

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

**TEMA:**

**Atención psicológica en línea como propuesta ante el surgimiento de casos de urgencia subjetiva producto de la emergencia sanitaria en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador.**

**AUTOR:**

**Barco Macías, Joseline Betty**

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

**TUTOR:**

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

**Guayaquil, Ecuador**

**11 de septiembre del 2020**



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 **Barco Macías, Joseline Betty** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

### **TUTOR**

f. 

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

### **DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Galarza Colamarco, Alexandra, Mgs.**

**Guayaquil, a los 11 del mes de septiembre del año 2020**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Barco Macías, Joseline Betty**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Atención psicológica en línea como propuesta ante el surgimiento de casos de urgencia subjetiva producto de la emergencia sanitaria en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, 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 septiembre del año 2020**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**Barco Macías, Joseline Betty**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Barco Macías, Joseline Betty**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Atención psicológica en línea como propuesta ante el surgimiento de casos de urgencia subjetiva producto de la emergencia sanitaria en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 11 del mes de septiembre del año 2020**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_

**Barco Macías, Joseline Betty**

## REPORTE URKUND

URKUND	
<b>Documento</b>	<a href="#">Atención psicológica en línea como propuesta ante el surgimiento de casos de urgencia subjetiva producto de la emergencia sanitaria en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador.docx [D78586964]</a>
<b>Presentado</b>	2020-09-04 00:33 (-05:00)
<b>Presentado por</b>	joselinbarco77@gmail.com
<b>Recibido</b>	rodolfo.rojas.vcsg@analysis.orkund.com
	<div style="background-color: #28a745; color: white; padding: 2px;">0%</div> de estas 76 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

**TEMA:** Atención psicológica en línea como propuesta ante el surgimiento de casos de urgencia subjetiva producto de la emergencia sanitaria en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador.

**ESTUDIANTES:** Barco Macías, Joseline Betty

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME ELABORADO POR:**



**Psí. Cl. Rodolfo Rojas Betancourt, Mgs.**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por su constante bendición y a mis padres que sin su constante guía no hubiera podido lograr mis avances. A mi tutor Rodolfo que supo atender mis dudas y preocupaciones, que estoy segura sabe que estas rebasan la cantidad de páginas de este documento. A mi hermana que me hacía barra todas las noches que me tocaba concentrarme y concretar mi documento desde antes de inicio de semestre. A mi novio Axel que me acompañó con un sin número de llamadas telefónicas y que siempre supo darme las palabras de aliento, aun cuando estaba a punto de quedarme dormida sobre mi laptop.

A todos mis amigos, mis compañeros, los que me respondieron y supieron escucharme. Cuando creía conseguir respuestas, hallaba más preguntas y mis docentes siempre estuvieron prestos a lo largo de la carrera para recomendarme libros. A los que ya no están entre nosotros por culpa de la pandemia y a los familiares que cargan el duelo. Le agradezco a todas las personas que apostaron por mi trabajo y por mi inconmensurable deseo de aprender.

## **DEDICATORIA**

Ecuador tuvo muchas pérdidas, pero sé que se podrá levantar y es a ellos a quienes dedico esta investigación. A todos los que sufren y a todos los que se sienten fuera de lugar. Recuerden que los rompecabezas son tan diversos, ánimo y paciencia, pronto hallarás tu lugar. Le dedico este trabajo a todos mis seres queridos, a todos los que conozco y a los que voy a conocer. Finalmente, le dedico al lector ávido que está usando este material porque necesita sacar un concepto o algo para un trabajo, tranquilidad, pronto podrás ver tu documento terminado.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

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

f. \_\_\_\_\_

**PSIC. CL. GALARZA COLAMARCO, ALEXANDRA, MGS.**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**PSIC. CI. ESTACIO CAMPOVERDE, MARIANA, MGS.**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**PSIC. ALVAREZ CHACA, CARLOTA, MGS**  
OPONENTE

# ÍNDICE

RESUMEN .....	XIII
ABSTRACT .....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1: METODOLOGÍA.....	4
1.1 ENFOQUE .....	4
1.2 METODOLOGÍA .....	5
1.3 HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	6
1.4 FORMAS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN .....	7
1.5 MUESTRA .....	8
1.6 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD CON LA QUE SE ARTICULA.....	8
1.7 POLÍTICA U OBJETIVO DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO AL QUE CONTRIBUYE .....	8
1.8 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	10
1.9 OBJETIVOS .....	10
1.9.1 OBJETIVO GENERAL.....	10
1.9.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
CAPÍTULO 2: URGENCIAS SUBJETIVAS.....	12
2.1 LA ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA.....	12
2.2 DIFERENCIA ENTRE URGENCIA Y EMERGENCIA .....	15
2.3 DEFINICIÓN DE URGENCIAS SUBJETIVAS .....	21
2.4 PROTOCOLO DE DETECCIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD 30	
2.5 TRATAMIENTO A LAS URGENCIAS SUBJETIVAS.....	40
CAPÍTULO 3: LA ATENCIÓN ONLINE .....	43
3.1 LAS PARTICULARIDADES DE LA ATENCIÓN ONLINE .....	43
3.2 LA PRESENCIA DEL ANALISTA.....	53
3.3 EL CUERPO EN LA ATENCIÓN ONLINE .....	58
3.4 LA VOZ.....	62
CAPÍTULO 4: ESTUDIOS DE CASO .....	67
4.1 CONSIDERACIONES SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD .....	67

4.2	ESTUDIO DE CASOS .....	69
4.2.1	RESULTADO DE ENCUESTAS DE OPINIÓN APLICADOS A PRACTICANTES SEMESTRE A-2020 .....	70
4.2.2	RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS .....	84
4.2.3	CASO 1.....	89
4.2.4	CASO 2.....	93
4.2.5	CASO 3.....	96
4.2.6	CASO 4.....	99
4.2.7	CONTRASTE DE PUNTOS CLAVE DE CASOS.....	102
4.2.8	CONCLUSIONES DE ESTUDIOS DE CASOS .....	103
4.3	CUADRO COMPARATIVO DE LOS ESTUDIOS DE CASOS .....	104
	CONCLUSIONES .....	106
	RECOMENDACIONES .....	107
	REFERENCIAS .....	108
	GLOSARIO.....	119
	ANEXO .....	126
5.1	MODELO DE ENTREVISTA .....	126
5.2	MODELO DE ENCUESTA .....	127

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1. COMPARACIÓN DE LOS CONCEPTOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA .....	19
TABLA 2. NIVELES DE CLASIFICACIÓN DE LA MTS.....	32
TABLA 3. PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DE LAS URGENCIAS.....	33
TABLA 4. APLICACIONES ON-LINE DE LAS DIFERENTES APROXIMACIONES TERAPÉUTICAS.....	44
TABLA 5. COMPARACIÓN DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA ATENCIÓN EN LÍNEA.....	46
TABLA 6. COMPARACIÓN ENTRE MODALIDAD PRESENCIAL Y MODALIDAD EN LÍNEA .....	50
TABLA 7. PUNTOS CLAVE EN EL TRATAMIENTO MODALIDAD EN LÍNEA.....	52
TABLA 8. DIRECTRICES DE LA APA (2010).....	67
TABLA 9. RESPUESTAS AL ÍTEM 1.....	84
TABLA 10. RESPUESTAS AL ÍTEM 2: ¿ES POSIBLE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA?.....	84
TABLA 11. RESPUESTAS AL ÍTEM 2: VENTAJAS.....	84
TABLA 12. RESPUESTAS AL ÍTEM 2: DESVENTAJAS.....	84
TABLA 13. RESPUESTAS AL ÍTEM 3.....	85
TABLA 14. RESPUESTAS AL ÍTEM 4: ¿HA RECIBIDO PACIENTES EN URGENCIA SUBJETIVA?.....	85
TABLA 15. RESPUESTAS AL ÍTEM 4: ¿CUÁNTOS PACIENTES?.....	85
TABLA 16. RESPUESTAS AL ÍTEM 5: ATENCIÓN A LA ANGUSTIA EN GENERAL.....	85
TABLA 17. RESPUESTAS AL ÍTEM 5: MODALIDAD ONLINE EN PARTICULAR.....	86
TABLA 18. RESPUESTA AL ÍTEM 6: VENTAJAS.....	86
TABLA 19. RESPUESTA AL ÍTEM 6: DESVENTAJAS.....	86
TABLA 20. RESPUESTA AL ÍTEM 7.....	87
TABLA 21. CUADRO COMPARATIVO DE LOS ESTUDIOS DE CASOS.....	104

## INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. HITOS DE LA URGENCIA SUBJETIVA.....	29
FIGURA 2. PUNTOS PRINCIPALES DEL TRABAJO CON CASOS DE URGENCIAS.....	31
FIGURA 3. SIMBOLOGÍA DE LOS COMPONENTES DEL DIAGRAMA DE FLUJO.....	34
FIGURA 4. SIMBOLOGÍA DE LOS COMPONENTES DEL DIAGRAMA DE FLUJO.....	35
FIGURA 5. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS SUBJETIVAS PARTE 1: RECEPCIÓN.....	36
FIGURA 6. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS SUBJETIVAS PARTE 2: TRIAJE Y DIAGNÓSTICO. .....	37
FIGURA 7. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS SUBJETIVAS PARTE 3: CITA DE SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO.....	38
FIGURA 8. MODELO DE INTERVENCIÓN TELE-PSICOLÓGICA.....	49
FIGURA 9. PUNTOS CLAVE DE CADA CASO.....	102

