



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

TEMA:

**Lo real de la muerte como factor desencadenante de las
urgencias subjetivas en el personal médico hospitalario,
durante la pandemia por COVID-19, en la ciudad de
Guayaquil- Ecuador**

AUTORA:

Peña León, Joyce Elisa

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

TUTOR:

Psi. Cl. Velázquez Arbaiza, Ileana, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

11 de febrero del 2021



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 **Peña León, Joyce Elisa**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTORA

f. _____
Psi. Cl. Velázquez Arbaiza, Ileana, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Psi. Galarza Colamarco, Alexandra, Mgs.

Guayaquil, a los 11 del mes de febrero del año 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Peña León, Joyce Elisa**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Lo real de la muerte como factor desencadenante de las urgencias subjetivas en el personal médico hospitalario, durante la pandemia por COVID-19, en la ciudad de Guayaquil- Ecuador** 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 11 del mes de febrero del año 2021

LA AUTORA

f. _____

Peña León, Joyce Elisa



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Peña León, Joyce Elisa**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Lo real de la muerte como factor desencadenante de las urgencias subjetivas en el personal médico hospitalario, durante la pandemia por COVID-19, en la ciudad de Guayaquil- Ecuador**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 11 del mes de febrero del año 2021

LA AUTORA:

f. _____

Peña León, Joyce Elisa

INFORME URKUND



Document Information

Analyzed document	Lo real de la muerte como factor desencadenante de las urgencias subjetivas en el personal médico hospitalario dur ante la pandemia por COVID-19 Joyce Peña León.doc (D95557240)
Submitted	2/15/2021 4:06:00 AM
Submitted by	
Submitter email	ileanavelazarb@hotmail.com
Similarity	0%
Analysis address	ileana.velazquez.ucsg@analysis.orkund.com

TEMA: Lo real de la muerte como factor desencadenante de las urgencias subjetivas en el personal médico hospitalario durante la pandemia por COVID-19.

ESTUDIANTE:

Joyce Elisa Peña León

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME ELABORADO POR:

A handwritten signature in blue ink on a light blue background. The signature is cursive and appears to read "Ileana Velázquez Arbaiza".

Psi. Cl. Ileana Velázquez Arbaiza, Mgs.

AGRADECIMIENTOS

A Sassy, Marco, Mirella, Diego, Karla, Carlos, Leonardo y Angélica quienes estuvieron pendientes de mi proceso de titulación y no dudaron en apoyarme en mis estudios. Le agradezco a mi padre quién ha sido un pilar fundamental en mi vida y me ha apoyado en mis decisiones.

Agradezco a mis abuelos y la señora Piedad por estar pendientes en todos mis los procesos.

A Ileana Velázquez, gracias por su tiempo y dedicación en la dirección de este trabajo investigativo.

Así mismo, agradezco a Vanessa, Emily, Stalyn, José y Allisson por los años de amistad; que, desde el pre entre risas, llantos, acuerdos, desacuerdos, buenos y malos momentos pudimos trabajar en equipo y aprender durante estos 5 años.

DEDICATORIA

Dedicado a quienes no están y a los que aún están. A la población que cuida más de lo que se cuida. La pandemia por COVID-19 aún no termina y no sabemos con exactitud cuándo terminará, lo que sí sabemos es que, si bien ha quitado, también ha traído consigo la invocación y la creación de nuevos espacios.

Dedicado a mi sobrina, Karla.

Aún no está todo perdido, no dejemos que el miedo sea nuestro límite, en la vida se presentaran obstáculos y como tal, te equivocarás, aprenderás y lo superarás.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Psi. Alexandra Galarza Colamarco, Mgs.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Psi. Francisco Martínez Zea, Mgs.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Psi. Mariana Estacio Campoverde, Mgs.
OPONENTE

ÍNDICE

Índice

Planteamiento del problema de investigación	5
Formulación del problema de investigación	6
Objetivos	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos	7
Antecedentes	8
CAPÍTULO I	12
Subjetividad, síntoma, Urgencias Subjetivas: Conceptualizaciones.....	12
desde el psicoanálisis	12
Capítulo II.....	22
COVID-19: Lo real de la muerte	22
CAPÍTULO III	33
Urgencias Subjetivas: Casos clínicos.....	33
Metodología.....	45

RESUMEN

En el 2020, la pandemia por COVID-19 ocasionó un encuentro con lo real de la muerte, la muerte puede ser entendida como el contacto en bruto con lo real, ya que para poder describir que es estar muerto, primero se debe estarlo. De tal manera, lo real es entendido como lo indecible, incognoscible y no significado. Este trabajo de investigación cualitativa tomó en consideración a los médicos hospitalarios que estuvieron al inicio y brote de la pandemia, por ende, la muestra es no probabilística o muestras dirigidas. Las técnicas que se utilizaron son las entrevistas abiertas, la revisión y recolección de fuentes bibliográficas, tomando en consideración la perspectiva psicoanalítica. La investigación se dirige a analizar y contextualizar, mediante el estudio de casos y la revisión y análisis cualitativo de las fuentes bibliográficas recopiladas, cómo el real de la muerte durante la pandemia por la COVID-19 convoca urgencias subjetivas y cómo está interviene en el personal médico hospitalario, en la ciudad de Guayaquil- Ecuador. Comprendiendo a la urgencia subjetiva en la inmediatez que la atención es requerida por el paciente. Lo real irrumpe en el sujeto y resiste a los esfuerzos de este en ponerle significación, he ahí la pertinencia del uso del dispositivo de urgencias subjetivas, y de poder brindarles el espacio de escucha y palabra a los pacientes; donde en el encuentro con lo real las palabras no alcanzan, el uso del dispositivo permitió un espacio de tramitación a eso que había quedado no simbolizado o no articulado.

Palabras Claves: COVID-19, real, Urgencias subjetivas, muerte, médicos hospitalarios, psicoanálisis, pandemia.

ABSTRACT

In 2020, the COVID-19 pandemic caused an encounter with the real of death, death can be understood as raw contact with the real, since in order to describe what it is to be dead, you must first be dead. In such a way, the real is understood as the unspeakable, unknowable and not signified. This qualitative research work took into account the hospital doctors who were at the beginning and outbreak of the pandemic, therefore, the sample is non-probabilistic or directed samples. The techniques that were used are open interviews, the review and collection of bibliographic sources, taking into consideration the psychoanalytic perspective. The research is aimed at analyzing and contextualizing, through the study of cases and the review and qualitative analysis of the bibliographic sources collected, how the real of death during the COVID-19 pandemic calls for subjective emergencies and how it intervenes in the personnel medic hospital, in the city of Guayaquil-Ecuador. Understanding the subjective urgency in the immediacy that the care is required by the patient. The real bursts into the subject and resists his efforts to give it meaning. That is the relevance of using the subjective emergency device, and of being able to provide the space for listening and speaking to patients; where in the encounter with the real the words are not enough, the use of the device allowed a space for processing that which had not been symbolized or not articulated.

Keywords: COVID-19, real, Subjective emergencies, death, hospital doctors, psychoanalysis, pandemic.

Lo real de la muerte como factor desencadenante de las urgencias subjetivas en el personal médico hospitalario, durante la pandemia por COVID-19, en la ciudad de Guayaquil- Ecuador.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo tomó en consideración el enfoque psicoanalítico, y tuvo como finalidad analizar y contextualizar, mediante el estudio de casos y la revisión y análisis cualitativo de las fuentes bibliográficas recopiladas, cómo el real de la muerte durante la pandemia por la COVID-19 convoca urgencias subjetivas y cómo está interviene en el personal médico hospitalario, en la ciudad de Guayaquil- Ecuador. Primero se resaltó que se entiende por el dispositivo de urgencias subjetivas, después, se identificó cual es impacto que ha tenido lo real de la muerte durante la contingencia de la pandemia por COVID-19, en el personal médico hospitalario. Para posterior, enunciar la pertinencia de la atención de las urgencias subjetivas y así determinar las consecuencias de lo real de la muerte en la subjetividad de los médicos hospitalarios.

Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019-2020, la COVID-19:

Es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente la COVID-19 es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo. (Organización Mundial de la Salud, 2020, párr. 3)

La OMS está en constante actualización y monitoreo sobre los datos de la COVID-19. Esta enfermedad se puede propagar de persona a persona; como consecuencia de esto, el primer caso de coronavirus en Ecuador fue detectado a finales del mes de febrero del 2020, posterior a esto, desde los meses de marzo a julio se registraron brotes alarmantes a nivel del país. Este brote trajo como consecuencia que las instituciones públicas y privadas del Ecuador pasen por un momento de urgencia, el cual puso a prueba las medidas, recursos y accionar de estas para hacer frente a este factor actual, la pandemia por COVID-19, de tal forma que las falencias de las instituciones se hicieron notables.

La pandemia se ha vivido como una urgencia generalizada, que ha conmocionado tanto a la institución como al personal médico hospitalario. Esta urgencia no solo atravesó a los pacientes que llegaban a la institución a pedir un servicio de salud; sino que también, atravesó a los profesionales, quienes se encontraban sin recursos, tanto de bioseguridad como subjetivos, para responder ante las consecuencias de la pandemia.

¿Cómo estas urgencias repercuten en la subjetividad del médico hospitalario? La propuesta de esta investigación ha sido analizar las consecuencias que han afectado su cotidianidad. Para ello, se analizó el impacto que tiene lo real de la muerte en las urgencias subjetivas de los médicos que estuvieron en servicio activo durante el inicio y brote de la pandemia por COVID-19; a quienes se les ofreció asistencia psicológica, como espacio de sentido para contribuir en hacer soportable lo insoportable de lo real de la muerte. Muerte, término que, aunque puede considerarse hasta cotidiano para el personal, en hospitales y centros de salud, deja de serlo cuando toma un rostro de horror más perteneciente a una guerra que a un hospital. La pandemia ha recordado, de forma brutal, la vulnerabilidad del ser humano a la enfermedad y a la muerte; convirtiéndose en un detonante

que irrumpe y conmueve los cimientos simbólicos, que hasta ese momento le eran útiles para lidiar con su cotidianidad.

Este trabajo investigativo es pertinente ya que posee una relevancia social dada la situación actual, la pandemia por COVID-19, que ha impactado a todo el mundo. La contingencia trajo consigo la innovación y renovación de espacios en todas las áreas; tanto laboral, educativo, económico, social y de salud. Salud, que no solo involucra el funcionamiento orgánico del cuerpo, sino también, la salud mental de los sujetos. Por ende, el presente estudio toma en consideración las dimensiones bio-psico-social-cultural del ser humano. Es así que la investigación propuesta se articula con el dominio cinco (5) de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil: Educación, comunicación, arte y subjetividad. Entre las dimensiones de los dominios de la UCSG es relevante puesto que se enfoca en la cultura y Bien-estar del desarrollo integral de la persona. Se relaciona con la línea de investigación de la UCSG: Problemas del sujeto y su relación en distintos entornos. (Vicerrectorado de Investigación y Posgrado, 2020)

Así mismo, el trabajo investigativo posee relevancia y pertinencia para la UCSG, puesto que se basa en ejes y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una vida. Siendo así destacado el Eje 1, el cual alude a derechos para todos durante toda una vida; y el objetivo 1, el cual refiere a garantizar una vida digna con iguales oportunidades. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017)

El trabajo será de magnitud cualitativa, por lo cual se construirá en base a fuentes bibliográficas para conceptualizar los hallazgos encontrados en el análisis de casos. Además, se fundamenta en conceptos teóricos orientados por el psicoanálisis.

