a. Por noticias de posible deceso o enfermedades catastróficas.
 - b. Por mala práctica profesional.
 - c. Por impactos de gravedad en incidentes de cualquier índice.
 - d. Por la pérdida de sentido en cualquier eventualidad, independientemente de la situación, que afecta de manera generalizada al paciente.

10. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. qué método propondría para el correcto abordaje de estos episodios.

R. Un método en el que se vea el trabajo multidiscipli-
plinario con médicos y profesionales del área
mental deben trabajar en equipo ante una
emergencia o crisis de Ansiedad.

11. En una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta, indique el grado de importancia y necesidad de conocimiento del correcto abordaje urgencias subjetivas por parte del equipo médico y personal del Hospital.

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 4



Sr./Sra./Srta.: Lda. Rosa Guzmán

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente encuesta es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Obs. Hombres.

1. **¿Ha escuchado del término urgencia subjetiva?**

Sí

No

2. Si la respuesta anterior, es (NO) ¿Cómo denominaría a la condición en la cual, los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc.?

a. R. Crisis de ansiedad

3. Si la respuesta a la primera pregunta es (SI), ¿Por medio de quién escuchó el término urgencia subjetiva?

a. Por parte del equipo de psicología.

b. Por parte del equipo de psiquiatría.

c. Por medio de investigación en internet.



d. Por inducción de parte de la institución.

4. ¿Ha evidenciado casos de urgencia subjetiva en su área?

- a. Sí b. No

5. Si la respuesta es (Sí), ¿cómo se manifestó la urgencia subjetiva?

- a. Gritos, crisis de angustia, ausencia de lenguaje, uso del cuerpo (golpes, destrozo), falta de control de impulsos, falta de oxígeno.
- b. Llantos controlables.
- c. Estados de perplejidad.
- d. Molestias leves con el personal médico.

6. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva?

- a. Nunca.
- b. De 1 a 5 veces.
- c. De 5 a 10 veces.
- d. De 10 veces en adelante.

7. ¿Cómo es o sería su abordaje frente a un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva?

R. Solicitar a salud mental que intervengan.

8. ¿Cómo considera a la urgencia subjetiva?

- a. Crisis de angustia generalizada.
- b. Exageración de los pacientes.
- c. Estados de descontrol por ausencia de medicina.
- d. Pérdida total del sentido y orientación, irrespeto hacia el equipo médico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

9. ¿Por qué cree usted que se genera una urgencia subjetiva?
- a. Por noticias de posible deceso o enfermedades catastróficas.
 - b. Por mala práctica profesional.
 - c. Por impactos de gravedad en incidentes de cualquier índice.
 - d. Por la pérdida de sentido en cualquier eventualidad, independientemente de la situación, que afecta de manera generalizada al paciente.

10. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. qué método propondría para el correcto abordaje de estos episodios.

R. Dejar que el Pate hable y tratar de calmarlo
explicándole que todo en la vida posee fo-
lución

11. En una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta, indique el grado de importancia y necesidad de conocimiento del correcto abordaje urgencias subjetivas por parte del equipo médico y personal del Hospital.

1 _____

4

2 _____

5 _____

3 _____



Sr./Sra./Srta.: Leda Justina Salazar

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente encuesta es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Obs. Hombres

1. **¿Ha escuchado del término urgencia subjetiva?**

Sí _____

No X

2. Si la respuesta anterior, es (NO) ¿Cómo denominaría a la condición en la cual, los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc.?

a. R. Crisis nerviosas

3. Si la respuesta a la primera pregunta es (SI), ¿Por medio de quién escuchó el término urgencia subjetiva?

a. Por parte del equipo de psicología.

b. Por parte del equipo de psiquiatría.

c. Por medio de investigación en internet.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



d. Por inducción de parte de la institución.

4. ¿Ha evidenciado casos de urgencia subjetiva en su área?

- a. Sí b. No

5. Si la respuesta es (SÍ), ¿cómo se manifestó la urgencia subjetiva?

- a. Gritos, crisis de angustia, ausencia de lenguaje, uso del cuerpo (golpes, destrozo), falta de control de impulsos, falta de oxígeno.
- b. Llantos controlables.
- c. Estados de perplejidad.
- d. Molestias leves con el personal médico.

6. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva?

- a. Nunca.
- b. De 1 a 5 veces.
- c. De 5 a 10 veces.
- d. De 10 veces en adelante.

7. ¿Cómo es o sería su abordaje frente a un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva?

R. llamar al médico de sala para que le presione
sedantes en caso de descontrol del Pcte.

8. ¿Cómo considera a la urgencia subjetiva?

- a. Crisis de angustia generalizada.
- b. Exageración de los pacientes.
- c. Estados de descontrol por ausencia de medicina.
- d. Pérdida total del sentido y orientación, irrespeto hacia el equipo médico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

9. ¿Por qué cree usted que se genera una urgencia subjetiva?

- a. Por noticias de posible deceso o enfermedades catastróficas.
- b. Por mala práctica profesional.
- c. Por impactos de gravedad en incidentes de cualquier índice.
- d. Por la pérdida de sentido en cualquier eventualidad, independientemente de la situación, que afecta de manera generalizada al paciente.

10. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. qué método propondría para el correcto abordaje de estos episodios.

R. Conversar con el Paciente hablando se calma

11. En una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta, indique el grado de importancia y necesidad de conocimiento del correcto abordaje urgencias subjetivas por parte del equipo médico y personal del Hospital.

1 _____

4 X

2 _____

5 _____

3 _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Dra. Mariuxi Cárdenas

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

“Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos.”

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente encuesta es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Mujeres

1. ¿Ha escuchado del término urgencia subjetiva?

Si No

2. Si la respuesta anterior, es (NO) ¿Cómo denominaría a la condición en la cual, los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc.?

a. R. _____

3. Si la respuesta a la primera pregunta es (SI), ¿Por medio de quién escuchó el término urgencia subjetiva?

a. Por parte del equipo de psicología.

b. Por parte del equipo de psiquiatría.

c. Por medio de investigación en internet.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

- d. Por inducción de parte de la institución.
4. ¿Ha evidenciado casos de urgencia subjetiva en su área?
- a. Sí b. No
5. Si la respuesta es (Sí), ¿cómo se manifestó la urgencia subjetiva?
- a. Gritos, crisis de angustia, ausencia de lenguaje, uso del cuerpo (golpes, destrozo), falta de control de impulsos, falta de oxígeno.
- b. Llantos controlables.
- c. Estados de perplejidad.
- d. Molestias leves con el personal médico.
6. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva?
- a. Nunca.
- b. De 1 a 5 veces.
- c. De 5 a 10 veces.
- d. De 10 veces en adelante.
7. ¿Cómo es o sería su abordaje frente a un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva?

R. El caso más grave pidió alta a petición y el familiar tuvo que llevarlo para los casos leves se los maneja con Ho de psicología y atención psiquiátrica.

8. ¿Cómo considera a la urgencia subjetiva?
- a. Crisis de angustia generalizada.
- b. Exageración de los pacientes.
- c. Estados de descontrol por ausencia de medicina.
- d. Pérdida total del sentido y orientación, irrespeto hacia el equipo médico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

9. ¿Por qué cree usted que se genera una urgencia subjetiva?
- a. Por noticias de posible deceso o enfermedades catastróficas.
 - b. Por mala práctica profesional.
 - c. Por impactos de gravedad en incidentes de cualquier índice.
 - d. Por la pérdida de sentido en cualquier eventualidad, independientemente de la situación, que afecta de manera generalizada al paciente.

10. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. qué método propondría para el correcto abordaje de estos episodios.

R. Ya lo tenemos, abordaje psicológico y en el caso de requerir farmacos control por psiquiatría. Continuar sesiones con psicología lo que se puede en 1 hora de psico y optar conter con psico hospitalarios psiquiatría eventual.

11. En una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta, indique el grado de importancia y necesidad de conocimiento del correcto abordaje urgencias subjetivas por parte del equipo médico y personal del Hospital.