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. RESPUESTA AL ÍTEM 1: INICIO DE ATENCIÓN ONLINE.....	70
GRÁFICO 2. RESPUESTA AL ÍTEM 2: ¿ES POSIBLE LA ATENCIÓN ONLINE?.....	71
GRÁFICO 3. RESPUESTA AL ÍTEM 3: VENTAJAS Y DESVENTAJAS.....	72
GRÁFICO 4. RESPUESTAS AL ÍTEM 3: DESVENTAJAS.....	73
GRÁFICO 5. RESPUESTA AL ÍTEM 3: VENTAJAS.....	74
GRÁFICO 6. RESPUESTA AL ÍTEM 4.....	75
GRÁFICO 7. RESPUESTA AL ÍTEM 5.....	76
GRÁFICO 8. RESPUESTA AL ÍTEM 6.....	77
GRÁFICO 9. RESPUESTA AL ÍTEM 7.....	78
GRÁFICO 10. RESPUESTA AL ÍTEM 8.....	79
GRÁFICO 11. RESPUESTA AL ÍTEM 9: VENTAJAS.....	80
GRÁFICO 12. RESPUESTA AL ÍTEM 9: DESVENTAJAS.....	81
GRÁFICO 13, RESPUESTA AL ÍTEM 10.....	82

## RESUMEN

En el presente trabajo se desarrolla una propuesta de atención online a las urgencias subjetivas y una propuesta de protocolo de detección para el personal de la salud. La constante transformación de la sociedad y los avances tecnológicos, hacen de la problemática un terreno difícil de explorar para la psicología. A causa de las limitadas fuentes teóricas, se ha tomado como base los conceptos psicoanalíticos trabajados por Freud, Lacan, Miller, Laurent, Sotelo y Belaga. Se abordará las distintas concepciones de urgencia y emergencia, para recoger las similitudes. El propósito es dejar en claro la definición del tema, la importancia de diseñar un abordaje dinámico y la apertura de un trabajo interdisciplinario. Adicionalmente, se trabajará las particularidades de la atención online y como poder manejar la urgencia en épocas de distanciamiento. Se empleará los estudios de caso, entrevistas a profesionales y encuestas a egresados, como herramientas de recolección de datos para alimentar la investigación. Finalmente, aunque es importante sostener la especificidad científica para entablar una investigación de calidad, también es importante el aporte que el punto ético pueda dar sobre el malestar en la sociedad y sus manifestaciones en el ser hablante.

Palabras claves. - Urgencia subjetiva, Emergencia, Presencia del analista, Inconsciente, Lenguaje, Lengua, Particularidad, Repetición, Transferencia, Cuerpo real, Cuerpo Simbólico, Cuerpo Imaginario, No-todo y Otro.

## **ABSTRACT**

The research develops a proposal for online therapy in order to receive subjective urgency and a proposal detection protocol for health personnel. Society and technology are always in constant change, that's what makes research so hard to accomplish for psychologists. In behalf of limited theoretical resources, decisions have been made in order to answer the issues based on psychoanalytic resources as Freud, Lacan, Miller, Laurent, Sotelo and Belaga. The concept of urgency and emergency will be addressed in order to contrast similarities. The purpose is to clarify the issue's concept, the importance of a well-made intervention and the chance of an interdisciplinary work. Additionally, singularity will be considered in the online therapy and how to manage the urgency in times of estrangement. Case studies, interviews with professionals and surveys of graduates will be used as data collection tools to feed the research. Finally, although it is important to uphold the scientific specificity to undertake quality research, the contribution that the ethical point can give on the discomfort in society and its manifestations in the speaking being is also important.

Keywords: Subjective urgency, Emergence, Presence of the analyst, Unconscious, Language, Particularity, Repetition, Transfer, Real, Symbolic, Imaginary, Body, Not-all and Other.

## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se plantearán diversas propuestas que apuntan a aportar información y a sugerir la atención psicológica en línea. Actualmente el país está pasando por una emergencia sanitaria producto de la pandemia de coronavirus COVID-19 y la aparición de casos en Guayaquil ha afectado a la población. Es debido al riesgo de contagio que se decretó la restricción de movilización: "... emitió un nuevo estado de excepción para minimizar riesgo de contagio de covid, por lo que se restringieron libertades de movilidad y asociación en los términos que disponga el Comité de Operaciones de Emergencia nacional." (El Universo, 2020, párr. 5). A pesar de la limitación que la pandemia ha generado en la investigación se seleccionarán casos de urgencia subjetiva, con el debido proceso de confidencialidad, para que se trabaje a la par de lo que se construye un ordenamiento teórico y una propuesta de tratamiento.

La urgencia subjetiva es un tema que, a pesar de haber tenido una construcción desde diferentes ramas de la ciencia, sigue siendo desconocida o ignorada por muchos profesionales y cuya incidencia es destacable. Se puede apreciar en un buen porcentaje de casos que acuden a emergencia y es razón suficiente para dedicar una investigación en torno a esta. Es un tema que ha sido abordado superficialmente, que por momentos toma peso: "Este es el interrogante que recorre un desarrollo clínico y teórico acerca de las situaciones que pueden ser tomadas como "desbordantes". Estas situaciones remiten a las epidemias contemporáneas (...) hay tantas urgencias como sujetos" (Belaga, 2006, p. 2). Es por eso que interesa a todo profesional, sea de cualquier ámbito que trabaje con el ser humano, que pretenda entender o atender los síntomas superficiales que adolecen al ser humano.

El proceso de la investigación seleccionado por este trabajo, apunta a realizar una lectura social, ética y científica en su parte cualitativa, para armar un estudio bibliográfico. A su vez recoger las experiencias o el trabajo por medio

de encuestas, entrevistas y estudios de casos. A pesar del tiempo y el espacio limitado por la pandemia, se apunta a buscar hacer algo con las dificultades para iniciar la discusión. Es decir, darle importancia a un tema que puede ser necesario tomar en cuenta en la agenda política y cultural.

El documento se organizará en cuatro capítulos, además de la sección de las conclusiones-recomendaciones, que se denominaría de la siguiente manera: 1. Metodología, 2. Urgencias Subjetivas, 3. La atención online y 4. Estudios de caso. El capítulo de la metodología detalla a más profundidad la base científica de la investigación y sus recursos. El capítulo de urgencias subjetivas buscaría contrastar conceptos y elaborarlos de forma cronológica para su comprensión académica. El capítulo de la atención online busca poner los puntos teóricos para su consideración y plantear la posibilidad de su uso.

Finalmente, el capítulo 4 apunta al estudio de casos y al conocimiento del tema en practicantes o recién graduados. Estos aspectos podrían dar la información necesaria para establecer recomendaciones que permitan un estudio y una aplicación más viable de herramientas. El detalle está en abrir un debate, en primera instancia, entre los estudiantes a punto de graduarse y despertar el interés de seguir formándose. Es vital destacar que es más posible el acceso y la introducción de la reflexión en las jóvenes promesas que se abren paso en el campo profesional.

# **CAPÍTULO 1: METODOLOGÍA**

## **1.1 ENFOQUE**

El diseño de investigación del documento se basa en la parte cualitativa de la investigación y su proceso es más adecuado para responder a la problemática presentada. “La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” en el que la secuencia no siempre es la misma, pues varía con cada estudio.” (Hernández, Fernández, & Baptistas, 2014, p. 7). Este movimiento considerado flexible permite que la investigación retroceda sin deshacer lo que va desarrollando y fortalece los puntos primordiales. Dichos puntos pueden ir saltando a lo largo de la investigación y pueden irse descartando en el caso de no contribuir.

El enfoque cualitativo busca ahondar en la información que va saltando a medida que van saliendo los casos y formando ideas que aportarán a la problemática. Es decir, generar preguntas y respuestas para entender el fenómeno que se planteó desde el principio. Respeta el contexto y se enriquece del mismo para poder generar conocimiento sobre el fenómeno que influye en el caso a caso. Se respeta la relatividad y la fluctuación que se puede dar para poder encontrar un punto válido en la intervención que se apunte a usar (Hernández et al., 2014, p. 10).

## 1.2 METODOLOGÍA

La investigación se plantea a partir de la observación de casos de urgencia subjetiva, producto de la emergencia sanitaria que afectó al país desde finales de febrero cuando se confirmó el primer caso de coronavirus en Ecuador. A partir de la problemática que rodea la emergencia sanitaria, la forma de transmisión del virus y la implementación del distanciamiento social, marcan una necesidad de resolver dicho dilema («Se registra el primer caso de coronavirus en Ecuador – Secretaría General de Comunicación de la Presidencia», 2020, párr. 1). El surgimiento de casos en los cuales no había diagnóstico oficial de coronavirus, pero que habría afección biológica de por medio, llevó a pensar en la posibilidad de analizar dichos casos y proponer un marco de trabajo desde la atención psicológica. El distanciamiento social contribuyó a pulir dicho marco de atención y proponer que sea en la modalidad online para respetar toda medida necesaria.

Entendido dicho proceso, se procedió a la búsqueda de conceptos que alimentaran y justificaran el encuadre decidido como óptimo para responder ante la urgencia. No solo la urgencia, sino también la emergencia que ya estaba planteada y concebida por la mayoría de los países afectados por el virus. Es por esto que se considera necesario hacer una revisión desde la bibliografía, pasando por el establecimiento de conceptos, que a su vez podrán organizarse en cuadros con la finalidad de contrastar y validar el proyecto como respuesta ante la necesidad actual.