Planteamiento del problema de investigación

Debido a la contingencia de la pandemia por COVID-19 en el año 2020, los hospitales han quedado saturados y sin recursos. Dentro de estos, en primera línea se mantienen el personal médico, paramédico y administrativo de los hospitales, ya sean públicos o privados. Son ellos, quienes han brindado cuidados, soporte y hasta su propia vida en el servicio con la finalidad de poder ayudar a los pacientes. Dentro de los hospitales las cosas no han sido fáciles, por más esfuerzo que hayan puesto, la COVID-19 aún no tiene cura; al estar en primera línea, a los médicos les ha tocado enfrentarse cara a cara con la muerte masiva de los pacientes y del propio personal médico.

Tanto el inicio como el brote de la pandemia produjo angustia y horror. Si bien es cierto, dentro de los hospitales la muerte es un tema muy común, el aumento masivo de las cifras de muertos se constituyó en un hecho alarmante. Los hospitales quedaron saturados y sin recursos, lo que se podía evidenciar en las largas filas que hacían los pacientes para poder ser atendidos. Sin embargo, no todos llegaban a tener una consulta, ya que morían en las largas esperas. Dentro del hospital no había lugar para colocar a los enfermos y las morgues saturadas dejaron a los cadáveres sin lugar.

Estas experiencias traumáticas fueron el posible detonante de urgencias subjetivas, que atravesaron no solo a los pacientes y a sus familiares, sino también el personal médico; los cuales sobre todo también son seres humanos, que sienten, piensan y enferman. Los médicos se focalizan en buscar respuestas orgánicas ante las enfermedades y padecimientos; sin embargo, la pandemia por COVID-19 dejó sin respuestas a los encargados de la salud. Quedando así desprevenidos ante su profesión y a su vez ante la situación global. Muchos de los médicos que estuvieron en el inicio y brote de la pandemia estuvieron cara a cara con lo

real de la muerte, lo cual los movilizó y los dejó sin respuestas. Influyendo así estas experiencias traumáticas en las urgencias subjetivas, presentadas como insomnio, falta de apetito, llanto, ataques de ansiedad, estar en alerta constante, etc. Siendo estos síntomas las posibles formas que los médicos tuvieron para responder ante lo indecible de los acontecimientos vividos; síntomas que, si bien probablemente posibilitaron respuestas ante lo indecible, también causaron malestar en la cotidianidad de los médicos.

Formulación del problema de investigación

1. ¿Cómo la teoría psicoanalítica entiende el dispositivo clínico para la atención de las urgencias subjetivas?
2. ¿Qué impacto ha tenido lo real de la muerte durante la contingencia de la pandemia por COVID-19 en el personal médico hospitalario?
3. ¿Cuál ha sido la pertinencia de atender las urgencias subjetivas de los médicos que estuvieron en servicio activo, durante el inicio y brote de la pandemia por COVID-19?

Objetivos

Objetivo general

Analizar lo real de la muerte como factor desencadenante de las urgencias subjetivas en el personal médico hospitalario, durante el inicio y brote de la pandemia por COVID-19, para enunciar sus consecuencias a partir del estudio de los casos atendidos en la práctica pre-profesional, desde la perspectiva psicoanalítica.

Objetivos específicos

1. Definir el dispositivo clínico de intervención a las urgencias subjetivas, desde la teoría con orientación psicoanalítica, para contextualizar la modalidad de abordaje de urgencias subjetivas, a través de un análisis bibliográfico.
2. Identificar el impacto de lo real de la muerte durante la contingencia de la pandemia por COVID-19, para determinar los factores desencadenantes de las urgencias subjetivas de los médicos hospitalarios, a través de los casos atendidos en la práctica pre-profesional.
3. Enunciar la pertinencia de la atención de las urgencias subjetivas, para determinar las consecuencias de lo real de la muerte en la subjetividad de los médicos hospitalarios, a través del estudio de casos, atendidos en la práctica pre-profesional.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

En Ecuador, la primera semana de abril del 2020, el viceministro de Salud Ernesto Carrasco, durante el informe diario de cifras de contagiados por COVID-19 en el país, dio a conocer los descensos relacionados con la actividad laboral de atención hospitalaria. De los cuales, según datos recuperados por El Universo, el 5 de abril del 2020:

Unas 1600 personas, entre médicos, enfermeras, administrativos, tecnólogos y otros, hacen parte de las cifras de contagiados y sospechosos en el personal que labora en el Sistema de Salud en Ecuador. Eso significa el 20% de los 8783 casos entre 3646 contagiados y 5137 sospechosos. (El Universo, 2020, párr.1)

El personal de las instituciones hospitalarias, han sido y son quienes durante la emergencia sanitaria no han parado de ejercer. Estando en primera línea batallando contra la COVID-19, han sido quienes les ha tocado presenciar escenas que involucran un contacto muy cercano a la muerte, que ha ido más allá de lo cotidiano en las instituciones hospitalarias. Siendo así la pandemia por Covid-19 comparada con lo más cercano a estar en una guerra. Idea que comparte Rodolfo Rodríguez Martínez, psicólogo de emergencia y desastres del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Guayaquil, quien ha brindado soporte psicológico a pacientes de COVID-19 y familiares en urgencias; así mismo brindó asistencia gratuita a profesionales médicos de tres hospitales de Guayaquil. Él comenta que hay "...un desbordamiento de la demanda asistencial, la cual ha sobrepasado la capacidad de lo que la institución podía abarcar" (citado por Villegas, 2020, párr. 5).

Según las atenciones que ha logrado Rodríguez con el personal médico, paramédicos, enfermeras, equipo hospitalario, Fuerzas Armadas,

Policía Nacional y personal de las agencias de tránsito, los temas que se han abordado giran en torno a cambios o alteraciones emocionales, conductuales, físicas y cognitivas.

Según un artículo del diario El Universo, *Personal de salud en Ecuador estaría al borde de sufrir ataques de pánico, ansiedad y depresión por COVID-19*, de Ricardo Zambrano publicado el 12 de abril del 2020. Comenta que actualmente no hay investigación que respalde tal hipótesis (Zambrano, 2020). Pero, “Daniela Ziritt, psicóloga y docente de la Universidad San Francisco de Quito, considera que el personal médico del país está padeciendo de una presión psicológica y emocional fuerte y sin medios para aliviarla” (Zambrano, 2020, párr. 5). Ziritt afirma que el personal médico está constantemente con miedo a contagiarse, al igual que todo individuo. Tanto las enfermeras, conductores de ambulancia, doctores, los que dan primeros auxilios, bomberos o los que levantan cadáveres, no cuentan con recursos para poder tener una estabilidad emocional, incluso la estabilidad laboral necesaria (Zambrano, 2020).

En Ecuador, durante el 2020 no se han realizado investigaciones sobre la salud mental de los profesionales, quienes brindaron servicios durante el inicio y brote de la pandemia por COVID-19. Dado que la pandemia no solo afectó a Ecuador, para este trabajo investigativo se buscaron artículos e investigaciones a nivel nacional y mundial.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha publicado unos *Lineamientos Operativos para la Intervención de Salud Mental en la Emergencia Sanitaria* (2020). Dichos lineamientos contemplan las modalidades de abordaje e intervención de los profesionales de la salud mental hacia los pacientes con COVID-19, en los tres niveles de atención del MSP del Ecuador. Así mismo, se encontró el *Protocolo para Atención*

Teleasistida de Salud Mental en COVID-19 (2020), el cual también está enfocado en la atención pre-hospitalaria de los pacientes.

Con relación a la salud mental de los médicos hospitalarios durante la pandemia por COVID-19, no se encontraron lineamientos ni protocolos. Sin embargo, se encontró una investigación cuantitativa titulada *Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19*; la cual pone en evidencia que durante la pandemia por COVID-19 “...los profesionales de salud ecuatorianos estuvieron expuestos a altos niveles de estrés en el ámbito laboral, lo que produjo que un gran porcentaje de ellos (cerca del 95%) sufriera SB severo y moderado” (Vinueza, Aldaz, Mera, et al., 2020, p. 12).

Debido a la escasez de datos bibliográficos, investigaciones o artículos científicos en el país en el año 2020, se buscaron datos sobre la salud mental de los médicos hospitalarios a nivel mundial para poder enriquecer el trabajo investigativo. Entre los artículos pertinentes se encontró, *The Effects of COVID 19 Process on Health Care Workers: Analysing of the Relationships between Optimism, Job Stress and Emotional Exhaustion*. Una investigación cuantitativa realizada en una ciudad de Turquía, que enfatizó en “determinar los niveles de optimismo, estrés y agotamiento emocional de profesionales de la salud relacionados con COVID-19 y el efecto directo e indirecto del optimismo en el agotamiento emocional causado por COVID-19” (Özdemir & Kerse, 2020, p. 3).

Otra de las investigaciones pertinentes fue *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*; una investigación cuantitativa que refiere a la salud mental de los trabajadores de atención médica de primera línea, que

estuvieron en servicio activo durante la pandemia por COVID-19 en Wuhan, China. De esta investigación se resaltó la siguiente conclusión:

Los trabajadores de la salud de primera línea que participan en el diagnóstico, tratamiento y cuidado directo de pacientes con COVID-19 se asociaron con un mayor riesgo de síntomas de depresión (OR, 1,52; IC del 95%, 1,11-2,09; P = 0,01), ansiedad (OR, 1,57; IC del 95%, 1,22-2,02; P <0,001), insomnio (OR, 2,97; IC del 95%, 1,92-4,60; P <0,001) y angustia (OR, 1,60; IC del 95%, 1,25 -2,04; p <0,001). (Lai, Ma, Wang, et al., 2020, p. 1)

Las investigaciones encontradas han sido cuantitativas y resaltan los síntomas experimentados por los médicos hospitalarios durante la pandemia por COVID-19. Sin embargo, con relación a nuestro tema: Lo real de la muerte como factor desencadenante de las urgencias subjetivas en el personal médico hospitalario, durante la pandemia por COVID-19, no se encontraron investigaciones o artículos similares durante el 2020.

CAPÍTULO I

Subjetividad, síntoma, Urgencias Subjetivas: Conceptualizaciones desde el psicoanálisis

Subjetividad

¿Qué se entiende por subjetividad? Aquello que caracteriza lo singular de cada sujeto, es decir, su deseo, su goce, su percepción y sus puntos de vista, sus formas de responder ante los acontecimientos, sus síntomas; lo que singulariza al sujeto de los otros sujetos. “El fantasma es la respuesta que el sujeto construye al enigma del deseo del Otro (...) es el sostén o soporte del deseo” (Fuentes, 2020, párr. 37). Cada sujeto posee una única forma para responder ante el otro, tomando en cuenta su estructura.

No obstante, existen contingencias que pueden dejar al sujeto sin respuestas. Contingencias que más allá de calificarlas como positivas o negativas, movilizan al sujeto. Siendo así los síntomas una de las formas que el sujeto tiene para responder ante este encuentro. Síntomas, que desde la perspectiva psicoanalítica son “intentos de curación, aunque fallidos, son creaciones singulares al servicio de un trabajo de defensa del sujeto frente la angustia” (Coccoz, 2014, p. 12).