1 _____

4 _____

2 _____

5

3 _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Dr. James Vallyo

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente encuesta es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Mujeres

1. ¿Ha escuchado del término urgencia subjetiva?
Sí X No _____
2. Si la respuesta anterior, es (NO) ¿Cómo denominaría a la condición en la cual, los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc.?
a. R. _____
3. Si la respuesta a la primera pregunta es (SI), ¿Por medio de quién escuchó el término urgencia subjetiva?
 a. Por parte del equipo de psicología.
b. Por parte del equipo de psiquiatría.
c. Por medio de investigación en internet.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

d. Por inducción de parte de la institución.

4. ¿Ha evidenciado casos de urgencia subjetiva en su área?

- a. Sí b. No

5. Si la respuesta es (SÍ), ¿cómo se manifestó la urgencia subjetiva?

- a. Gritos, crisis de angustia, ausencia de lenguaje, uso del cuerpo (golpes, destrozo), falta de control de impulsos, falta de oxígeno.
- b. Llantos controlables.
- c. Estados de perplejidad.
- d. Molestias leves con el personal médico.

6. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva?

- a. Nunca.
- b. De 1 a 5 veces.
- c. De 5 a 10 veces.
- d. De 10 veces en adelante.

7. ¿Cómo es o sería su abordaje frente a un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva?

R. se trata de calmar a la paciente.

8. ¿Cómo considera a la urgencia subjetiva?

- a. Crisis de angustia generalizada.
- b. Exageración de los pacientes.
- c. Estados de descontrol por ausencia de medicina.
- d. Pérdida total del sentido y orientación, irrespeto hacia el equipo médico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

9. ¿Por qué cree usted que se genera una urgencia subjetiva?
- a. Por noticias de posible deceso o enfermedades catastróficas.
 - b. Por mala práctica profesional.
 - c. Por impactos de gravedad en incidentes de cualquier índice.
 - d. Por la pérdida de sentido en cualquier eventualidad, independientemente de la situación, que afecta de manera generalizada al paciente.

10. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. qué método propondría para el correcto abordaje de estos episodios.

R. se habla con paciente y se realiza
TC a Psicología de Emergencia en la
cual ellos aceden al llamado

11. En una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta, indique el grado de importancia y necesidad de conocimiento del correcto abordaje urgencias subjetivas por parte del equipo médico y personal del Hospital.

1 5

4 _____

2 _____

5 _____

3 _____



Sr./Sra./Srta.: Leda Paula Bejarano, H.

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos."

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente encuesta es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Mujeres.

1. ¿Ha escuchado del término urgencia subjetiva?

Sí

No

2. Si la respuesta anterior, es (NO) ¿Cómo denominaría a la condición en la cual, los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc.?

a. R. Crisis de ansiedad

3. Si la respuesta a la primera pregunta es (SI), ¿Por medio de quién escuchó el término urgencia subjetiva?

a. Por parte del equipo de psicología.

b. Por parte del equipo de psiquiatría.

c. Por medio de investigación en internet.



- d. Por inducción de parte de la institución.
4. ¿Ha evidenciado casos de urgencia subjetiva en su área?
- Sí b. No
5. Si la respuesta es (SÍ), ¿cómo se manifestó la urgencia subjetiva?
- Gritos, crisis de angustia, ausencia de lenguaje, uso del cuerpo (golpes, destrozo), falta de control de impulsos, falta de oxígeno.
- b. Llantos controlables.
- c. Estados de perplejidad.
- d. Molestias leves con el personal médico.
6. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva?
- a. Nunca.
- b. De 1 a 5 veces.
- De 5 a 10 veces.
- d. De 10 veces en adelante.
7. ¿Cómo es o sería su abordaje frente a un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva?

R. Acudir a los médicos para prescripción de calmantes y a los familiares para saber más calma al Pte.

8. ¿Cómo considera a la urgencia subjetiva?
- a. Crisis de angustia generalizada.
- b. Exageración de los pacientes.
- Estados de descontrol por ausencia de medicina.
- d. Pérdida total del sentido y orientación, irrespeto hacia el equipo médico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

9. ¿Por qué cree usted que se genera una urgencia subjetiva?