## **1.3 HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**1.3.1 Casuística o estudios de casos:** Estudio de caso instrumental cuya vertiente técnica es dirigida a la recolección de información y permite hacer una selección de la muestra. Busca contribuir al enfoque elegido para que pueda validar la hipótesis en cuestión y sostener la investigación hasta el final. Es importante poder diferenciar que casos aportarán a la investigación y que casos no contribuyen a responder las interrogantes del estudio, sin confundir o caer en sesgo. Es decir, recopilar casos que tengan elementos esenciales, aunque no validen positivamente el proyecto y finalmente contribuyan a contrastar el corolario que pueda darse en el proceso (Muñiz, 2010, p. 2).

**1.3.1.1 Entrevista clínica:** Técnica principal que se usará para el abordaje de los pacientes, con trastorno de ansiedad generalizada, con el fin de recolección de información pertinente que nos permita validar y aportar a la investigación. Muniz (2018) trabaja la entrevista clínica de la siguiente manera:

Se apunta a recepcionar el o los padecimientos, comprender qué le pasa al sujeto que consulta, elaborar hipótesis sobre la etiopatogenia de la problemática, definir cuál es la mejor estrategia de tratamiento para su resolución, generando una orientación. Pero para que todo esto sea posible, se debe construir en la instancia de entrevista un vínculo apropiado. (p.11)

### **1.3.2 Entrevistas**

Janesick trabajó en 1998 que la entrevista es una reunión para conversar e intercambiar información entre el entrevistador y el entrevistado. También puede ser un grupo de entrevistados, que tengan familiaridad o no. A través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación. Se busca la construcción conjunta de significados respecto a un tema o una problemática (Janesick, citado en Hernández et al., 2014, p. 403).

Ryen, Grinnell y Unrau trabajaron la clasificación de las entrevistas en 2013 y 2011 de la siguiente manera: estructuradas, semiestructuradas y no

estructuradas o abiertas. En las estructuradas se crea una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta. Las entrevistas semiestructuradas aunque se crea una guía de asuntos o preguntas, hay libertad de cambio para obtener mayor información. Las entrevistas abiertas se basan en una guía general y hay toda libertad para manejarla (Ryen, Grinnell y Unrau, Citado en Hernández et al., 2014, p. 403).

### **1.3.3 Encuestas**

Trabajada por Archester en el 2005 como un diseño o método y considera las investigaciones no experimentales transversales o transeccionales descriptivas o correlacionales-causales. A veces tienen los propósitos de unos u otros diseños y a veces de ambos, en la que generalmente utilizan cuestionarios. Se suelen aplicar en diferentes contextos conocidas como entrevistas en persona, por medios electrónicos como correos o páginas web, en grupo, etcétera (Archester, Citado en Hernández et al., 2014).

## **1.4 FORMAS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN**

La información será procesada a través del uso del método comparativo o cuadros para contrastar, cuya finalidad apunta a verificar y validar la hipótesis que se plantea a lo largo de la investigación del proyecto. Se apunta a comprender temas que son inicialmente desconocidos, pero que puedan partir de las fuentes conocidas y hallar la posibilidad de explicarlas mediante estas. El fin es interpretar, construir conocimientos probablemente nuevos y destacar lo peculiar del formato que se llegaría a usar. Dicho formato también puede ser denominado encuadre o marco de la investigación, cuyo enfoque es importante para desde ahí responder a las interrogantes y tratar de resaltar el origen de los fenómenos. Dichos fenómenos que son conocidos y que permiten sistematizar la información para destacar las diferencias con otros casos similares (Gómez, 2014, p. 229).

## **1.5 MUESTRA**

Teniendo en cuenta el enfoque y la metodología, se considera que el tipo de muestra más adecuado, es el tipo de muestra no probabilística. Estas son las que "... logran obtener los casos (personas, objetos, contextos, situaciones) que interesan al investigador y que llegan a ofrecer una gran riqueza para la recolección y el análisis de los datos" (Hernández et al., 2014, p. 190). Siendo por ende la que más se ajusta a lo que busca este documento y que permitirán lograr armar una investigación adecuada.

## **1.6 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD CON LA QUE SE ARTICULA**

El siguiente trabajo de investigación se encuentra articulado con la carrera de Psicología Clínica, bajo el marco conceptual del psicoanálisis y usando sus bases como el método de intervención más pertinente. Apuntando a otorgar una perspectiva ante la angustia en los casos de urgencia subjetivas producto de la pandemia de coronavirus y los estragos que particularmente deja en cada sujeto. Estos casos cuyo diagnóstico o el de personas cercanas haya impactado y comprometido significativamente su jornada.

## **1.7 POLÍTICA U OBJETIVO DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO AL QUE CONTRIBUYE**

Este proyecto, va dirigido para la contribución del "quehacer" del psicólogo con orientación psicoanalítica para garantizar un correcto abordaje e intervención interdisciplinaria ante las distintas presentaciones de angustia en los jóvenes. Con la propuesta de búsqueda de un fino abordaje frente a los diversos síntomas con las que llega un joven a urgencia o consulta, y con el objetivo de, lograr el bienestar en todos sus entornos apegándonos a la constitución del Ecuador; se acoge a la sección segunda: jóvenes y sección tercera: formas de trabajo y su retribución.

**Art. 39.-** El Estado garantizará los derechos de las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público. El Estado reconocerá a las jóvenes y los jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación. El Estado fomentará su incorporación al trabajo en condiciones justas y dignas, con énfasis en la capacitación, la garantía de acceso al primer empleo y la promoción de sus habilidades de emprendimiento (Cordero y Vergara, S.f., p.32).

**Art. 329.-** Las jóvenes y los jóvenes tendrán el derecho de ser sujetos activos en la producción, así como en las labores de auto-sustento, cuidado familiar e iniciativas comunitarias. Se impulsarán condiciones y oportunidades con este fin. Para el cumplimiento del derecho al trabajo de las comunidades, pueblos y nacionalidades, el Estado adoptará medidas específicas a fin de eliminar discriminaciones que los afecten, reconocerá y apoyará sus formas de organización del trabajo, y garantizará el acceso al empleo en igualdad de condiciones. Se reconocerá y protegerá el trabajo autónomo y por cuenta propia realizado en espacios públicos, permitidos por la ley y otras regulaciones. Se prohíbe toda forma de confiscación de sus productos, materiales o herramientas de trabajo. Los procesos de selección, contratación y promoción laboral se basarán en requisitos de habilidades, destrezas, formación, méritos y capacidades. Se prohíbe el uso de criterios e instrumentos discriminatorios que afecten la privacidad, la dignidad e integridad de las personas. El Estado impulsará la formación y capacitación para mejorar el acceso y calidad del empleo y las iniciativas de trabajo autónomo. El Estado velará por el respeto a los derechos laborales de las trabajadoras y trabajadores ecuatorianos en el exterior, y promoverá convenios y acuerdos con otros países para la regularización de tales trabajadores (Cordero, F y Vergara F, S.f., p.155).

## **1.8 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La finalidad de la investigación es analizar los casos de urgencia subjetiva que se han manifestado durante la pandemia actual y proponer un abordaje que cumpla con las medidas sanitarias por el COE Nacional. El COE Nacional es la entidad que regula el cumplimiento de las medidas y resoluciones que se van gestionando para el correcto desarrollo diario del País. Es por esto que para poder responder a la demanda se plantea el abordaje modalidad online, para tratar las dificultades subjetivas y mantener el distanciamiento social (Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias, 2020, párr. 1). Se apunta a poder dar un espacio a los casos que surjan en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, del país Ecuador y tomar en cuenta que acudirían con el motivo de consulta de sentirse afectados o abrumados por la situación del virus.

Se utilizarán estudios de casos para validar las intervenciones y analizar la pertinencia del proceso. Por definición se entiende que la urgencia subjetiva aparece y compromete al sujeto, quien percibe el malestar con un peso excesivamente grande. Esto en la mayoría de las ocasiones no les permite producir o continuar la cotidianidad y afectan constantemente el ritmo de su día a día (Sotelo, I., citado por Fazio, Melamedoff, Vizzolini y Santimaria, 2015, p. 243).

## **1.9 OBJETIVOS**

### **1.9.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar la atención online a las urgencias subjetivas durante la cuarentena por el COVID-19 en Guayaquil durante el año 2020, mediante el estudio de casos, como aporte para la consideración de su atención desde la orientación psicoanalítica.

### **1.9.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Seleccionar los casos de urgencia subjetiva solicitando los permisos necesarios para acceder a la información de carácter confidencial.
- Considerar el desarrollo del concepto de urgencia subjetiva a través de su estudio cronológico para la validación del instrumento de recolección de datos.
- Cotejar las definiciones de urgencia subjetiva y el abordaje desde la orientación psicoanalítica mediante un organigrama para validar la propuesta de lineamientos de intervención.

## **CAPÍTULO 2: URGENCIAS SUBJETIVAS**

### **2.1 LA ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA**

La práctica de la psicología en la actualidad ha abierto campo a un sin número de propuestas y éstas a su vez se han ido diversificando. Es por esto que ha llevado a la mayoría de los profesionales a intentar limitar su trabajo y su hacer dentro de los casos que se presentan en consultorio. El trabajo de investigación ante estas propuestas de los diferentes enfoques hace una aproximación de los pilares de la psicología: Psicoanalítico, Conductual, Humanista, Cognitivo y Sistémico. Dichas orientaciones que alimentarán las bases teóricas de suma importancia dentro de la carrera (Benitez et al., 2018, p.27).