Lacan con el nudo borromeo pretende explicar el funcionamiento de la estructura psíquica del sujeto. Destacando en este concepto lacaniano la concepción de lo Real, lo Simbólico y lo Imaginario. Estos tres registros se enlazan y ninguno prevalece por sobre los otros, “...los tres se sostienen entre ellos realmente...” (Lacan, 1974b, p. 9). Idealmente manteniendo un

equilibrio, cada cuerda contiene parte de lo real. En las intersecciones "...se ubica el matema lacaniano de los goces (fálico, del Otro y de sentido)" (Barrionuevo, 2011, p. 101).

Aunque podrían faltar palabras para explicar con mayor detenimiento, posiblemente resumida la concepción de los tres registros RSI tendríamos que: lo imaginario, podría estar entendido, a la imagen de aquella experiencia "...que desde lo visual otorga ciertas respuestas al sujeto" (Barrionuevo, 2011, p. 102). Tiene como base la estructura del yo, puesto que se va construyendo mediante la imagen del semejante, en donde la madre juega un papel esencial. Lo simbólico, podría estar entendido por aquello que va del orden de la cultura, del lado del lenguaje, siendo este esencialmente lingüístico; está relacionado al campo del saber: de la cultura y del gran Otro.

Por otro lado, lo real, podría estar entendido como aquello que es imposible, innombrable, de lo impensable, incognoscible, no simbolizado, no representado, de aquello que irrumpe en el sujeto y resiste a los esfuerzos de él por ponerle significación. Lo real carece de sentido; justo por esto, es pertinente también aclarar al lector que lo real no es lo mismo que realidad. La realidad, es la manera que los seres humanos entendemos el mundo, dado esto, la realidad estaría ubicada dentro de los registros imaginarios y simbólicos. ¿Es lo mismo Real que el mundo? No, Lacan refiere que el mundo, obtiene su representación de la unión de las tres consistencias: lo Simbólico, lo Imaginario y lo Real.

Ahora bien, el sujeto ante lo real puede responder de dos maneras: en lo real o en lo imaginario. Es de relevancia para el lector aclarar que la angustia puede estar presente en el sujeto durante cualquier etapa de su vida. Cuando el sujeto pasa por este suceso caótico, en el mejor de los

casos podrá poner en palabras lo que le angustia, lo que evitará un desborde. De no ser así, el sujeto puede devenir en acto, a través del pasaje al acto o del acting out. Y tal como Lacan indica en el Seminario 10, *La angustia*, el acting out y el pasaje al acto son el último recurso del sujeto contra la angustia (Lacan, 1962a).

El encuentro con lo real, provoca en el sujeto angustia, la cual lo llena, lo desborda, dejándolo sin significantes capaz de representar al sujeto; sin ninguna respuesta simbólica, el sujeto cae de la escena a través del pasaje al acto. O en otras ocasiones, pueden presentarse como acting out, en este a diferencia del pasaje al acto, hay un mensaje que está dirigido hacia el Otro, se identifica con un significante, poniendo en juego el ser y el goce; relacionado con el sentido sin perder esta relación con el Otro. Según Lacan “El acting out es esencialmente algo, en la conducta del sujeto, que se muestra. El acento demostrativo de todo acting out, su orientación hacia el Otro, debe ser destacado” (Lacan, 1962b, p. 136).

Siguiendo con el nudo borromeo, ¿qué pasaría si alguno de los registros se desprende de su interrelación? Si uno de ellos se desprende se deshace el nudo completamente, es decir, se desanuda. Ahora bien, en la unión centro de los tres registros se encuentra ubicado el objeto a, en base a este, es sobre lo que el fantasma escribirá desde lo real, simbólico y lo imaginario, es justo desde aquí, que se llegará a la respuesta de la interrogante que genera el deseo del Otro.

Síntoma

¿Qué es el síntoma? Según la Real Academia Española (RAE), los síntomas son: “Manifestación reveladora de una enfermedad (...) Señal o indicio de algo que está sucediendo o va a suceder” (Real Academia Española, 2020, p. 1). Siendo los síntomas no observables, a diferencia de los signos, ni tampoco medibles; dependen de cada persona y de su umbral de dolor, tanto físico como mental. Ahora bien, ¿a qué síntomas se refiere el trabajo investigativo? Los síntomas desde el psicoanálisis, como se refiere en el apartado anterior, son intentos de curación, los cuales apuntan a lo singular del sujeto ante la defensa contra la angustia.

De los síntomas se debe tener en cuenta que el psicoanálisis no tiene como finalidad eliminarlos, sino trabajar desde sus orígenes, como menciona Freud en la *conferencia 28, La terapia analítica*, “...la terapia analítica hinca más hacia la raíz, llega hasta los conflictos de los que han nacido los síntomas y se sirve de la sugestión para modificar el desenlace de esos conflictos” (Freud, 1916c, p. 410).

Entonces, ¿qué son los síntomas desde Freud? Como refiere en la *23 Conferencia, Los caminos de la formación de síntoma*, los síntomas son “...actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad y conllevan displacer o sufrimiento para ella” (Freud, 1916b, p. 326). Los síntomas generan displacer, malestar en la vida del sujeto. El sentido de los síntomas va a estar siempre desconocido por el enfermo y “...el análisis muestra por lo regular que estos síntomas son retoños de procesos inconscientes que, empero, bajo diversas condiciones favorables, pueden hacerse conscientes” (Freud, 1916a, p. 255). Es esencial en el sentido del

síntoma saber desde dónde se origina y su fin, o su propósito al que está dirigido.

Angustia

¿Es lo mismo angustia, miedo y terror? Freud hace una diferenciación en *Más allá del principio de placer*, en donde resalta que "...se usan equivocadamente como expresiones sinónimas; se las puede distinguir muy bien en su relación con el peligro" (Freud, 1920, p. 12). Por un lado, el miedo siempre será a un objeto determinado y solo frente a este es que se siente; el terror, en cambio es el estado que tiene el sujeto cuando está frente a una situación para la que no está preparado, el factor sorpresa juega un papel esencial en la diferenciación. Y la angustia, es el estado de expectativa frente al peligro y preparación para el peligro, aunque este sea desconocido.

A continuación, se resaltan algunas concepciones sobre la angustia: Freud en *Psicología de las masas y análisis del yo*, con relación a la angustia menciona "En un individuo, la angustia será provocada por la magnitud del peligro o por la ausencia de ligazones afectivas (investiduras libidinales)" (Freud, 1921, p. 92). Así mismo, Freud en *Inhibición, síntoma y angustia*, menciona que "...la angustia es la relación del yo frente al peligro" (Freud, 1926, p. 122). También menciona que la angustia es aquella reacción del yo frente a la situación de peligro, sin embargo, si el yo hace algo para evitar dicha situación o sustraerse de ella, el sujeto puede dar apertura a los síntomas; es decir, los síntomas son creados para "...evitar la situación de peligro que es señalada mediante el desarrollo de angustia" (Freud, 1926, p. 122).

Lacan en el Seminario 10, *La angustia*, menciona que la angustia tiene como característica ser "...lo que no engaña" (Lacan, 1962b, p. 130). Así mismo aclara que la angustia es "...un afecto" (Lacan, 1962a, p. 22). Es un temor sin objeto "...sostiene esa relación de no ser sin objeto, a condición de expresar la reserva de que ello no implica decir ni poder decir, como para otro, de qué objeto se trata" (Lacan, 1962c, p. 145). Es decir, la angustia lleva a la función de la falta, falta que es esencial para la construcción de toda lógica, "...puede decirse que la historia de la lógica es la de sus éxitos en ocultarla, con lo cual se asemejaría a una suerte de vasto acto fallido, si damos al término su sentido positivo" (Lacan, 1962c, p. 145).

Lacan en el Seminario 22, *RSI*, resalta las concepciones de *Inhibición, síntoma y angustia*, de Freud. De lo cual refiere que la angustia es parte de lo Real, es la que da su sentido a la naturaleza del goce que se da por el recorte, por el recorte euleriano de lo Real y de lo Simbólico (Lacan, 1974a, p. 7). Así mismo, del síntoma menciona que es en él que se identifica lo se produce en el campo de lo real, pudiendo ser signo de que algo no anda en lo real. Con relación a la inhibición resalta que es un asunto del cuerpo, "...es lo que en alguna parte se detiene por inmiscuirse, si puedo decir, en una figura que es figura de agujero, de agujero de lo Simbólico" (Lacan, 1974a, p. 7). Y refiere que la angustia "...es lo que es evidente, es lo que del interior del cuerpo existe cuando hay algo que lo despierta, que lo atormenta" (Lacan, 1974b, p. 12).

Entonces, ¿qué despierta la angustia del sujeto y lo lleva al acto? Pues, bien, según Freud lo que despierta la angustia en el sujeto y lo lleva a actuar, en cualquiera de sus dimensiones, es la angustia traumática, más no la angustia señal, esta es sentida a nivel del yo, puesto que "...emerge ante la vivencia de lo siniestro, que puede conducir a que el sujeto sienta que queda ubicado en la posición de objeto del deseo del Otro y, por lo tanto, exiliado de su subjetividad" (Barrionuevo, 2011, p. 97).

El síntoma refleja que algo no anda, que no es exactamente en lo Real, sino en el campo de lo Real, que se sostiene en el lenguaje; el síntoma es “el efecto de lo Simbólico en tanto que aparece en lo Real” (Lacan, 1974d, p. 43). Según Lacan el síntoma “...no es definible de otro modo que por la manera en que cada uno goza del Inconsciente en tanto que el Inconsciente lo determina” (Lacan, 1974c, p. 36).

Una vez expuestas algunas conceptualizaciones, desde el psicoanálisis, acerca de los términos de angustia y síntoma, se da apertura a la explicación de lo que son las urgencias subjetivas y el dispositivo US.

El psicoanálisis y las Urgencias Subjetivas: el dispositivo clínico

Se considera pertinente partir dando cuenta de la diferencia de lo que se conoce como urgencias para los médicos y la concepción de urgencias subjetivas desde la perspectiva del psicoanálisis.

La primera, tiene su asistencia regida bajo protocolos bien estandarizados. Mientras que la segunda, refiere a la urgencia subjetiva, la cual puede ser entendida por una desarticulación en la cadena significativa, una fractura que le impide al sujeto poder responder, las palabras no alcanzan, como Sotelo indica en *Clínica de la urgencia* (2007): “En las urgencias lo imposible de soportar es el quedar inmerso en la repetición de lo mismo donde la dimensión del sujeto aparece totalmente arrasada” (p. 25). El sujeto se enfrenta ante lo real, que irrumpe, lo deja sin palabras y sin respuestas, quedando así el sujeto en angustia.

El dispositivo clínico de las urgencias subjetivas, siempre van a apuntar a la singularidad de cada caso, una urgencia confronta al sujeto con el exceso, produciendo así:

...ruptura aguda, quiebre del equilibrio con que la vida se sostenía, quiebre de los lazos con los otros, con el trabajo, con los pensamientos o con el propio cuerpo, irrupción de lo real, del fuera de sentido que conduce al sujeto al abismo, al grito sin articulación significativa. (Sotelo, 2009, p.26)

En los estados de urgencia de las estructuras psicóticas es más evidente la perplejidad. Mientras que en las neurosis se tiende a dirigirse a un Otro, puede ser institucional, por ejemplo, ir al hospital o solicitar servicio de atención; esa direccionalidad sería una forma de llamado del sujeto al Otro. Sotelo en *Perspectivas de la clínica de la urgencia* menciona que, en las urgencias, “la irrupción de la angustia que toma el cuerpo, nos permite constatar este particular modo en que se pierden las referencias en el instante de cierto desanudamiento” (2009, p. 26).