- a. Por noticias de posible deceso o enfermedades catastróficas.
- b. Por mala práctica profesional.
- c. Por impactos de gravedad en incidentes de cualquier índice.
- d. Por la pérdida de sentido en cualquier eventualidad, independientemente de la situación, que afecta de manera generalizada al paciente.

10. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. qué método propondría para el correcto abordaje de estos episodios.

R. Yo hablaría con los familiares para que me ayuden a calmarlo. Ellos conocen mejor a su Papá.

11. En una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta, indique el grado de importancia y necesidad de conocimiento del correcto abordaje urgencias subjetivas por parte del equipo médico y personal del Hospital.

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sr./Sra./Srta.: Ltdo. Na. Eusebia Maldonado.

Con motivo de la realización del proyecto de grado para la obtención de título de licenciatura en Psicología Clínica con el tema:

“Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital del IESS de los Ceibos.”

Se le solicita y agradece su colaboración y nos permitimos indicarle que la presente encuesta es confidencial, cuyos resultados se darán a conocer en forma tabulada e impersonal. Es esencial que sus respuestas sean fundamentadas en la verdad.

Objetivo: Recoger información necesaria para reconocer y evaluar el abordaje a las urgencias subjetivas por parte del personal de salud en el área de Emergencias – Observaciones, del Hospital del IESS de los Ceibos:

Información general: Observación Mujeres

1. ¿Ha escuchado del término urgencia subjetiva?

Sí _____

No

2. Si la respuesta anterior, es (NO) ¿Cómo denominaría a la condición en la cual, los pacientes entren en pánico sin motivo aparente, se angustien, griten, les falte el aire, etc.?

a. R. Crisis de Ansiedad

3. Si la respuesta a la primera pregunta es (SI), ¿Por medio de quién escuchó el término urgencia subjetiva?

a. Por parte del equipo de psicología.

b. Por parte del equipo de psiquiatría.

c. Por medio de investigación en internet.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

d. Por inducción de parte de la institución.

4. ¿Ha evidenciado casos de urgencia subjetiva en su área?

- a. Sí b. No

5. Si la respuesta es (SÍ), ¿cómo se manifestó la urgencia subjetiva?

- a. Gritos, crisis de angustia, ausencia de lenguaje, uso del cuerpo (golpes, destrozo), falta de control de impulsos, falta de oxígeno.
- b. Llantos controlables.
- c. Estados de perplejidad.
- d. Molestias leves con el personal médico.

6. ¿Cuántas veces ha evidenciado una urgencia subjetiva?

- a. Nunca.
- b. De 1 a 5 veces.
- c. De 5 a 10 veces.
- d. De 10 veces en adelante.

7. ¿Cómo es o sería su abordaje frente a un paciente que se encuentra en urgencia subjetiva?

R. Muchas veces se recurre a la medicina para calmarlo

8. ¿Cómo considera a la urgencia subjetiva?

- a. Crisis de angustia generalizada.
- b. Exageración de los pacientes.
- c. Estados de descontrol por ausencia de medicina.
- d. Pérdida total del sentido y orientación, irrespeto hacia el equipo médico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

9. ¿Por qué cree usted que se genera una urgencia subjetiva?
- a. Por noticias de posible deceso o enfermedades catastróficas.
 - b. Por mala práctica profesional.
 - c. Por impactos de gravedad en incidentes de cualquier índice.
 - d. Por la pérdida de sentido en cualquier eventualidad, independientemente de la situación, que afecta de manera generalizada al paciente.
10. Si la urgencia subjetiva normalmente se presenta en los pacientes con ataques de pánico sin motivo aparente, angustien, gritos, falta de aire, etc. qué método propondría para el correcto abordaje de estos episodios.

R. Hablar con el Pte. tratar de tranquilizarlo.

11. En una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta, indique el grado de importancia y necesidad de conocimiento del correcto abordaje urgencias subjetivas por parte del equipo médico y personal del Hospital.