La orientación es considerada como la guía de trabajo de todo psicólogo y es a partir de esa concepción que brotará la construcción teórica-práctica. Es lo que permite leer el caso y estudiarlo individualmente. Es poner a prueba la hipótesis y corroborar que se ha logrado trabajar adecuadamente. De entre las propuestas de orientación, la psicoanalítica permite extraer hechos de interés, armar un marco conceptual que describe el problema y definir un concepto teórico (Edelson, citado por Ávila, S.f., pp. 12-13).

De estas propuestas de trabajo listadas previamente en el proceso de la investigación se optará por basar la recopilación y estudios de casos en la orientación psicoanalítica. El pilar psicoanalítico es desarrollado por Miller (2006, pp. 16-17) de la siguiente manera:

¿Qué significa, en psicoanálisis, que el psicoanalista se encuentre delante de alguien al que le gustaría ser un paciente? En realidad, en el análisis, no hay paciente en rebeldía consigo mismo. Se puede decir que el primer pedido en la experiencia analítica es la demanda de ser admitido como paciente. Esta demanda tiene una precedencia sobre las demás. Así, es verdad que, en psicoanálisis, como fue visto en el ejemplo de hoy por la mañana, la primera a-valoración es hecha por el

paciente, es él el que primero avala su síntoma. Él llega al analista en la posición de hacer una demanda basada en una auto-valoración de sus síntomas, y pide un aval del analista sobre esa auto-valoración.

Refiriéndose a que el paciente por elección personal decide acudir a un especialista llevando lo que podría ser visto como su problema evidente y que desea que sea reconocido como tal para poder apuntar a una cura.

De ahí se parte para distinguir que lo que adolece o molesta al paciente es un tema que podría interpretarse como común y dependiendo de los aspectos que rodean a ese tema, poderlos comparar con casos similares. Pero, el psicoanálisis no opera de tal manera y más bien hace un giro dirigiendo a lo singular del caso que se presenta en consulta. Podría decirse que es ir a contra corriente y algo en contra de la generalización del padecimiento. Dicha generalización es interpretada por la época como si todos actuaran y sufrieran igual (Psicoanálisis & Mazzuca, 2016, p.1).

La dirección que la investigación trata de realizar apunta a la orientación psicoanalítica y su concepto se desarrolla en la Revista CES Psicología de la siguiente manera:

La orientación psicoanalítica constituye un amplio espectro de conceptualizaciones y formas de abordaje sobre lo psíquico. No es una escuela sino más bien una orientación metodológica (Gil, 1995; Lopera, Ramírez, Zuluaga, & Ortiz, 2010; Ramírez, 2011; Ramírez, et al., 2015), en la que confluyen diferentes propuestas que tuvieron sus orígenes en el psicoanálisis freudiano. Freud diferenció claramente tres aspectos en su descripción del psicoanálisis: el método de investigación de procesos anímicos inconscientes, la terapia fundada en esa indagación y el conjunto de conocimientos que derivan de ese camino (Freud, 1923/1998). (Lopera, 2017, p.84)

Es por esto que la intención de optar por la orientación es la de recolectar información por medio de estudio de casos, procesar de la mano de los conceptos que se manejan en dicho marco y formar una propuesta para que sea validada. Bajo este formato se encuadra los conceptos principales y se desarrollan los lineamientos pertinentes. La forma en que se maneja permite

organizar y sugerir una intervención que logre tratar las dificultades de la época dando dignidad al paciente.

Se destaca dentro del proceso de investigación, que la orientación psicoanalítica es un tipo de terapia, no científica que apunta al estudio ético de las diversas problemáticas que se escapan de la ciencia y por eso tiende a ser cuestionada. Esta, no rechaza las invitaciones al debate y tampoco busca alimentar el concepto de la homeostasis, ya que no está. Se concibe que hay una diferencia entre la psicoterapia y el psicoanálisis, ya que sus objetos de estudio son diferentes. Aunque, finalmente si se llegarían a relacionar, sería por un intercambio conceptual o herramientas que permitan un mejor tratamiento a los padecimientos actuales (Pérez, 1992, p. 55).

## 2.2 DIFERENCIA ENTRE URGENCIA Y EMERGENCIA

Una vez determinado el enfoque de donde se parte la investigación surge la duda del concepto de urgencia y el concepto de emergencia. Antes de las vertientes científicas de las ciencias de la salud había un tronco del que nacieron y de donde brotó el pensamiento. La filosofía tiene mucho que decir de forma general sobre el término urgencia y su concepción para entender lo que atañe al hombre. Se trabaja dicha concepción de la siguiente manera:

Los metafísicos, que aseguran comprender los orígenes de las cosas, asimismo creen entender de dónde proviene lo desagradable: —de nuestras vergonzosas urgencias humanas (...) idea que apela a la negación del cuerpo que impera en Occidente y contra la que Nietzsche expresa su desacuerdo a lo largo de toda su obra. Para los metafísicos, lo verdadero, el bien y lo bello no pueden emanar del desagradable, ilusorio y variable mundo humano, sino de otro lugar, de un origen (eigenen) que nada tiene que ver con lo transitorio, lo engañoso o lo seductor (...) yace en su propia base y no en otro lugar. (Bearn y Nietzsche, parafraseados en Torres, 2016 p. 50)

Esto que es desagradable, también es lo que remite a lo que avergüenza de cada quien y cuyo origen es antagónico a todo lo que es considerado bueno. Dicho así podría referir a que la urgencia si bien es individual, puede afectar de forma general a todo lo que lo rodea y por eso tener diferentes vertientes de concepción. Es necesario reflexionar esta situación ya que frente a la urgencia salta una respuesta que apunta a la cura de dicha crisis y puede tener la finalidad de un bien político. Una forma poética de explicar el control sobre los cuerpos que “sanos” puedan ser productivos y puedan permitir que la rueda social siga funcionando (Martínez y Zambrano, 2013, p. 42).

En cuanto a la emergencia, filosóficamente hablando, se trabaja sobre un fenómeno imprevisto, pero no misterioso. Es decir, la emergencia se presenta dando cuenta en sus propios términos y expresiones sobre su origen. Emerge y se desarrolla de una entidad preexistente. Nada se puede crear de la nada y dicha dificultad se podría entender desde la funcionalidad del organismo en cuestión. Se sabe que algo falla porque hay conocimiento de cómo funciona

el organismo y que es lo que debería pasar, sino implicaría un fallo que surgió de una complicación inesperada (Vivanco, 2014, p. 32).

Introduciendo el nacimiento filosófico de urgencias, se procede a buscar en la conceptualización del mismo desde la perspectiva médica ya que se entiende que desde la filosofía es una crisis individual, social y política. Como es una crisis que biológicamente no se le puede dar bases específicas y constantes en el caso a caso, se le da un espacio, pero no es una prioridad. Es decir, se considera su atención por presión social y por la cantidad de pacientes que acuden a emergencia sufriendo de algo que es desconocido en el momento de atención. Esto quita tiempo, por ende, es necesario para los médicos responder en la brevedad posible ya que en el área de urgencias el tiempo no es un factor sobrante y cuando menos tiempo se tenga mayor peso en la urgencia (Miranda, 2012, p.83).

Frente a la cantidad de casos de los cuáles se da estas características, la Organización Mundial de la Salud se dio un espacio para conceptualizar y difundir la información para que sea un tema tomado en cuenta. Resume entonces que la urgencia es una situación fortuita en cualquier lugar o actividad que se esté realizando que genere un problema cuya causa varía y su gravedad se desconoce. Se desconoce también si existe riesgo de muerte, pero se sabe que necesita apoyo médico en un lapso muy breve antes de que pase a una complicación. Finalmente se brinda un protocolo general a seguir que implica coordinar con un centro de operaciones quien determinará la solución de traslado por medio de una ambulancia o por medio de las demás entidades de emergencia que estén más disponible (OMS, citado por Alliance Worl Wide Editing, S.f., párr. 5-6).

En cuanto al concepto de emergencia el Dr. Gálvez (2015) desarrolla en su material lo siguiente:

Son eventos adversos de similares características a los desastres, con la diferencia que, la comunidad afectada está en la capacidad de controlarlas por sus propios medios

No hay organismo o institución pública o privada, gubernamental o no gubernamental que no tenga que ver con los riesgos. (p.9)

Los acontecimientos que rodean la emergencia son potencialmente delicados y pueden acarrear o involucrar la mayor cantidad de áreas posibles. Eso implicaría que la afección compromete los límites vecinos y aunque pueda ser muy peligroso de tratar, todos los involucrados pueden mantener el conflicto al margen. Dependiendo de las capacidades y destrezas, pueden incluso llegar a controlar el impacto por completo.

La medicina frente a la emergencia, la trabaja y la define como una situación de peligro o desastre que requiere una atención médica inmediata. Eso implicaría que requiere de ser asistido hasta un servicio de emergencias de un hospital que tenga la capacidad para atender y llevar a cabo un tratamiento inmediato. Hay compromiso de órganos y sistemas, se puede hacer algo al respecto para evitar que el cuadro empeore en lo que se traslada a una unidad de atención médica cercana. Es importante tomar en cuenta que mientras más rural sea la zona donde ocurrió la emergencia, atender para controlar, es lo más indicado y necesario (Villatoro, 2005, pp. 4-5).