Quien maneje el enfoque psicoanalítico o practique el psicoanálisis debe tener en cuenta siempre que, antes de considerar eliminar los síntomas, es esencial precisar cuál es la función de dichos síntomas en el sujeto; distinguiendo los síntomas de la angustia, la cual va a indicar un punto crucial del sujeto. Muchas veces los pacientes con urgencias pueden llegar a los hospitales acompañados de parientes o conocidos que los llevan, en tales casos ¿Cómo se localiza al sujeto de la urgencia?

Miller (2004) en *Introducción al método psicoanalítico* plantea el movimiento que parte de la evaluación clínica a la localización subjetiva. Como no se puede buscar al sujeto en la objetividad, ni solamente en lo observable, ni en la descripción de los hechos, es necesario ubicar “...de qué

modo el síntoma da cuenta de ese particular modo de gozar” (Sotelo, 2009, p. 27). Se invita al paciente a construir un relato, para así localizar la aparición de la urgencia y su relación con acontecimientos de la vida; posibilitando así armar una trama ligando S1-S2, es decir, entre S1 significativo, S2 significado para poder articular su sentido, de esta manera la urgencia comienza a hacerse propia. El terapeuta presta palabras, hasta el cuerpo, con la finalidad de ayudar al sujeto a poder poner en palabras aquello que aún está sin ser articulado. Entonces, se busca separar al sujeto de los discursos de los parientes o amigos que lo llevan, para localizar al sujeto de la urgencia; ya que la angustia de ellos no es la misma que la del paciente. (Sotelo, 2009, pp. 27-28)

Las urgencias frecuentemente pueden presentarse como pasaje al acto o acting out, modalidades que pueden poner en riesgo la vida tanto del paciente como la de los otros. Pueden presentarse como “Cortes, ingestas, alucinaciones, delirios, gritos, manifestaciones ruidosas de la urgencia que llaman a la intervención inmediata, al no hay tiempo, y conducen a la aplicación de protocolos estandarizados para poner a salvo la vida” (Sotelo, 2009, p. 28). Sotelo se refiere a la presentación clínica en las instituciones hospitalarias, de ello menciona que hay protocolos estandarizados para salvar la vida del paciente, pero resalta de estas, que, si bien el analista entiende que es importante derivar a los pacientes, también resalta que hay que pasar del hecho al dicho, recalcando así la importancia del terapeuta en las urgencias en las instituciones hospitalarias.

En otras palabras, los dispositivos hospitalarios funcionan como herramientas que sirven como marco de escucha vaciado de sentido en la urgencia del paciente, en donde el analista se ofrece como destinatario de la urgencia para que el goce encuentre un espacio de tramitación. Entonces, ¿cuándo concluye una urgencia? la urgencia concluye “...no sólo cuando se rearma la cadena y se restituye al Otro, sino cuando algo del real en juego

es tocado” (Ochoa, López, Varela, et. al., 2018, p. 4). Por lo tanto, si el analista invita a quien está en urgencia a construir un relato, se tratará de producir un decir en el cual pueda estar concernido, así logrando pasar del hecho al dicho.

Capítulo II

COVID-19: Lo real de la muerte

En el capítulo anterior se ha contextualizado sobre los tres registros de Lacan, que refieren al funcionamiento de la estructura psíquica del sujeto; así mismo, se ha explicado el dispositivo clínico: Urgencia Subjetiva; el cual ha sido fundamental en el desarrollo del trabajo investigativo. Ahora bien, es pertinente dar cuenta del contexto social al que nos referimos: la COVID-19. Este trabajo investigativo recopila información del inicio y brote de COVID-19 en Ecuador en el año 2020, centrándonos en la salud mental de los médicos hospitalarios. En este capítulo, se pretende explicar la concepción de muerte, trauma y duelo desde el psicoanálisis.

Para contextualizar el impacto social, como se mencionó en los antecedentes, la pandemia por COVID-19 ha producido cambios y pérdidas en la vida tanto a nivel social, económico, afectivo; y a nivel intersubjetivo e intrasubjetivo de los seres humanos. El índice de mortalidad durante el inicio y brote de COVID-19, ha sido alarmante y hasta finales de este trabajo investigativo los decesos no cesan. Dada la contingencia y lo masivo de los infectados y muertos, son los médicos hospitalarios quienes siguen combatiendo cara a cara desde el primer brote del virus. Al estar en primera fila, se han encontrado con situaciones que podrían ejemplificar ese efecto de lo **real** en el sujeto.

Siendo lo **real** aquello que irrumpe en el sujeto y resiste a los esfuerzos de él por ponerle significación; podría decirse, que el trabajo de los médicos hospitalarios oscila entre el contacto con la muerte, y hasta de alguna manera es normalizado para ellos. Sin embargo, la contingencia provocó un contacto aún más cercano. Tal como se mencionará en el caso 1, en donde el médico va a buscar un medicamento y se encuentra con el

cuarto lleno de cadáveres que ya no tenían lugar en la morgue. La muerte como tal, toma nueva significación y la COVID-19 hasta toma cuerpo, esta idea se retomará más abajo.

Siempre será posible hallar en cada caso singular, una “incoherencia” entre un mundo que tiene una ley organizada en el conjunto de los dichos que armaron la matriz imaginario-simbólico, de las tradiciones e ideales de la persona, y la emergencia de lo real sin ley. (Sotelo, 2009, p. 31)

Como indica Sotelo en la cita presentada, lo real es invasivo, sin ley, incognoscible, tal como se presentó la contingencia ante todos los seres humanos, quienes, en búsqueda de simbolizar, de poner en palabras tenían la mirada en los profesionales de la salud. Estos, como seres humanos, también quedaron envueltos en lo incognoscible dando cabida a posibles urgencias subjetivas. No había recursos entre lo imaginario-simbólico que diera respuesta inmediata ante aquella contingencia, poniendo en evidencia la falta.

Entonces, no se puede descartar que la COVID-19 existe y que ha producido tantas muertes y cambios en lo que se conocía como cotidiano. Pero ¿qué del virus (SARS-CoV-2) es tomado como lo real?, ¿la enfermedad en sí? Podemos atrevernos a decir que lo real podría ser no la enfermedad como tal, pero sí los síntomas de la enfermedad que se sienten en el cuerpo. Y ¿qué hay de los asintomáticos y de los que no han tenido el virus? Como hemos aclarado en el capítulo anterior la realidad no es lo mismo que lo real.

Quienes no han tenido o son asintomáticos, lo real podría estar ubicado en las muertes de los familiares, o en el número de muertos, o al ataque a la ilusión narcisista de la inmortalidad del yo y de sus vínculos

amorosos o tal vez, después de todo, en aquello que deje al sujeto sin respuesta desde lo imaginario-simbólico. Ya que la concepción de lo que se conoce como real, no es universal, sino singular, por ende, lo que afecte al sujeto dependerá de su constitución subjetiva, de los recursos que este tenga o no.

Por consiguiente, se tendría como hipótesis, en ambos casos, que la muerte no solo del sujeto en cuestión sino también la del otro, apuntan a lo real. Real que no puede ser tomado por el significante, del cual los médicos no tienen cómo dar cuenta o no tienen cómo impedir que esa muerte real irrumpa, tanto al otro como a él.

¿Qué sucesos pueden conmocionar al sujeto? “Sucesos nimios, intrascendentes, detalles, pueden conmover o tener un efecto de quiebre en la vida de un sujeto” (Tarrab, 2008, citado por Ochoa, López, Varela *et al.*, 2018, p. 2). Como hemos contextualizado al inicio de este segundo capítulo, durante el primer semestre del 2020 en el Ecuador, los médicos hospitalarios se enfrentaron al COVID-19, una enfermedad contagiosa que se transmite de persona a persona. En los hospitales, los escenarios no eran comunes, se encontraban repletos de pacientes enfermos, cadáveres de quienes morían en las largas esperas y salas de morgues sin espacios para los cadáveres.

Escenas nunca antes vistas e inesperadas eran visibles para los médicos durante el inicio y brote de COVID-19. “Todo lo que no es programable deviene trauma” (Sotelo, 2009, p. 13). El encuentro con lo real, con lo indecible de la muerte, dejó a los médicos sin respuestas. Las cuales no solo iban por respuestas desde lo biológico, sino también desde lo subjetivo. Se enfrentan no solo con la muerte de los pacientes, sino que, al

tratarse de una enfermedad contagiosa, con la constante amenaza de cuestionarse ¿seré yo el siguiente?, ¿qué pasará conmigo y con los míos?

Los médicos se enfrentaron ante lo innombrable, ocasionando perplejidad y hasta respondiendo mecánicamente ante la contingencia, movilizándolo, siendo así la causante de posibles urgencias subjetivas. Pero, profundizando un poco ¿qué implicaba un contagio de COVID-19 en los médicos hospitalarios?

Los médicos en su juramento hipocrático se comprometen a consagrar su vida al servicio de la humanidad, lo que implica que los médicos ante cualquier contingencia tomen las medidas correspondientes por la salud y bienestar de los seres humanos, aunque esto implique, poner en segundo lugar sus preocupaciones; tal como ha pasado con los médicos que estuvieron atendiendo en el inicio y brote de la pandemia por COVID-19 en el año 2020. El contagio del médico implicaba un no contacto con su trabajo, con su familia; no contacto que producía malestar en el sujeto debido a la separación del contacto cotidiano. El no poder seguir ejerciendo como médico también generaba malestar, tal como se menciona en el caso 2, donde, contraer la COVID-19 y quedarse en casa, generaba impotencia y frustración en el médico.

Con relación a la piel y al contacto, Jorge Ulnik (2011) en *El psicoanálisis y la piel*, menciona que:

...en el plano psíquico inconsciente, el más pequeño estímulo de la piel puede ser equivalente a una separación del tipo de un desprendimiento, o puede homologarse a la crueldad, al acercamiento, al abrazo, a la contención, a la invasión intrusiva, etc. (p. 34)

El virus toma el cuerpo, y el otro de la cotidianidad se convierte en intrusivo, un abrazo, un beso, los gestos de afecto con relación al contacto de la piel, se transforman en posible amenaza para el organismo. Los médicos al igual que todos los seres humanos se relacionan socialmente; tienen sus familias, parejas, hijos, padres, hermanos, abuelos, etc., con los que se relacionan. Al estar en contacto directo con los pacientes, por ende, con el virus y con los enfermos, los médicos al llegar a casa trataban de proteger a sus seres queridos aislándose o manteniendo distancia para evitar contagiarlos.

El no poder compartir con sus seres queridos también ocasiona posible malestar en los médicos quienes necesitaban poder dispersarse de ciertas escenas de los hospitales. Siendo la piel íntimamente relacionada con la expresión de los afectos. (Ulnik, 2011, p. 29) Es justo este contacto el que se debe evitar para la protección contra el SARS-CoV-2, y también ha sido el contacto más necesario de consuelo ante tantas pérdidas.

La muerte

Según Alberto Pecznik, en *El sujeto ante su muerte*, la **muerte** "...remite a una experiencia de la que no es posible tener relato" (2012, p. 44). Por ende, la muerte puede ubicarse en lo real, de aquello innombrable, incognoscible, no simbolizado, ni representado, puesto que para poder expresar cómo se siente, se debe estar muerto y una vez muerto, no hay forma de expresarse.