1 _____

4 _____

2 _____

5 X

3 _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



FACULTAD DE
FILOSOFÍA, LETRAS Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN



Apartado 09-01-4671
Teléfonos: 2209210
Guayaquil - Ecuador

2019/08/15

CPS-339- 19

Guayaquil, 15 de agosto del 2019

Psicóloga
Romina Quiroga
Coordinadora del área de Psicología del Hospital del Norte de
Guayaquil, Los Ceibos.
En su despacho.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, certifico que la Srta. Miriam Virginia Mateus Velásquez con cédula de identidad 171522688 de nacionalidad ecuatoriana, practicante y estudiante de la Unidad de Titulación de la Carrera de Psicología Clínica, se solicita la autorización para que puedan realizar encuestas y entrevistas en torno a la temática del proyecto de titulación; en el área de emergencias (observación pediátrica, observación mujeres y observación hombres) del hospital, como parte del trabajo de titulación *"Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital de los Ceibos del IESS "*, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

Debo indicar que en el trabajo de titulación en caso de requerirse datos de los pacientes constarán como N.N.

Este Trabajo Académico será publicado en el Repositorio de la Universidad.

Agradeciendo su atención a la presente, quedo de usted.

Atentamente,

Psic. Alexandra Galarza Colamarco, Mg.
Directora de la Carrera de Psicología.
alexandra.galarza@cu.ucsg.edu.ec
Telf.: 3804600 Ext. 1413 - 1419.



Instituto Ecuatoriano de Seguro Social
Hospital General del Norte de Guayaquil, Los Ceibos

Dra. Romina Quiroga Galarza
ESS Responsable del Servicio de Psicología

ECUADOR INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE GUAYAQUIL, LOS CEIBOS
2019
20 AGO 2019
SUBDIRECCIÓN CLÍNICA QUIRÚRGICA

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Mateus Velásquez, Miriam Virginia**, con C.C: # **1715822688** autora del trabajo de titulación: **Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital de los Ceibos del IESS** 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, **09** de **septiembre** de **2019**

f. _____

Nombre: **Mateus Velásquez, Miriam Virginia**

C.C: **1715822688**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Estrategias para el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital de los Ceibos del IESS		
AUTORA:	Mateus Velásquez, Miriam Virginia		
REVISOR/TUTOR:	Psic. Cl. Rodolfo Francisco, Rojas Betancourt, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	09 de septiembre de 2019	No. DE PÁGINAS:	167
ÁREAS TEMÁTICAS:	Urgencia Subjetiva, Institución Hospitalaria, Práctica Lacaniana		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Palabras Claves: estructura subjetiva, hospital, urgencia subjetiva, emergencia subjetiva, subjetividad, discurso del amo, psicoanálisis		

RESUMEN/ABSTRACT: El presente proyecto de investigación titulado como “Estrategias para el manejo de urgencias subjetivas dentro del área de emergencias, del Hospital de los Ceibos del IESS”, tiene como objetivo, analizar en dicha área, el manejo y abordaje de las urgencias subjetivas. Con la finalidad de proponer posibles formas de intervención y abordaje ante dichos casos. La redacción consta de cinco partes en las que se detalla inicialmente una teorización sobre el manejo de instituciones hospitalarias, posteriormente, el manejo de urgencias en el ámbito hospitalario que atañe a cómo se da la práctica analítica dentro del ámbito hospitalario y a la vez el desenvolvimiento del psicólogo frente a las demandas del médico. Se plantea una metodología cualitativa, sustentada en base a instrumentos de investigación: encuestas y entrevistas. Donde el resultado del análisis de las mismas, arrojó que, la mayoría del personal médico, posee cierto desconocimiento de lo que implica una urgencia subjetiva; motivo por el que se procede a un manejo poco adecuado de estos casos y en ciertos momentos dado al furor curandis, se evidencian las negligencias médicas. Para finalmente dar la culminación del proyecto con posibles propuestas para el manejo y abordaje de una urgencia subjetiva. Pues se sigue evidenciando el marco técnico del cuerpo médico, donde se ve al sujeto como una masa que en camilla solo amerita medicación, más allá de la preocupación por la subjetividad del paciente. De allí la importancia del psicólogo en una institución donde se olvida del tiempo lógico del padecer del paciente.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTORA:	Teléfono: +593 981451792	E-mail: virgi.mateus@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Martínez Zea, Francisco Xavier, Mgs.	
COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419	
	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):	