Una vez determinado la introducción de la urgencia y la emergencia, pasando por la postura filosófica y la postura médica se hace necesario verlo desde el enfoque psicoanalítico. La urgencia es visualizada como una ruptura aguda en la cadena significativa y que afecta al sujeto dejándolo en una posición de exceso. Sin esta cadena para afrontar lo real, el sujeto queda suspendido en el tiempo de la urgencia y sin posibilidad de usar la palabra. Es decir, un tiempo de mutismo o perplejidad, con lo que acude a consulta y manifiesta por medio del acto su necesidad de cura (Ochoa De La Maza, M. S., López Bertella, C, Varela Rozados, M., Moreno, V. A., Soliani, A., Lubo, F., Morales, C. y Girano, M. F., 2018, pp. 554).

La urgencia es un concepto que se contrapone a la emergencia y su manejo es notablemente distinto. La dificultad en cuanto a la urgencia es porque la respuesta suele precipitarse antes de siquiera pensar en la pregunta y es por eso que puede llegar a ser más difícil de manejar. En la emergencia se sabe que hay un problema y por ello se usan todos los recursos disponibles para poder responder una vez se tenga por seguro cuál es la respuesta más adecuada. Ese paso que se puede dar, hace la gran diferencia y permite pensar en cual podría llegar a ser la mejor propuesta ante estas situaciones (Ochoa De La Maza, et al., 2018, pp. 553).

La emergencia desde el psicoanálisis se hace evidente ya que es desarrollada como un efecto del trabajo analítico y en el que hay apertura para el malestar del sujeto. Es decir, la relación del paciente con el Otro está nuevamente mediada por la palabra y esto ocurre gracias a que se ha logrado intervenir prudentemente en el tiempo de urgencia. Ya puede decir algo de su sufrimiento y de su goce. Finalmente, ya queda más claro las manifestaciones del inconsciente, también el esquema de su cadena significativa y puede haber entonces a partir de este punto una propuesta para continuar el análisis propio ya en un espacio puramente psicoanalítico (Prado, 2014, p. 36).

Presentando ambos conceptos se puede establecer la diferencia en el manejo desde el psicoanálisis y desde el área de la salud. En la medicina el concepto emergencia y urgencia se usan en casos donde el denominado desastre ocurre al nivel biológico. Adicional se conoce que en la urgencia no es totalmente obligatorio una asistencia médica inmediata y en la emergencia es necesario la intervención del médico de carácter urgente. En el psicoanálisis lo biológico no queda descartado, más bien daría signos de que la persona podría estar lidiando con temas del inconsciente que se ven reflejados en síntomas físicos y que podrían ser resueltas en el momento en que se tratan el origen (Ochoa De La Maza, et al., 2018, pp. 553-554).

Es por esto que ambas posturas frente a la urgencia y emergencia son necesarias para poder dejar en claro las concepciones de las mismas con sus

respectivas diferencias. A continuación, se anexa un cuadro con los extractos teóricos necesarios para poder distinguir de forma más organizada las posturas pertinentes:

Tabla 1 Comparación de los conceptos de urgencia y emergencia

	<b>URGENCIA</b>	<b>EMERGENCIA</b>
<b>Medicina</b>	<p>Se conoce como Urgencia (ur' - xenija) y es un sustantivo que significa: cualidad de lo que necesita ser solucionado de inmediato (...) que requiere de tratamiento en un espacio determinado de las unidades prestadoras de servicio denominado: Servicio de Urgencias, que es el conjunto de áreas y equipamiento destinado a la atención de urgencias, ubicado dentro de un establecimiento de atención médica. (Miranda, 2012, p.83)</p>	<p>Es una variable diatópica y diastrático del idioma, se define como una situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata. Atención médica que se recibe en el servicio de emergencias de un hospital. (...) aquella patología que, sin un tratamiento inmediato, el paciente puede tener un daño severo en una o más funciones corporales, u ocasionar una severa disfunción de uno o más órganos o partes del cuerpo, la vida o la salud en general. (Villatoro, 2005, pp. 4-5)</p>
<b>Psicoanálisis</b>	<p>La urgencia subjetiva es, como el trauma, lo que agujerea el funcionamiento, es el agujero que contacta con lo real (...) Un tratamiento rápido (hablamos de la duración) es algo que pareciera ir a contrapelo del tiempo que se precisa para que se produzca una mutación del inconsciente, los efectos de inconsciente-sujeto cambian de estatuto, son interpretados, se acumulan, se constituyen en saberes y eso requiere tiempo. (Seldes, 2008, p. 1).</p>	<p>... emergencia de un sujeto, apertura donde la relación del paciente con el Otro está mediada una vez más por la palabra (...) De esta manera a partir del significante se busca despegar al sujeto del goce, de esa irrupción que inunda su ser y lo coarta de un decir sobre su malestar particular y su propia forma de gozar. (Prado, 2014, p. 36).</p>

En ambos enfoques las propuestas de tratamiento distan y en cierto punto tanto que se puede apreciar en el concepto de emergencia como tal. Pero la concepción de urgencia es manejada como un problema para el paciente y es por ese punto que se puede plantear una contribución desde la psicología. Si esta colaboración se llega a realizar permitirá concebir un lugar más humano al sufrimiento y al dolor que rebasa los niveles físicos. Esa postura, aunque es distinta, no es difícil de entender y es por esto que es necesario ir desarrollando la propuesta punto por punto.

### 2.3 DEFINICIÓN DE URGENCIAS SUBJETIVAS

Es necesario en este punto del desarrollo teórico, pensar en el progreso del concepto de urgencia a través de los años y establecer claramente una definición que permita limitar un área de partida. Tener esto claro nos permitirá armar una serie de lineamientos para los que no son psicólogos y que desean ampliar este terreno para su propio hacer. Si se opta por el desarrollo cronológico como propone Favelukes (2018) será trabajado desde Freud, siendo el padre del psicoanálisis y precursor de la atención a pacientes a través de la escucha de sus conflictos, usando como herramienta los recursos del sujeto y las manifestaciones del inconsciente a través de asociación libre o los sueños, o fantasías y etcétera (p. 2).

Freud desarrollaría en su trabajo conocido como “proyecto de psicología” en 1895 sobre la primera noción de urgencia y lo señala de la siguiente manera:

... se refiere a la urgencia de la situación que genera la vivencia de displacer por acumulación de cargas; el niño depende de una intervención ajena y de una acción específica para poder revertirla. Se trata ahí de la ruptura de la homeostasis. (Freud, citado por Favelukes, 2018, p.2)

Aquí se habla de la ruptura de la homeostasis y es un esbozo, si bien no sería denominado de esa forma, no se alejaría de la carga de rotura que hay de base. Pero este sería el inicio, ya que años más tarde en otro documento muy conocido continuaría dejando bosquejos de la concepción de urgencia que hacen que hoy la situación alrededor de esta sea más clara y aporte al hacer del psicólogo. Es importante tener en cuenta que son las primeras nociones y que son los indicios que hoy en día se manifiestan mucho en consulta.

El trabajo de Freud, en su documento llamado “Más allá del Principio del placer” continua con la noción de urgencia, por lo que se anexa lo siguiente:

En 1920, en «Más Allá del Principio del Placer», la urgencia aparece ligada al trauma: un suceso exterior genera una perturbación económica en el aparato porque irrumpe un exceso de cantidad y rompe la barrera

anti-estímulo, y el sujeto es incapaz de responder al él adecuadamente, controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones. No importa sólo el acontecimiento, sino la subjetividad de cada uno, lo singular. (Freud, citado en Faveluke, 2018, p.2)

Persiste la concepción de ruptura, en este caso como una irrupción que rompe la barrera y deja al sujeto incapaz. Es decir, sin una especie de control y no por algo que pueda ser generalizado. Más bien vendría de la propia singularidad y de lo que individualmente se percibe como un detonante.

El detonante sería la clave para el siguiente trabajo de Freud en su documento “Inhibición, síntoma y angustia” que hallaría la justificación sobre la base singular de la urgencia en el siguiente extracto:

En «Inhibición, síntoma y angustia» (1926), presentará la angustia automática como la reacción al peligro que se presenta como vivencia de desamparo o desvalimiento, análoga al nacimiento. El afecto será el terror que se produce cuando el sujeto sabe a qué le teme, pero no tiene posibilidad de instrumentar defensas ante lo temido. (Freud, citado en Faveluke, 2018, p.2)

Lo que es vivido desde etapas temprana pero que no se puede explicar porque no posee la capacidad de hacerlo queda en la parte sensorial y no pasa a la palabra. Lo que hace que la segunda exposición a dicha experiencia recupere esa sensación y no pueda decir algo al respecto. Este contexto que desarrolla alrededor de lo que perturba, es reconocido por el paciente, pero no es posible que, de eso, él pueda decir o argumentar.

A partir de este punto empieza a salir la imposibilidad, no como término, sino como base a estas dolencias que pueden llevar al hombre a pedir ayuda y a acudir a consulta. Freud en su documento “Análisis terminable e interminable” (1937) empieza a introducir los estados de crisis aguda y plantea la posibilidad de responder desde un marco. Habría que pensar la intervención teniendo en cuenta que el interés del Yo que está absorbido y por ende dificulta acceder al paciente, lo que deja en interrogación el trabajo del psicólogo en esas instancias (Freud, citado en Faveluke, 2018, p.2).