"La percepción de la propia muerte cercana es una afrenta insalvable e insoportable, una situación traumática a la que se responde con un funcionamiento primitivo del psiquismo" (Pecznik, 2012, p. 59). Es decir, la

percepción de la propia muerte podría entenderse como trauma psíquico, puesto que, apunta y ataca a la idea inconsciente de la inmortalidad del yo, la que es propia del narcisismo primario.

Siendo así, la propia muerte la que ataca a la ilusión narcisista omnipotente e inmortal del yo, amenazándolo con su extinción (ubicándose, así como situación traumática). ¿Tiene la misma afrenta narcisista la propia muerte que la muerte ajena? No, la muerte ajena normalmente es investida por otros afectos o es directamente desinvertida (indiferente). (Pecznik, 2012, p. 66)

¿Qué sucede en un periodo previo a la muerte? "...la persona con frecuencia tiene también graves crisis de insomnio: padece un miedo inconsciente a cerrar los ojos, porque percibe íntimamente que tal vez no los volverá a abrir. Esto podría incluirse en la *angustia de muerte*" (Pecznik, 2012, p. 51). La propia muerte, posee presencia y amenaza a lo largo de las etapas de la vida de los seres humanos. Según Freud, la muerte es el "...punto más espinoso del sistema narcisista, esa inmortalidad del yo que la fuerza de la realidad asedia duramente" (Freud, 1914, p. 88). La muerte, el desenlace final de la vida del que todos los seres humanos están familiarizados por el ciclo de la vida, sin embargo, es tan incognoscible como definición.

Guillermo Montero en *La travesía por la mitad de la vida* (2005), cuestiona lo planteado por Freud, con relación a que la muerte es un concepto abstracto, y en lo inconsciente no hay contenido que dé cuenta del concepto de la aniquilación de la vida. (Freud, 1923- 1926, citado por Montero, 2005, p.44) Entonces, es posible que esta condición de imposibilidad representativa agregue evidencia a la dimensión traumática, que plantea Montero, como un trauma auténtico, siendo este el único trauma

del que sería imposible recuperar u obtener cierto tipo de tramitación. (2005, p. 44) He aquí su denominación de *trauma por la muerte futura*, y refiere “...al vínculo subjetivo que cada persona mantiene permanentemente con el trauma final (definitivo), es decir con su propia muerte futura” (p. 43).

El trauma

¿Qué es el trauma? según el *Diccionario de psicoanálisis*, define al trauma como:

Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones. (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 447)

Para Freud, el trauma se ejecuta en calidad de recuerdo inconsciente, siendo el estudio de los síntomas lo que aclara de los traumas psíquicos su base en “...admitir que unas representaciones inconscientes existen y son eficaces” (1893, p. 232). Además, sobre el trauma, Freud plantea en *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*, que “...no son las vivencias mismas las que poseen efecto traumático, sino sólo su reanimación como recuerdo” (1896, p. 162). De esta manera, puede que un recuerdo produzca en el sujeto una impresión con mayor intensidad que la vivencia correspondiente.

El trauma, representa aquello que cada vez es lo mismo, siendo así esta serie lo que permite preservar al sujeto. Se destacan dos concepciones

de trauma en Freud, por un lado, el trauma es siempre un trauma sexual, y, por otro lado, el trauma se constituye en la temporalidad del après-coup.

El trauma "...comprende aquellos sucesos que desbordan la capacidad representacional del aparato psíquico" (Montero, 2005, p. 44). Es decir, "...el trauma es un agujero en el interior de lo simbólico" (Laurent, 2002, p. 5). Entonces, el trauma por la propia muerte futura "...mantendría con el psiquismo originario una relación directamente proporcional que promovería también la (re)emergencia del tipo de ansiedades que predominaron durante las etapas iniciales de la organización yoica" (Montero, 2005, p. 45). Siendo así, la propia muerte, un evento traumático por excelencia en el sujeto, situación que provoca el desvalimiento extremo y remite a la angustia de muerte. Que al mismo tiempo remite a la pérdida de la protección del superyó, lo que irrumpe con la fuerza de lo ominoso. (Montero, 2005, p. 45)

El duelo

Ahora bien, ¿a qué **duelo** refiere el presente trabajo investigativo? Se refiere al duelo no solo entendido desde la concepción de la pérdida de lo tangible, sino también desde la concepción de los límites del sujeto: del cuerpo y de sus recursos. La que podría estar tanto en la profesión de los médicos a nivel cognitivo como a nivel subjetivo. Tal como señalan Matilde Pelegrí y Montserrat Romeru (2011), en *El duelo, más allá del dolor*, el duelo "...va más allá, no solo hace referencia al duelo como consecuencia de haber perdido algo tangible, sino que lo relaciona también con la pérdida de ideales o ideas que uno presupone" (p. 3).

El duelo está íntimamente ligado al sufrimiento psíquico y atañe a todos los seres humanos, ya que, a lo largo de la vida, tanto niños como adultos pasan por los mismos rituales. Según Freud (1917), en *Duelo y melancolía* "...una vez cumplido el trabajo del duelo el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido" (p. 243). El duelo, es necesario para todos los sujetos, para continuar viviendo, de esta manera poder separarse del ser amado, perdido y recobrar la libertad de funcionamiento psíquico. El duelo, es la reacción frente a la pérdida real del objeto de amor. (p. 248)

El duelo podría estar ubicado entre los registros real y simbólico, entonces, al experimentar una falta en lo real, alcanzará dicha falta lo real del cuerpo imaginario del doliente.

Con las aportaciones del psicoanalista J. Lacan, entendemos cómo esta falta o agujero en lo real movilizará todo un orden simbólico que da lugar a una recomposición de significantes, en la medida en que el sujeto afronta la pérdida. (Pelegrí y Romeru, 2011, p. 2)

El duelo es un estado y un proceso posterior a la pérdida del ser querido, la cual remite a una pérdida definitiva y por ende es asociado con la muerte. Es de aclarar que no solo se trata de la muerte física de la persona o del objeto en cuestión. Puede implicar un divorcio, el fin de una relación, de un trabajo; en sí de la pérdida de algo significativo, ya sea una situación, evento, persona, animal u objeto, para el sujeto.

"Lacan toma la función del duelo como operación lógica subjetivante articulada necesariamente a la relación con el objeto. El duelo no consiste en sustituir el objeto perdido, sino en cambiar su relación con él" (Pelegrí y Romeru, 2011, p. 7). Cambio que involucra la constitución del objeto como objeto de deseo. El proceso del duelo conlleva consecuencias que van tanto en el ámbito fisiológico como en el social; variando la intensidad, la duración

y su implicación. Estas consecuencias serán en proporción a la constitución psíquica del sujeto, su estructura, y de los recursos que este posea.

Considerando las concepciones expuestas sobre trauma, duelo y muerte; y teniendo en cuenta que, el sujeto no puede responder a lo real si no es haciendo síntoma, y que los síntomas son respuestas del sujeto a lo traumático de lo real (Laurent, 2002, p. 5); y que lo real es imposible de reabsorber en lo simbólico, cabría preguntarse, en el contexto de la pandemia por la COVID-19 en el 2020, ¿qué se puede plantear sobre el trauma?

No solo nos referiremos a “...una escena traumática vivida y silenciada en la infancia habiendo así un significante impropio” (Goldman, 2003, p. 95), sino del imprevisto que a diario el sujeto debe afrontar. Entre estas escenas como las guerras, incendios, epidemias, pandemias, ataques terroristas, etc., todas en su magnitud y en su momento. Mientras no nos toque, se las aprecia tan lejanas, tan distantes, vistas desde la pantalla de algún dispositivo electrónico. Sin embargo, no deja de causar horror o silencio; dejando al sujeto sin saber cómo tramitar lo visto u oído; escenas que de alguna manera marcan en la singularidad al sujeto. De esto, se resalta la importancia del conocimiento de los acontecimientos sociales para el psicoanálisis.

Retomando, estas escenas mencionadas pasarían a ser un concepto de imagen, “...desafectivizado lo que acontece del otro lado de la pantalla” (Goldman, 2003, p. 96). De tal manera que “no se diferencia si lo que se da a ver es real o una película más de la televisión” (p. 97). En Ecuador parecía tan lejano el SARS-CoV-2 a finales del 2019, y hasta parecía poco creíble los números de fallecidos por día, los cuales con el tiempo fueron aumentando.

Lo interesante de la era virtual, es que todos estos acontecimientos pasan a estar reducidos a una imagen minúscula, a la cual todos tienen acceso, ya sea por la televisión, por la Tablet o el teléfono; que permiten al sujeto estar presente en todos los acontecimientos, y al mismo tiempo, no estar presente. De esta manera, la concepción de la mirada "...confunde el espacio exterior con el interior" (Goldman, 2003, p. 97). Todos los acontecimientos de la realidad pasan a ser virtuales, transformándose este en un campo de batalla, en donde el sujeto tendría dificultades para saber qué es lo verdadero y qué es lo irreal, de qué lado estar o creer.

CAPÍTULO III

Urgencias Subjetivas: Casos clínicos

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. (Lacan, 1971, *La dirección de la cura y los principios de su poder*, p. 596)

Los casos tratados en las prácticas preprofesionales se llevaron a cabo en una institución hospitalaria en la ciudad de Guayaquil, y corresponde al trabajo realizado con los médicos hospitalarios, quienes, a pesar de tener su especialidad en su área, debido a la pandemia por COVID-19, fueron trasladados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Cabe indicar, que, durante el primer semestre del 2020, en el inicio y brote de la pandemia los médicos no contaban con acompañamiento psicológico presencial.

A partir de la demanda institucional, se ofertó la atención psicológica al personal médico hospitalario. No todos accedieron al servicio ofrecido, sin embargo, aquellos que sí accedieron fueron atendidos mediante Telemedicina. Se toma en consideración que, a diferencia de que el paciente acuda o contacte al psicólogo, fue el psicólogo quien ofreció el servicio de atención psicológica al personal médico, en nombre de la institución hospitalaria.

Esta modalidad de abordaje no es la que se conoce en el quehacer cotidiano del psicólogo clínico, pero, ante la contingencia por la pandemia del COVID-19 fue necesaria su implementación. Así mismo, se tomó en consideración el trabajar las sesiones como si estas fueran las primeras y

últimas, dada la magnitud de la contingencia y la poca disponibilidad de los médicos, puesto que aún laboraban en la UCI. En algunos casos solo se pudo llevar a cabo una sesión, sin embargo, la finalidad siguió siendo la misma, dar acompañamiento psicológico al personal médico hospitalario.

En relación al encuadre planteado con los pacientes se les recordaba que este espacio, era un espacio de escucha y palabra destinados para ellos, en este podían hablar cómodamente sin sentirse juzgados, así mismo, se les recordó que lo hablado en la sesión no sería grabado ni escrito en su registro, y que, lo que sí le quedaría registrado en el sistema es si tomó o no el servicio ofrecido por la institución.

El **dispositivo** empleado fue el **de las urgencias subjetivas**, y de esta atención se resalta, el poder atender eso que no puede esperar, la cual requiere una respuesta contundente y eficaz (Sotelo, 2019, párr. 3). El contacto con lo real, de una manera metafórica con relación al virus SARS-CoV-2, invadió al cuerpo y lo dejó sin recursos con qué responder; lo que pasa con el encuentro con lo real, deja al sujeto sin recursos simbólicos. Siendo lo real lo incognoscible, indecible, inimaginable, no simbolizado para el sujeto.

Sin embargo, antes de proseguir con el dispositivo, es pertinente resaltar la diferenciación de los términos urgencias y emergencia, dado el contexto hospitalario y el punto de vista psicoanalítico. En el contexto hospitalario, las urgencias requieren una atención médica en brevedad, y no implica un riesgo de vida, mientras que, la emergencia requiere una acción médica inmediata, puesto que hay un riesgo de vida inminente.

El psicoanálisis toma en consideración estos conceptos, y por eso refiere a urgencias subjetivas en donde el sujeto llega a consulta, ya sea por

familiares, conocidos o va por sus propios medios, para poder tratar eso que ha dejado de hacer homeostasis. Tomando en consideración los conceptos anteriores, se refiere a urgencias subjetivas y no a emergencia, ya que se atiende al sujeto no en el momento que está sucediendo, sino, teniendo en cuenta el tiempo lógico no cronológico, en el momento que el sujeto pueda acudir a un espacio para poder tramitar esto que había quedado no articulado o no simbolizado.

Y dentro del contexto en que se ha realizado el trabajo investigativo, la atención a los médicos hospitalarios no fue en ese momento en el que sucedían las escenas o mientras daban atención a los pacientes por COVID-19 en los hospitales, sino que fue después cuando se ofreció este espacio, en donde dejaban de ser médicos y pasaban a ser pacientes en consulta. Una urgencia subjetiva estaría comprendida entonces en la inmediatez que la atención es requerida por el paciente. Con este dispositivo, no solo nos referimos a los pacientes que llegan a urgencias en los hospitales, ya sea por alguna lesión o un ataque de pánico, sino que, haciendo énfasis en la estabilidad psíquica, en esto que está desarticulado de la cadena significativa para posibilitar articular entre el padecimiento y la historia del sujeto. Entonces, ¿qué pudo pasar para provocar una urgencia subjetiva?

Hubo una disrupción, un acontecimiento, una situación, un evento, un pensamiento, que hizo que lo que funcionaba con cierta homeostasis deje de hacerlo. Lo que permitía decidir por un sentido para el sujeto deja de marchar. La urgencia subjetiva es, como el trauma, lo que agujerea el funcionamiento, es el agujero que contacta con lo real. (Seldes, 2008, p. 1)

Inés Sotelo plantea DATUS, *Dispositivo Analítico para el Trastorno de las Urgencias Subjetivas*, dispositivo que, como su nombre lo indica, apunta al abordaje de las urgencias subjetivas. Sobre este dispositivo se resalta, que es DATUS y cuál es su finalidad:

...es una propuesta en la cual la idea es que el paciente llega y allí mismo comienza su tratamiento de urgencia, que puede concluir ahí, puede darle luego un tratamiento o un espacio en consultorios externos, pero donde finalmente no vuelva luego de un tiempo con el mismo punto, sino que esa intervención del dispositivo deje su marca. (Sotelo, 2019, párr. 9)

Seldes (2008) en *La urgencia del psicoanálisis aplicado*, resalta la acción analítica de provocar una decisión, la cual tiene como finalidad que se produzca una mutación subjetiva; primera decisión que está del lado del analista, produciendo así un primer encuentro conocido por varios nombres: consulta, admisión, primera sesión (p. 1). Siendo así como una antesala hacia lo que se trabajará, donde es preciso el encuentro con el terapeuta. Plantea el tiempo cero, refiriéndose a un tratamiento rápido, en tanto duración, este tiempo cero es un proceso más o menos duradero, con un momento de conclusión, el cual podrá también ser más o menos perdurable. (p. 1)

Así mismo, Seldes sobre el dispositivo de atención de las urgencias subjetivas, menciona que hay un tiempo 1 que es de espera, el cual apunta a construir un problema, es decir, una espera "...de transformar las dificultades súbitas o constantes en algo diferente, la espera de ubicar los datos iniciales en Otra cosa" (2008, p. 1). Es preciso aquí indicar que el autor resalta sobre el empleo de dispositivos como PAUSA, *Psicoanálisis Aplicado a las Urgencias Subjetivas de la Actualidad*, para permitir que "...el sujeto haga un cálculo de esa espera, es decir que transforme su sufrimiento en demanda, y que esta sea administrada en una experiencia que implique la puesta en forma significativa de lo real de su goce repetitivo" (p. 1). Resaltando de ambos tiempos la transferencia y de este tiempo 1 la importancia de "subjetivar una urgencia es en primer lugar hacerla pasar al estado de sujeto para luego, dependiendo de las estructuras, obtener una puntuación, aislar los puntos de certeza del sujeto para que encuentre un alivio" (p. 1).

De esta manera, aunque si bien la duración del uso de este dispositivo no es extensa, en tanto, es un tratamiento rápido el primer encuentro con el analista o el psicólogo que tenga enfoque psicoanalítico aplicando este dispositivo, "...aunque sea el único, implica un tratamiento del goce" (Seldes, 2008. p. 2). Entonces, con los dos tiempos mencionados Seldes propone que "...el primer encuentro en la urgencia es inaugurar un tiempo de ver, proponer una pausa de trabajo que permitirá, si se consiente a ello, a un tiempo de comprender para quién está en un momento de concluir apresurado" (p. 2).

Por lo tanto, lo que se busca con la implementación de este dispositivo, en base a lo mencionado de la irrupción del encuentro con lo real y la no simbolización que produce en el sujeto, es de entrada apostar por la construcción de un síntoma y para ello:

...tenemos que aclararnos cuál es el problema a trabajar, ponerlo a hablar, hacer existir un antes y un después, tiempo propio de la urgencia. Apuntamos a producir, a aislar un significante privilegiado que aparece en el decir, algo ilegible que comienza a hacerse legible. La condición es que a partir de esa lectura se pueda hacer una experiencia diferente con la palabra. (Seldes, 2008, p. 2)

Es de relevancia prever, la salud mental de los médicos que frente a las escenas presentadas han batallado sin descanso contra la COVID-19. Un sin fin de acontecimientos se han suscitado, y, es de relevancia y pertinencia atender y prevenir el malestar de quienes nos cuidan, puesto que esta población es la que cuida más de que se cuida. Pase cualquier contingencia se espera que el médico responda y resuelva todas las interrogantes y malestares de los pacientes, de no ser así, el médico se transforma en el *doctorcito malo*. A pesar de que el trabajo de los médicos involucra el contacto y hasta la normalización con la muerte de los pacientes en hospitales; la muerte tomó nueva significación en la pandemia por COVID-19, ya no solo se trataba de decesos que comúnmente se familiarizaban con los reportes, sino que, no había espacio para atender la

magnitud de los enfermos que llegaban, ni espacio en las morgues para los cadáveres.

Como se presenta en el **caso 1**, un médico del área de terapia respiratoria, quien trabajó en la UCI y estuvo de guardia en el inicio y brote durante la pandemia por COVID-19, relata sin emoción las escenas vividas en esos momentos angustiantes; entre ellas, haber entrado a un cuarto de suministros médicos y encontrarlo lleno de cadáveres, puesto que la morgue no contaba con espacio para colocarlos. Estas imágenes reales que trae el paciente, no en tanto realidad, si no crudas, incognoscibles, imposibles de tramitar, en tanto contacto con lo real, lo dejaban sin palabras, en estado de perplejidad.

...un punto de lo real indecible no absorbido por lo simbólico. Es lo que no se puede nombrar. De allí que algo se pueda decir vía el sentido pues trata de nombrar, poner palabras a lo que está fuera de discurso ya que ese acontecimiento real llamado trauma es un agujero en lo simbólico. (Goldman, 2003, p. 103)

En este espacio de escucha y de palabra se propició que el paciente trabaje la ansiedad y el insomnio que le producían estos pensamientos constantes sobre estas imágenes de los cadáveres. Lo que le permitió poner en palabras esos sentimientos de culpa ante la posibilidad de haber contagiado a tres familiares que fallecieron por COVID-19; a pesar de que él no había contraído la enfermedad.

El paciente refería que, en muchas ocasiones de manera mecánica, debía responder ante la demanda institucional, quien fue un Otro para los médicos, brindando respuestas en situaciones cruciales, respuestas a eso que no podía tramitar desde sus propios recursos; ya que este encuentro con lo real escapaba a sus posibilidades de simbolización.

“El síntoma no es en esta orientación un trastorno a eliminar en primer término y a cualquier precio sino un modo que el sujeto tiene de responder a lo más real en su vida” (Sotelo, 2015, p. 14). La autora remarca en DATUS la importancia de los síntomas, siendo estos la manera más adecuada que tiene el sujeto a responder ante el encuentro con lo real. Formación de síntomas que también se puede observar en el **caso 2**, el cual trata de una médica del área de medicina general, quien trabajó en la UCI debido a la pandemia por COVID-19. Contrajo el virus y estuvo en aislamiento dos meses. Antes de proceder al aislamiento en casa, en el hospital presencié escenas en la sala de emergencia, las que consistían en ver el ingreso constante de camillas con enfermos de una manera que antes no había presenciado y gritos de colegas diciendo: *pásalo rápido, rápido que se nos va*. Posterior a estas escenas surgen pesadillas e insomnio durante su confinamiento.

Tan pronto se recuperó, retomó sus actividades en observación respiratoria en el hospital. Cuando terminaba de atender a los pacientes y se encontraba sola, le invadía una sensación en el pecho, y ganas de llorar, no podía poner en palabras lo que sentía, solo se le llenaban de lágrimas los ojos y no tenía pensamientos más allá de querer llorar. Sensación que se repite dos veces en la institución.

El trauma como acontecimiento, es la figura de la contingencia, es la figura de la irrupción de lo real sobre las representaciones simbólicas que tenía ese sujeto hasta ese momento. Algo irrumpe y es lo que se llama usualmente la angustia más generalizada, la angustia traumática. (Belaga, 2005, citado por Sotelo, 2015, p. 68)

Ante la sensación de perplejidad y no poder poner en palabras aquello que sentía, durante la sesión, se logra poner en palabras su miedo a un rebrote, y lo que este implique; que se repitan las escenas y que le toque atenderlas sin tener respuesta ante cómo intervenir con los pacientes y más aún en la magnitud de un brote, así mismo tener que separarse de su familia

para evitar contagiarlos, "...el analista se ofrece a que se diga, a salir el mutismo traumático para que el cuerpo entre nuevamente en el circuito de la vida y quede desafectado de lo mudo de la pulsión de muerte" (Goldman, 2003, p. 104). Ante este mutismo traumático, el analista o en este caso el psicólogo clínico con orientación psicoanalítica, da lugar a la palabra, esto permite dar lugar a la simbolización y por ende a la posible apertura de síntomas.

El **caso 3**, es de un médico del área de traumatología, quien trabajó en la UCI debido a la pandemia por COVID-19. Contrajo el virus, SARS-CoV-2, al inicio de la pandemia, sin embargo, como aún no era normalizado el uso de los implementos de bioseguridad, entró a quirófano a operar a un paciente y contagió a un colega médico, el cual falleció posteriormente. Durante la enfermedad, la COVID-19, presentó problemas para dormir y para respirar. Comenta escenas en las que veía pasar un muerto tras otro, lo cual le producía estar en alerta constante y no podía dormir, ya que le generaban interrogantes como: ¿si me quedo dormido volveré a despertar o seguiré durmiendo para siempre? "La creencia en la inmortalidad es un estado de idealización del yo inconsciente, mientras que, por otra parte, el yo consciente está amenazado por su existencia, aunque esta amenaza esté parcialmente desmentida" (Pecznik, 2012, p. 73).