Los casos difíciles de tratar o de explicar permiten desarrollar la teoría hasta el punto de que quizás podría rayar en una predicción y son las que contribuyen a la teorización. Lo que se concibe como una predicción podría ser más bien pensado como una forma de lectura y que la misma permitiría poder barajar todas las posibilidades. Dichas lecturas y construcciones como las de Kaës (1984) permiten meditar en el término de las urgencias. Las que obligan a pensar el sufrimiento desde la multideterminación, desde la complejidad. “No estábamos preparados para esto”. Las familias no pueden cumplir con las funciones básicas de sostén y diferenciación (Kaës, citado en Faveluke, 2018, p.2).

Con la muerte de Freud, su trabajo no queda suspendido en el aire e inspira a otros autores a continuar con las elaboraciones teóricas. Es producto de la lectura de los trabajos de Freud que Lacan (1988) en su documento “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis” hace mención del término urgencias en el siguiente extracto trabajado de los escritos hechos en 1953 aquí: “... nada creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia que no engendre su rebasamiento de la palabra, pero nada también que no se haga en ella contingente” (p.235). Elementos que, estando sueltos, necesitan una conexión porque en su estado actual presentan dificultad para condensarse. Dichos elementos dan signos de lo que podría denominarse angustia y de lo que posteriormente le permitirían seguir trabajando conceptos que por el momento son basados en los escritos de Freud.

La lectura que hace Lacan se referencia sobre la urgencia, siendo esta un quiebre en el discurso o pérdida de la cadena significante. A partir de este punto se genera la demanda de Otro para encontrar los S1 del sujeto que lo comandan y lograr nuevamente la conexión o la articulación simbólica. Es importante restaurar las identificaciones del sujeto y los significantes que regían su vida. Estos aspectos son necesarios para intervenir en los casos y desarrollar una teoría que siempre esté en construcción (Correa y Sánchez, 2017, p. 32).

Más adelante Lacan (2012) se aventura frente a esta incógnita trabajada en 1972 sobre la causa de la urgencia, la enseñanza propiamente Lacaniana, y se atreve a plantearlo como un encuentro con lo insoportable de la siguiente manera:

En todo abordaje riguroso del encuentro sexual, el paso que el análisis nos hizo dar nos revela el desvío, la barrera, el zigzag, el desfiladero de la castración. Eso no puede articularse en sentido estricto más que a partir del discurso analítico tal como di su estructura, lo que nos lleva a pensar que la castración no podría en ningún caso ser reducida a la anécdota, al accidente, a la torpe intervención de una palabra amenazadora, ni siquiera de censura. La estructura es lógica. (p. 38)

Esto insoportable es lo que afecta de carácter particular a cada paciente y que el psicólogo está preparado para escuchar desde la elección particular o posición. Lo que afecta a cada uno varía y dependerá de la historia, de la estructura para que tenga su propio peso. Es por eso que importa estar preparado para escuchar y para señalar lo que hace el caso tan particular.

El lenguaje es traumático y su variedad de usos lo hace de cierta manera insoportable para todos, por eso es un ejemplo de: no hay relación sexual. Habrá un insoportable interpretado como un real por estructura, difícil de entender o interpretar por el sentido. Es frente a esto que el sujeto hará su invención y se adaptará a las dificultades. Es después de esto que se entiende a la urgencia y se trata de ubicar qué de esto insoportable o interpretado como real hay en juego para cada uno cuando se revela el fracaso de la respuesta (Ochoa De La Maza, et al., 2018, p. 553).

Este encuentro fallido es trabajado desde la generalización de que impacta a todos, pero con la distinción de que no todos viven ese impacto y no lo sufren de la misma forma. Es por esto que en el relato del paciente e indagando en el posible desencuentro se apunta realmente a la búsqueda del origen. Sin embargo, este sería el inicio del concepto de lo traumático que podría permitir ver la historia no solo como un drama, sino como un contexto histórico en la vida del paciente. A partir de lo traumático Lacan (1977) construye todo un postulado para explicar el desarrollo y a su vez lo que falla en la urgencia de la siguiente manera: "Lo real es lo imposible solamente de escribir, o sea no

cesa de no escribirse. Lo real, es lo posible esperando que se escriba. Y debo decir que he tenido la confirmación de esto.” (p. 33)

Con los tres registros siendo construidos conceptualmente, pasando al periodo conocido como la última enseñanza de Lacan, se logra sustentar la urgencia subjetiva y permite pensar en lo traumático de cada sujeto. El mismo no solo aparece solo para irrumpir de forma breve y al azar dentro del desarrollo histórico de cada individuo, sino más bien como un constante del que se debe trabajar para poderlo bordear. Es un constante que aparece cuando fracasa el aparato psíquico y compromete a través del trauma, de lo insoportable. Es con esto que se debe acompañar para trabajar con el paciente sobre lo que no puede decir y que afecta de esa manera la cotidianidad cuando se ve descubierta (Ochoa De La Maza, et al., 2018, p. 553).

Sobre los tres registros Lacan (1974) justifica su introducción “... sobre lo que quiere decir la confrontación de esos tres registros que son precisamente los registros esenciales de la realidad humana, registros muy distintos y que se llaman: lo simbólico, lo imaginario y lo real.” (p.59). Son importantes ya que explican el pensamiento y el desarrollo del ser humano a lo largo de la historia. Registros que dan cabida a los aspectos que envuelven al sujeto y que explican el andamiaje que lo compone. Es con este andamiaje que el paciente afronta el mundo y lo que puede retornar de este, como un insoportable.

De estos tres registros el que se involucra más en la urgencia en cuanto a su origen es el registro de lo real y Lacan (1974-1980) lo construye a continuación:

Lacan apunta a que, si algo está siempre en el mismo lugar, ello quiere decir que está fijo y no se mueve. Lo que está fijo y no se mueve remite a un término freudiano central, la fijación. Lacan se refiere a la fijación, eso es lo que muchas veces no se ve, cuando habla de lo real. Ese real inamovible, que hagamos lo que hagamos vuelve, además, no sólo esta fijo, sino que tiene cierta temporalidad cíclica, que en el caso del inconsciente no remite a ciclos naturales, sino a ciclos determinados por el azar, en los que se vuelve a un punto que, para cada uno de

nosotros, retorna, y que no se mueve de cierto lugar. (Lacan, parafraseado por Rabinovich, 1995, p. 7)

El ciclo determinado por el azar refiere a que no es algo que deba darse de cierta manera y en cierto tiempo porque esté establecido así en la historia del sujeto. Se refiere más bien que a pesar de ser insoportable, no se puede predecir en qué momento el sujeto se topará con esto y menos de qué forma lo afectará. Es inamovible porque su sola existencia afecta y es algo fijo dentro de la historia, por eso es algo que no puede ser advertido por el sufriente. Más bien podría entenderse que eso puede llegar a pasar y que para eso habría una propuesta de espacio para contener la urgencia que de ello se produzca.

La muerte de Lacan, así como la de Freud, dejó una profunda tristeza, pero también todo un entramado conceptual y la diferencia fue que su legado teórico se la concedió a su yerno Jacques-Alain Miller quien en una entrevista hecha por Estevez (1987) comenta lo siguiente:

Y creo que es coherente con lo que es hoy la evidencia misma de la práctica psicoanalítica: a saber, que ella procede ante todo mediante un intercambio de palabra. Por eso es preciso dar cuenta de cómo el lenguaje tiene una incidencia sobre lo real del sujeto. De esta hipótesis inaugural es de donde LACAN concluye que el inconsciente está estructurado como un lenguaje. (pp. 624 – 625)

El trabajo usando la palabra como un recurso para lidiar con lo real en cada sujeto es lo que enriquece la práctica psicoanalítica y lo que permite seguir teorizando. No todo se puede decir, pero si se puede responder con una oferta de un dispositivo que piense en manejar la subjetividad y pensar en el origen del malestar del sujeto. Es decir, plantear una atención que permita la lectura de los casos y el impacto de lo real en la estructura psíquica.

A partir de estas construcciones sobre la urgencia, Sotelo (2005) ofrece ver la misma problemática, pero desde dos categorías que guían y se complementan. Se cita la primera a continuación:

- a. Lo menos frecuente: quien acude, de entrada es el paciente en el dispositivo: la urgencia subjetiva. Algo, la función del tóxico u otra cosa, ha dejado de funcionar en su valor homeostático. Entonces, la ruptura que deja inerte al sujeto ante la emergencia de un sufrimiento imposible de soportar. En el horizonte clínico, como sabemos, el acting out y el pasaje al acto. Es común en estos casos que el sujeto mismo o en su entorno próximo hagan un pedido de intervención inmediata. (pp. 58 – 59)

Se ha trabajado desde la búsqueda del concepto de urgencia y se ha ido concretando este encuentro con lo traumático. De este encuentro traumático hay un notable fracaso y como producto de esto saltan los términos acting out y pasaje al acto. Ambos urgentes y ambos que saltan sin permitir una reflexión.

Después Sotelo (2005) continúa con la segunda categoría que apunta a complementar la información así:

- b. Lo más frecuente: el caso de urgencia tiene una configuración colectiva con la presencia de familiares u otros allegados. Debemos hacer un aparte cuando además intervienen fuerzas de seguridad y jueces. (p. 59)

Cuando se habla de urgencias subjetivas se habla de un fracaso y a causa de eso una precipitación para responder. El pasaje al acto es una respuesta frente a ese encuentro fallido con lo traumático y es más común que requiera vías de seguridad e incluso la asesoría legal. Es por esto que es necesario darle un espacio a todos los aspectos que rodean a las urgencias e incluir las respuestas frente a lo real.