Así mismo, el paciente narra escenas que surgían al finalizar la guardia, de lo cual resalta que, al salir, en el parqueadero se podía ver como los médicos, que después de las largas jornadas manteniéndose firmes ante la contingencia y hacer lo posible entre sus manos para el cuidado de los pacientes, se los podía ver llorando en el carro o en el camino de los parqueaderos. El espacio permitió al paciente poner en palabras su miedo con relación a la muerte e insomnio y sentimientos de culpa, culpa tanto de la muerte de su colega y de haber contagiado a su familia; "...el analista ocupa ese punto real dentro de lo simbólico para que el sujeto escriba el

trauma de otra manera y no se alíe con su mudez, pues allí donde no se dice “eso goza”, en palabras de Lacan” (Goldman, 2003, pp. 103-104).

“Lo súbito del ataque imprevisto no da tiempo al sujeto a prepararse, esconderse, lo deja perplejo. No hay tiempo de sentir miedo como acontecimiento, como una protección para soportar la embestida y prepararse a recibirla” (Goldman, 2003, p. 99). Tal como se ha presentado este encuentro con lo real, en los pacientes de los casos referidos, donde el sujeto no está preparado para su encuentro, y ha resultado irruptivo dejándolos sin poder tramitar lo vivido en esos momentos críticos, de lo cual el espacio ofrecido ha permitido su tramitación.

Esta población de médicos hospitalarios, a pesar de que estaba acostumbrada a responder y a tener un saber frente a los padecimientos de los pacientes que acudían a ellos, no se encontraba preparada para los cambios extremos, en los escenarios de la institución, que trajo consigo este encuentro con lo real que, dada la contingencia, irrumpió en el sujeto dejándolo sin recursos simbólicos ni imaginario. Y que, si la institución no se hubiera presentado como un Otro, otorgando lineamientos o encuadres, los médicos tal vez no hubieran podido responder.

Contraer la COVID-19 no solo implicaba el tener la enfermedad, sino, también el sufrimiento que conlleva, lo cual no solo quedaba en el plano físico/corporal, sino también a nivel subjetivo. Durante el inicio y brote del virus no hubo respuestas que lograrán calmar en su totalidad a los médicos ni a quienes la contrajeron. Se intervenía a ciegas y se esperaba resultados favorables con cada intento. Mientras tanto se vivían momentos de angustia. Los médicos hospitalarios al ser seres humanos, también se enfrentaban hacia su posible sentencia de muerte, al estar expuesto al contacto tan cercano con el virus.

En este sentido, se podrían plantear dos puntos de vista en relación al duelo: por un lado, un duelo en tanto herida narcisista, por cuanto los médicos se quedaban sin recursos con los que pudieran responder. Y el otro, el duelo de los límites de su cuerpo.

Ya dimos la respuesta cuando señalamos las tres fuentes de que proviene nuestro penar: la hiperpotencia de la naturaleza, la fragilidad de nuestro cuerpo y la insuficiencia de las normas que regulan los vínculos recíprocos entre los hombres en la familia, el Estado y la sociedad. (Freud, 1930, p. 85)

Entendiendo por narcisismo “...un modo a través del cual la energía sexual se vuelca principalmente sobre el yo, restando posibilidad de investir objetos” (Fliman, 2008, citado por Martínez-Castro, 2012, p. 81). Desde la perspectiva de un médico como profesión, en nuestra cultura ecuatoriana, es una de las carreras más respetada y reconocida, incluso se lo llega a ubicar en un lugar de veneración. De tal manera, que el ser médico tiene un gran peso social y las personas tienen una gran expectativa con tan solo escuchar *doctor o doctora*. Dada esa percepción, el ser médico implicaría ser quien tiene siempre las respuestas ante los males. Esta construcción simbólica del ser médico obtuvo quiebres durante la pandemia por COVID-19, donde también ellos buscaban respuestas tanto para la enfermedad como para su estabilidad psíquica; y esto pudo haberse constituido como una herida narcisista, y posiblemente haberlos llevado a una situación de duelo.

Y el duelo, en tanto límites de su cuerpo, podríamos referirnos a los límites biológicos. Ante la enfermedad todo el cuerpo del enfermo tratará de producir anticuerpos para mantenerse salvo y si no lo logra perece. A pesar de su juramento hipocrático y de toda la vocación o todo esfuerzo que pongan para mantenerse firmes ante la contingencia, el cuerpo habla y tiene sus propios límites; los médicos también son seres humanos y también necesitan cuidados. Estas situaciones de duelo planteadas les generaban

impotencia, al no poder ayudar más a los enfermos y ver como fallecían frente a ellos.

Entonces, ¿ha sido pertinente el uso del dispositivo de urgencias subjetivas? Sí. Aunque para otros no resulte tan relevante el hecho de poner en palabras estos acontecimientos traumáticos, para quienes manejamos este enfoque psicoanalítico, tenemos muy claro que, lo que no es posible poner en palabras deviene en actos. Pero, planteemos lo siguiente: ¿hay alguna diferencia en los sujetos que pueden poner en palabras ciertos aspectos de estos encuentros con lo real, de los que no han podido decir algo? Sí, hay una diferencia, pero para esto, hay que tener en claro un punto importante, además de la singularidad de cada caso, el tiempo lógico no cronológico. Las intervenciones apuntan a dar un espacio de escucha y palabra, espacio que les corresponde y permite vaciar eso que está tan lleno que no permite ni la entrada ni la salida, que deja al sujeto sin poder tramitar; permitiendo así poder simbolizar ese encuentro con lo real. Tal como menciona Goldman, en los *Nuevos nombres del trauma*, con relación a la segunda guerra mundial:

Hubo una gran diferencia en cuanto a apropiarse de una vida viva, fáctica, orientada en un saber hacer con aquello que ha sido un acontecimiento abrupto, indecible respecto de lo sufrido en los campos de concentración. Diferente de aquellos que nunca quisieron testimoniar, dejándose tomar por lo traumático de esa barbarie, sin poder poner palabras para dar, a lo allí acaecido, un estatuto humano y sacarlo de la animalidad y la maldad extrema de un Otro que traspasó el límite de la intimidad de cada vida, disponiendo de sus cuerpos. (2003, pp. 104-105)

Las intervenciones con el dispositivo han apuntado a producir un antes y un después, que les permita significar y tramitar el encuentro con lo real. Como menciona Seldes, mediante la palabra poder aclarar cuál es el problema, para que pueda existir un tiempo antes y un después; se trata de a partir de una nueva lectura hacer una experiencia diferente con la palabra.

(2008, p. 2) El encuentro con lo real es incognoscible, irruptivo, indecible y no da apertura al sujeto a la simbolización, es de entrada apostar por la construcción de un síntoma y no eliminarlos, ya que para el sujeto tienen su funcionalidad momentánea.

Dejar de ser médicos en la consulta con la psicóloga, es decir, propiciar un espacio a los médicos hospitalarios para que pasen a ser pacientes, fue un espacio, fue una pausa, la cual necesitaban los sujetos para poder significar y tramitar lo indecible de los acontecimientos experimentados.

Metodología

El presente trabajo utiliza la metodología cualitativa cuyos métodos, técnicas e instrumentos siguen la lógica de observación subjetiva de algún aspecto de la realidad. Bajo un enfoque cualitativo que utiliza "...la recolección y análisis de datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de investigación" (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio, 2014, p. 7).

Y diferenciándose del enfoque cuantitativo: admite la subjetividad, se basa en la lógica y proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas), la teoría es un marco de referencia y va de lo general a lo particular (Hernández Sampieri, et al., 2014, pp. 7-11).

En este caso, la investigación se dirige a analizar y contextualizar, mediante el estudio de casos y la revisión y análisis cualitativo de las fuentes bibliográficas recopiladas, cómo el real de la muerte durante la pandemia por la COVID-19 convoca urgencias subjetivas y cómo está interviene en el personal médico hospitalario. Por ende, las técnicas utilizadas son: la recolección, revisión y análisis de fuentes bibliográficas, así mismo las entrevistas abiertas. "Las entrevistas abiertas se fundamentan en una guía general de contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla" (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 403). Es holístico, ya que se considera el *todo* sin reducirlo al estudio de sus partes.

Con la metodología cualitativa en esta investigación se busca aportar un punto de vista *fresco, natural y holístico* de los fenómenos, así como la flexibilidad (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 17). Al ser una investigación de tipo cualitativa, se utilizará el método de estudio de casos, por lo cual,

cada caso será abordado desde su singularidad, es decir, tomando en cuenta el caso a caso, puesto que:

...todo individuo, grupo o sistema social tiene una manera única de ver al mundo y entender situaciones y eventos, la cual se construye por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia, y mediante la investigación, debemos tratar de comprenderla en su contexto. (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 9)

Además, el criterio de selección de la muestra es no probabilístico o muestras dirigidas. Las cuales "...suponen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización" (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 189). De esta manera, las muestras no probabilísticas o dirigidas al relacionarse con el enfoque cualitativo, logran ofrecer una gran riqueza para la recolección y análisis de datos.

CONCLUSIONES

Tanto el inicio como el brote de la pandemia por COVID-19 produjo angustia y horror. Si bien es cierto, dentro de los hospitales la muerte es un tema muy común, el aumento masivo de las cifras de muertos se constituyó en un hecho alarmante. Los hospitales quedaron saturados y sin recursos, lo que se podía evidenciar en las largas filas que hacían los pacientes para poder ser atendidos. Sin embargo, no todos llegaban a tener una consulta, ya que morían en las largas esperas. Dentro del hospital no había lugar para colocar a los enfermos y las morgues saturadas dejaron a los cadáveres sin lugar.

Al igual que el virus SARS-CoV-2, invadió al cuerpo y lo dejó sin recursos con qué responder; el encuentro con lo real, dejó al sujeto sin recursos simbólicos. La pandemia por COVID-19 en el año 2020, más que todo en el inicio y brote, produjo perplejidad, impotencia y un sin fin de encuentros y desencuentros, los cuales de alguna u otra manera marcaron huella en los sujetos. Produjo cambios y pérdidas en la vida tanto a nivel social, económico, afectivo, y a nivel intersubjetivo e intrasubjetivo de los seres humanos. Los médicos se focalizan en buscar respuestas orgánicas ante las enfermedades y padecimientos; sin embargo, la pandemia por COVID-19 dejó sin respuestas a los encargados de la salud. Los médicos, quienes no dejan de ser sujetos, les afectó la pandemia, sin embargo, fueron y son la población que cuida más de lo que se cuida. No solo se enfrentaban ante la muerte de los otros sujetos, sino también ante su posible propia muerte.

Dada la contingencia y las escenas presentadas en este trabajo investigativo, los médicos hospitalarios, se enfrentaron ante lo real, siendo para ellos tan indecible, indescriptible e innombrable. Lo real no puede ser tomado por el significante, del cual los médicos no tenían cómo impedir que

esa muerte real irrumpa, tanto al otro como a él. Por lo tanto, los sujetos se encontraban sin recursos simbólicos con los que responder en ese momento de la contingencia y que hasta posiblemente respondían mecánicamente de no ser por la institución hospitalaria quien fue un Otro que brindó parámetros con los que responder.