Respecto a la respuesta frente a lo real de cada sujeto Suarez, López, Damiano, Scalani, Piovano, Sánchez, Cristofolo, Ballesteros, Bracco, Gomez, Zanghellini, Pereyra y Cartier (2014) trabajan a continuación:

Allí el trauma es definido como un evento catastrófico capaz de generar una variedad de síntomas significativos de estrés, en la mayoría de las personas que se vean expuestas al mismo, pudiendo abarcar desde respuestas agudas en individuos saludables, hasta reacciones crónicas y concurrentes con otras condiciones mórbidas previas o simultáneas. (p. 129)

Estas variedades de síntomas podrían ser concebidas como enfermedades o incluso llegar a terminar en eventos que causen daño severo al paciente. Adicionalmente causar daño colateral, es decir a los que lo rodean y es por esto que la urgencia subjetiva puede llegar a un punto crítico máximo. He aquí la importancia de estudiar y darle un espacio en la urgencia hospitalaria.

Laurent (2005) trabaja sobre la lectura que ofrecen frente al concepto de urgencia y lo describe a continuación:

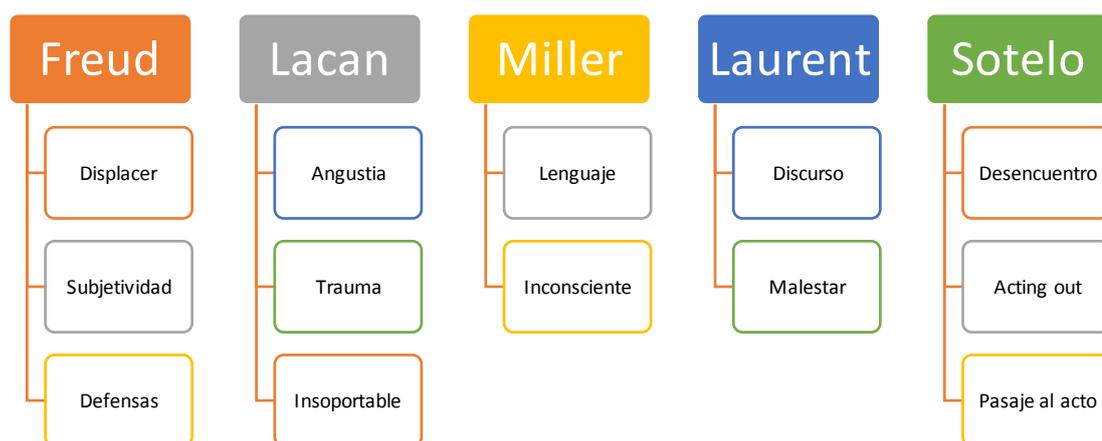
El horror es "traumatismo" en un sentido clínico en la medida en que se trata de muertos, de heridas que dejarán secuelas físicas y psíquicas, pero también en la medida en que crea un agujero en el discurso común. Tanto si es en el nivel de lo colectivo como en el de lo singular, nos encontramos con la impotencia del discurso a la hora de leer el acontecimiento. (pp.125-126)

Los casos que acuden a urgencias hospitalarias son tratados con los protocolos médicos pertinentes y es por esto que no dejan paso a la subjetividad. Estas dificultades diagnósticas, parte del día a día intrahospitalario, generan malestar en el personal médico y es precisamente este el obstáculo que evita considerar los otros aspectos que también son de importancia en el entorno de los pacientes. Es frente a esta dificultad que surge la pregunta del protocolo desde el área de la psicología y cuya respuesta no pretende obturar el proceso, más bien otorgar un espacio a la reflexión.

El horror que aparece en el desencuentro particular de cada sujeto es tan fuerte como la narrativa de las tragedias que se publican en los periódicos y que al final demuestran que hay un agujero. Cuando no se logra entender dicho sentimiento que se haya en el fondo del horror singular en los casos de estrés post traumático, habría la posibilidad de causar estragos en quien pretende de manera profesional diagnosticar y tratar dichos pacientes. Prueba de que el horror es el encuentro con el fracaso o el desencuentro y que afecta a todos por igual, siendo algo inconsciente. Es decir, algo que no podría ser trabajo por la postura objetiva de un manual o de una prueba que trate de explicarlo desde el fundamento biológico (Suarez, et al., 2014, p. 129).

A continuación, se presenta un gráfico con los principales hitos de cada autor de relevancia histórica y teórica, en referencia a las urgencias subjetivas como concepto propuesto por la orientación psicoanalítica:

Figura 1. Hitos de la urgencia subjetiva



Elaborado por: Barco, J.

año: 2020

Fuentes: 1. Freud, 1895 – 1937; 2. Lacan, 1953 – 1980;

3. Miller, 1987; 4. Laurent, 2005; Sotelo, 2005

## 2.4 PROTOCOLO DE DETECCIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD

A pesar de que se destaca en el proceso de investigación que la urgencia subjetiva es particular y está sujeta a la historia del paciente, se busca la apertura de la posibilidad de explicar una serie de intervenciones que pueden llegar a ser necesarias. Es decir, que a pesar de que el origen de la urgencia es de carácter personal e intransferible, se puede llegar a hablar de una concepción universal. Es necesario recalcar que se habla de lo particular, lo que indicaría que debería ser manejado desde ese punto y no de la generalización. Es por esto que se buscará por carácter académico insinuar la condensación de las intervenciones en un protocolo y una serie de lineamientos.

Se aclara que el protocolo tiene la finalidad de poder introducir la posibilidad de trabajo y el proceso a los que no son psicólogos, pero que manejan con pacientes en urgencia. También se apunta a dar recursos a los que siendo psicólogos no son partidarios de la orientación psicoanalítica y puedan bajo una lectura organizada entender la postura. Sotelo (2015) habla de la postura del médico frente al síntoma de la siguiente manera:

Está claro que para el médico el síntoma se ha convertido en sinónimo de signo, en el sentido en que Lacan lo define, y no en una relación significante-significado como lo definen los lingüistas. Por lo tanto, ante un síntoma la tarea de los médicos es reductora. Un síntoma remite, si no "de hecho", sí "de derecho", a -alguna cosa. Tras el síntoma médico no hay ningún sujeto. Este es el resultado del rechazo de la ontología de la enfermedad (Clavreul, 1983a). (p. 87)

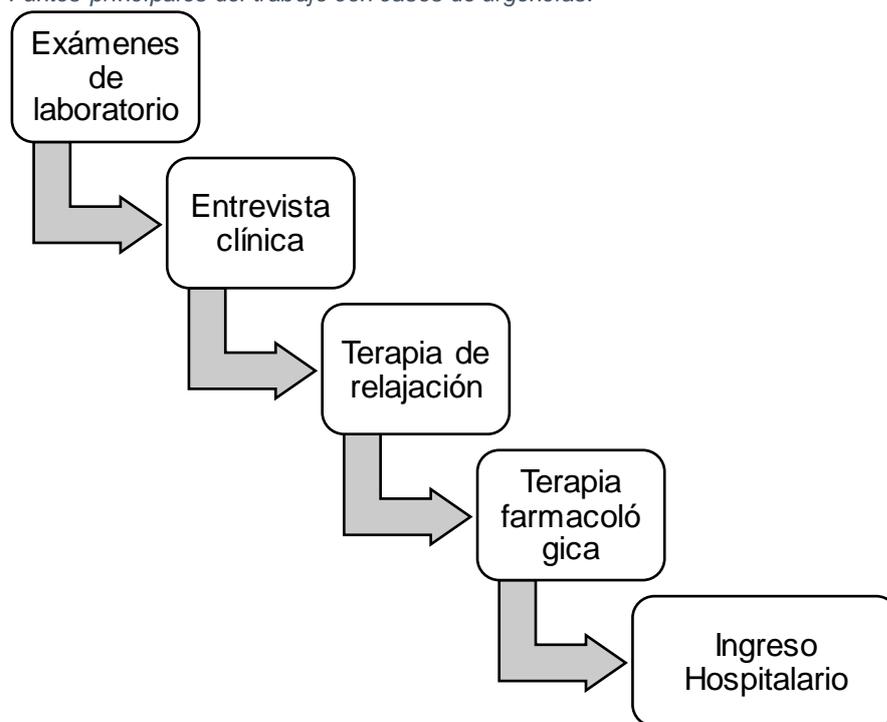
La tarea de reducción si bien es una postura médica, es un recurso muy utilizado en la actualidad y que es tomado como una demanda de cura. La problemática radica en caer en esa petición, no por que pueda o no cumplirse, sino porque pueda confundir o desviarse de la percepción de una crisis subjetiva.

Aclarado el contexto del desarrollo de un protocolo de intervención, se pasaría a pensar cuál sería el proceso más claro, óptimo y preciso. La propuesta de pensar en 5 puntos principales, a la hora de recibir un paciente en urgencia es continuado por el trabajo de Sotelo (2015) que lo resume a continuación:

I. Descartar patología médica física; 2. Intentar persuasión verbal; 3. Intentar maniobras físicas de relajación; 4. Tranquilización rápida (medicamentosa); 5. Traslado a guardia de Hospital General. Las medidas diagnósticas y los procedimientos propuestos se fundamentan en que la ansiedad puede ser síntoma de muchas enfermedades. Estas intervenciones protocolizadas demuestran un nivel de eficacia en el aplacamiento del fenómeno, mientras que, desde otras posiciones, sin rechazar o contraponerse a este modo de intervención, se propone un más allá de lo fenoménico. (p. 77)

A pesar de que se apunte a un más allá de lo fenoménico, es importante descartar las posibilidades del origen de la urgencia y evitar ambigüedades en la construcción de caso. Se puede analizar si el origen psíquico y también si proveniente de una falla sistémica. Solo descartado así, se podría pasar a una derivación con el psicólogo y con el psiquiatra.