Comprendiendo a la urgencia subjetiva en la inmediatez que la atención es requerida por el paciente, por ende, entendiendo el tiempo lógico no cronológico del sujeto, es decir, en el momento que el sujeto pueda acudir a un espacio para poder tramitar esto que había quedado no articulado o no simbolizado. Entonces, ¿cuál ha sido la pertinencia de atender las urgencias subjetivas de los médicos que estuvieron en servicio activo, durante el inicio y brote de la pandemia por COVID-19? Lo real irrumpe en el sujeto y resiste a los esfuerzos de este en ponerle significación. He ahí la pertinencia del uso del dispositivo de urgencias subjetivas, y de poder brindarles el espacio de escucha y palabra a los pacientes. Allí, donde en el encuentro con lo real, las palabras no alcanzan, el uso del dispositivo permitió un espacio de tramitación a eso que había quedado desarticulado de la cadena significativa, evitando posibles precipitaciones al acto; acting out o pasaje al acto.

Ante este mutismo traumático, que ha ocasionado el encuentro con lo real, el analista o en este caso el psicólogo clínico con orientación psicoanalítica, da lugar a la palabra, esto permite dar lugar a la simbolización y por ende a la posible apertura de síntomas. Y como resalta Seldes (2008), con relación al dispositivo, se tiene como finalidad producir un tiempo antes y después de las urgencias subjetiva, resaltando un significativo privilegiado que aparece en el decir, en donde lo ilegible comienza a hacerse legible, y de tal manera pueda hacerse una diferente lectura con la palabra. (p. 2)

Ahora bien, en el presentado trabajo investigativo se resaltó la pertinencia de la atención de las urgencias subjetivas de los médicos hospitalarios en el inicio y brote de la pandemia por COVID-19, sin embargo, más allá del hecho que la pandemia aún no cesa, a lo largo del desenvolvimiento hospitalario de los médicos podrían llegar a presentárseles encuentros con lo real. Por ende, sería pertinente que los médicos hospitalarios puedan contar con un espacio, como el ofrecido durante este trabajo investigativo, que busque causar un sujeto para que mediante la palabra encuentre un camino de tramitación después del encuentro con el traumatismo, con lo real. Es decir, espacio en que el sujeto pueda tramitar esto que había quedado no articulado o no simbolizado, el cual causa malestar en el sujeto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrionuevo, J. (2011). *Adolescencia y juventud: Consideraciones desde el psicoanálisis*. Buenos Aires: Eudeba.
- Coccoz, V. (2014). *La práctica lacaniana en Instituciones I* (pp. 7-20). Olivos: Grama.
- El Universo. (2020). Ecuador: 10 médicos fallecidos y 1600 contagiados por coronavirus en sistema de salud. *El Universo*. Recuperado de <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/04/05/nota/7805922/ecuador-10-medicos-fallecidos-1600-contagiados-coronavirus-sistema>
- Freud, S. (1893). Representaciones inconscientes e insusceptibles de conciencia. *En Obras completas Vol. II*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. *En Obras completas Vol. III*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. *En Obras completas Vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/14%20-%20Tomo%20XIV.pdf>
- Freud, S. (1916a). 18 Conferencia, La fijación al trauma, lo inconsciente. *En Obras Completas Vol. XVI*. Buenos Aires: Amorrortu. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/16%20-%20Tomo%20XVI.pdf>
- Freud, S. (1916b). 23 Conferencia, Los caminos de la formación de síntoma. *En Obras Completas Vol. XVI*. Buenos Aires: Amorrortu. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/16%20-%20Tomo%20XVI.pdf>
- Freud, S. (1916c). 28 Conferencia, La terapia analítica. *En Obras completas Vol. XVI*. Buenos Aires: Amorrortu. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/16%20-%20Tomo%20XVI.pdf>
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *En Obras completas Vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/14%20-%20Tomo%20XIV.pdf>
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. *En Obras completas Vol. XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/18%20-%20Tomo%20XVIII.pdf>

- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En *Obras completas Vol. XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/18%20-%20Tomo%20XVIII.pdf>
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Obras completas Vol. XX*. Buenos Aires: Amorrortu. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/20%20-%20Tomo%20XX.pdf>
- Freud, S. (1930) *El malestar de la cultura*. En *Obras completas Vol. XXI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fuentes, M. (2020). *Reseña sobre el fantasma*. Recuperado de <https://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero4/resenafantasma4.htm>
- Goldman, B. (2003). *Nuevos nombres del trauma*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL. Recuperado de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Lacan, J. (1962a). *La angustia en la red de los significantes*. En *Seminario 10*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/Seminario-10-La-Angustia-Paidos-BN.pdf>
- Lacan, J. (1962b). *Pasaje al acto y acting out*. En *Seminario 10*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/Seminario-10-La-Angustia-Paidos-BN.pdf>
- Lacan, J. (1962c). *De una falta irreductible al significante*. En *Seminario 10*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/Seminario-10-La-Angustia-Paidos-BN.pdf>
- Lacan, J. (1971). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En *Escritos I y II*. Buenos Aires: Siglo xxi. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/Lacan-Escritos-I-y-II-Siglo-XXI-Completos.pdf>
- Lacan, J. (1974a). *Clase 1. RSI*. En *Seminario 22*. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/27%20Seminario%2022.pdf>

- Lacan, J. (1974b). Clase 2. RSI. **En Seminario 22**. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/27%20Seminario%2022.pdf>
- Lacan, J. (1974c). Clase 6. RSI. *En Seminario 22*. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/27%20Seminario%2022.pdf>
- Lacan, J. (1974d). Clase 7. RSI. *En Seminario 22*. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/27%20Seminario%2022.pdf>
- Lai J., Ma S., Wang Y., et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3) Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>
- Laplanche, J y Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/guia/diccionario-de-psicoanalisis-laplanche-y-pontalis.pdf>
- Laurent, E. (2002). El revés del trauma. *Virtualia*, (6), 1-7. Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/gH8svg5G3gcbD VYcZ2ikYMIOPd1J5Esgb3mmgXrn.pdf>
- Martínez-Castro, N. (2012) El Narcisismo... Freud y Lacan. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 79-89. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es › descarga › articulo>
- Mesa de trabajo Técnica, Salud y Atención Pre Hospitalaria. (2020). *Protocolo para Atención Teleasistida de Salud Mental en COVID-19*. Recuperado de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/MTT2-PRT-005-Protocolo-de-salud-mental_2020.pdf
- Miller, J. (2004). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). *Lineamientos Operativos para la Intervención de Salud Mental en la Emergencia Sanitaria*. Recuperado de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-operativos-Salud-Mental-Covid-19_2020.pdf
- Montero, G. (2005). *La travesía por la mitad de la vida*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens.

- Ochoa, M., López, C., Varela, M., Moreno, V., Soliani, A., Lubo, F., Morales, C. y Girano, M. (2018). Clínica de la urgencia subjetiva. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-122/501.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Recuperado: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Özdemir, S., & Kerse, G. (2020). The Effects of COVID 19 Process on Health Care Workers: Analysing of the Relationships between Optimism, Job Stress and Emotional Exhaustion. *International and Multidisciplinary Journal of Social Sciences*, 9(2), 178-201. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7518370.pdf>
- Pecznik, A. (2012). *El sujeto ante su muerte: violencia y terminalidad terapéutica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Pelegrí, M. y Romeru, M. (2011). El duelo, más allá del dolor. *Desde el Jardín de Freud*, (11), 133-148. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/27228/27505>
- Real Academia Española. (2020). Síntoma. *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/s%C3%ADntoma>.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una Vida*. Ecuador: Senplades. Recuperado: https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
- Seldes, R. (2008). La urgencia del psicoanálisis aplicado. *Virtualia*, (18), 1-2. Recuperado de <http://revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/OIDkG02ZeJr122HGfX0WQqbpvwPxcnURAIvGKxZB.pdf>
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE.

- Sotelo, I. (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama.
- Sotelo, I. (2015). *DATUS: dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*. Buenos Aires. Argentina. - 1a ed. - Olivos: Grama.
- Sotelo, I. (2019). ¿Qué son las Urgencias Subjetivas? *Universidad Nacional de San Luis. 2° Congreso Nacional de Psicología*. Recuperado de <http://www.noticias.unsl.edu.ar/02/07/2019/que-son-las-urgencias-subjetivas/>
- Ulnik, J. (2011). *El psicoanálisis y la piel*. Buenos Aires: Paidós.
- Vicerrectorado de Investigación y Posgrado. (2020). *Dominios Institucionales de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil*. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Recuperado: <https://www.ucsg.edu.ec/wp-content/uploads/pdf/sinde/DOMINIOS-LINEAS-DE-INVESTIGACION.pdf>
- Villegas, D. (2020). En crisis del COVID-19: ¿Quién cuida a los que nos cuidan? *El Comercio*. Recuperado de <https://www.eluniverso.com/larevista/2020/04/12/nota/7810170/quien-cuida-que-nos-cuidan>
- Vinueza, A., Aldaz, N., Mera, C., et al. (2020). *Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19*. Recuperado de <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/708/958/988>
- Zambrano, R. (2020). Personal de salud en Ecuador estaría al borde de sufrir ataques de pánico, ansiedad y depresión por COVID-19. *El Universo*. Recuperado de <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/04/12/nota/7810368/personal-salud-ecuador-estaria-borde-tener-ataques-panico-ansiedad>



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Peña León, Joyce Elisa**, con C.C: # **0940837958** autor/a del trabajo de titulación: **Lo real de la muerte como factor desencadenante de las urgencias subjetivas en el personal médico hospitalario, durante la pandemia por COVID-19, en la ciudad de Guayaquil- Ecuador** 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, **11 de febrero** de **2021**

f. _____

Nombre: **Peña León, Joyce Elisa**

C.C: **0940837958**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Lo real de la muerte como factor desencadenante de las urgencias subjetivas en el personal médico hospitalario, durante la pandemia por COVID-19, en la ciudad de Guayaquil- Ecuador		
AUTOR(ES)	Joyce Elisa, Peña León		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Ileana de Fátima, Velázquez Arbaiza		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Carrera de Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	11 de febrero de 2021	No. DE PÁGINAS:	54s
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicoterapia, Psicoanálisis, Psicología Institucional		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	COVID-19, real, Urgencias subjetivas, muerte, médicos hospitalarios, psicoanálisis, pandemia		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>En el 2020, la pandemia por COVID-19 ocasionó un encuentro con lo real de la muerte, la muerte puede ser entendida como el contacto en bruto con lo real, ya que para poder describir que es estar muerto, primero se debe estarlo. De tal manera, lo real es entendido como lo indecible, incognoscible y no significado. Este trabajo de investigación cualitativa tomó en consideración a los médicos hospitalarios que estuvieron al inicio y brote de la pandemia, por ende, la muestra es no probabilística o muestras dirigidas. Las técnicas que se utilizaron son las entrevistas abiertas, la revisión y recolección de fuentes bibliográficas, tomando en consideración la perspectiva psicoanalítica. La investigación se dirige a analizar y contextualizar, mediante el estudio de casos y la revisión y análisis cualitativo de las fuentes bibliográficas recopiladas, cómo el real de la muerte durante la pandemia por la COVID-19 convoca urgencias subjetivas y cómo está interviene en el personal médico hospitalario, en la ciudad de Guayaquil- Ecuador. Comprendiendo a la urgencia subjetiva en la inmediatez que la atención es requerida por el paciente. Lo real irrumpe en el sujeto y resiste a los esfuerzos de este en ponerle significación, he ahí la pertinencia del uso del dispositivo de urgencias subjetivas, y de poder brindarles el espacio de escucha y palabra a los pacientes; donde en el encuentro con lo real las palabras no alcanzan, el uso del dispositivo permitió un espacio de tramitación a eso que había quedado no simbolizado o no articulado</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593987654324	E-mail: martinez.francisco@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.		
	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):			