Figura 2. Puntos principales del trabajo con casos de urgencias.



Se toma en cuenta también que todos los casos que son imprevistos y sin cita previa convergen en la sala de urgencias de un hospital. Es lo que compromete seriamente el proceso de atención y la rapidez de la respuesta de parte del personal médico. Es desde este punto que nace el término triaje, Soler, Gómez, Bragulat y Álvarez (2010) lo explican de la siguiente manera:

El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Actualmente se utilizan sistemas de triaje estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. (p. 55)

Dicho sistema cuando se trata sobre patologías y casos de emergencia podrían ayudar a manejar mejor la recepción de casos. A su vez, podrían servir de influencia para explicar los casos clínicos del área de psicología y poder introducir el rol del psicólogo dentro del área hospitalaria. La finalidad es de reconocer los casos que requieran asistencia psicológica dentro del campo de la salud y ayudar a agilizar la transición del médico al psicólogo. El material para organizar a los pacientes en el área urgencias podrían servir como recurso para asistir a los casos en urgencia subjetiva y descubrir una forma de introducir la salud mental en el hacer hospitalario.

Tabla 2. Niveles de clasificación de la MTS

Número	Nombre	Color	Tiempo máximo
1	Atención inmediata	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10
3	Urgente	Amarillo	60
4	Normal	Verde	120
5	No urgente	Azul	240

MTS: Manchester System Triage

Autor: Soler, et al.

Año: 2010

(p.61)

Se toma como referencia el modelo de triaje de Manchester y se recopila información alrededor del tema de la crisis emocional. A continuación, se anexa la propuesta del área de psicología al ámbito hospitalario como guía de información a la hora de receptor casos:

Tabla 3. Propuesta de clasificación de las urgencias  
Elaborado por: Barco, J.

Año: 2020

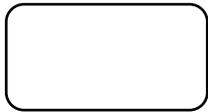
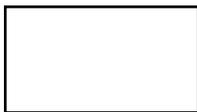
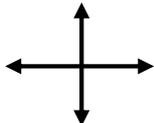
Fuente: (Abinzano & Vargas, 2019, p. 77)

Número	Nombre	Descripción	Síntomas	Tiempo
1	Pasaje al acto	Hacer daño o hacerse daño sin ninguna explicación y de forma espontánea	Aislamiento, impulsividad, agresividad, fuga, etc.	Primera prioridad
2	Acting-out	Amenazar con hacer daño o hacerse daño	Ataques de histeria, drama, etc.	Segunda prioridad
3	Duelo	La pérdida de un ser querido porque haya fallecido, haya desaparecido o haya cambiado, etc.	Llanto, frustración, culpa, insomnio, etc.	Tercera prioridad
4	Ansiedad	Dificultad para realizar actividades diarias y desconocer el origen	Dificultad para respirar, taquicardia, mareo, náuseas, etc.	Prioridad vaga o ambulatoria
5	Estrés	Respuesta inespecífica a exigencias externas	Dolor de cabeza, problemas estomacales, presión elevada, etc.	Prioridad mínima

Se contempla el triaje como una herramienta propuesta esta investigación a la medicina y cuya finalidad es simplificar la concepción de la salud mental. Es una forma de dar cabida al sufrimiento humano que no es exclusivamente biológico y que puede comprometer la vida de los pacientes. No es un método ostentoso para dar un plus a los hospitales que deseen implementarlo, es un artefacto que apunta a dar dignidad al dolor emocional y a los diferentes tipos de estructura psíquica. Se parte desde esta propuesta y se lleva a la posibilidad de construir un diagrama de flujo que sea el protocolo que permita aterrizar los conceptos de tratamiento en el área de salud.

A continuación, se presentan varios diagramas de flujo en referencia al protocolo de detección de urgencias subjetivas, propuestos desde esta investigación al área de salud y personal médico que atiende en el área de emergencias. Para fines académicos e ilustrativos su presentación se dará en partes conceptuales y cuya división es necesaria para poder darle un lugar a todos los aspectos que son importantes en la atención.

Figura 3. Simbología de los componentes del diagrama de flujo.

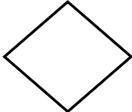
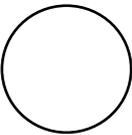
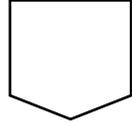
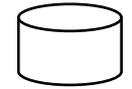
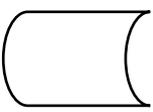
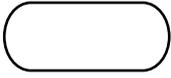
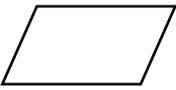
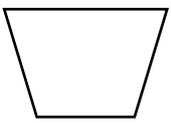
Símbolo	Significado	Aplicación
	Inicio/Fin	Indica el inicio y el final.
	Operación/actividad	Símbolo de proceso y parte de una actividad relacionada.
	Entidad externa (Yourdon-De Marco)	Representa un proceso que debe realizar un agente externo a la Institución (p.e. Consultores)
	Líneas de flujo	Conecta los símbolos indicando los pasos y poniendo el orden.

Elaborado por: Barco, J.

año: 2020

Fuente: Calderón y Ortega, 2009, pp. 7-13

Figura 4. Simbología de los componentes del diagrama de flujo.

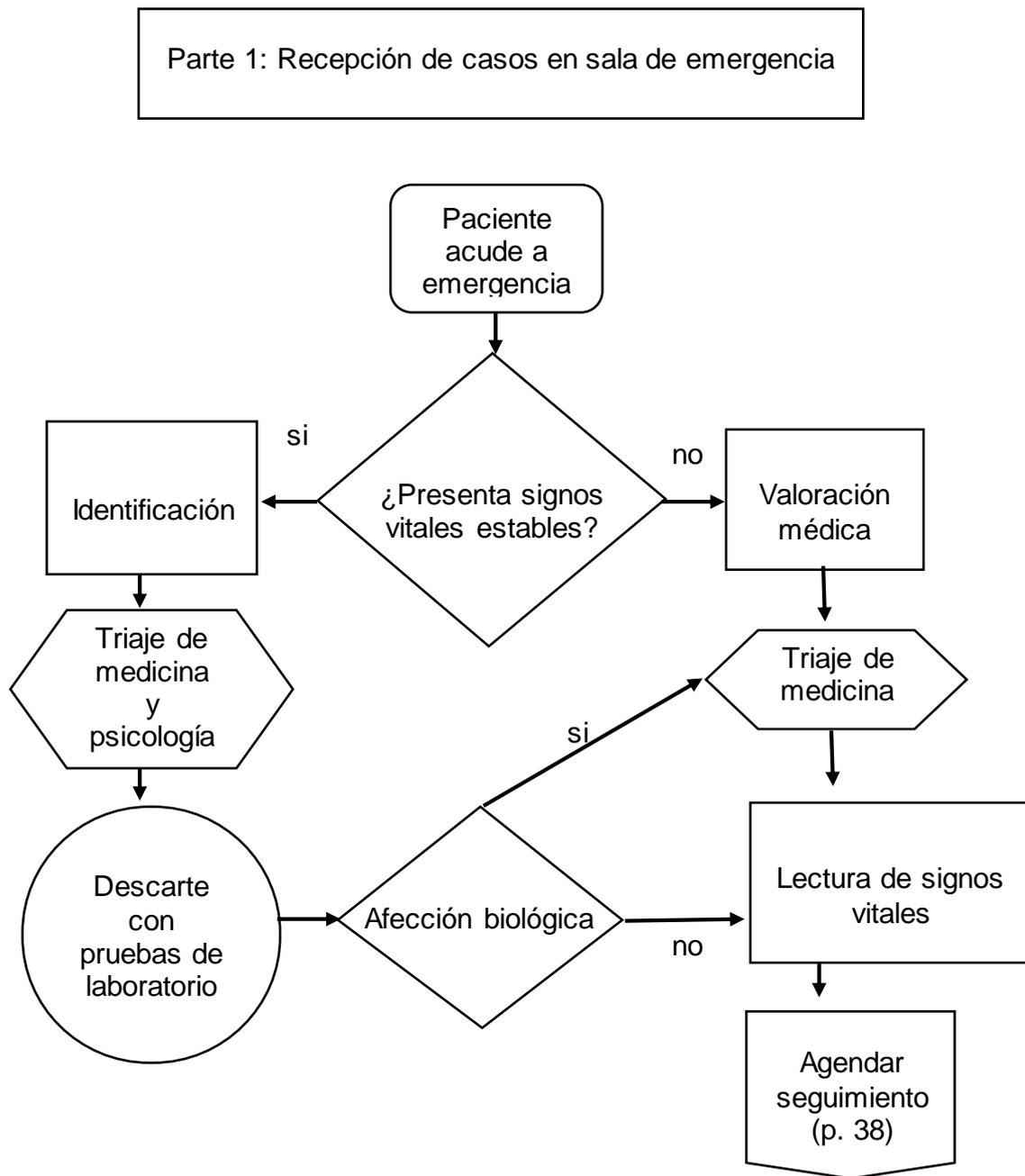
Símbolo	Significado	Aplicación
	Decisión	Indica un punto donde hay que elegir alternativas.
	Conector	Representa la continuidad del diagrama dentro de la misma página
	Conector de página	Representa la continuidad del diagrama en otra página.
	Almacenamiento de datos	Recolección de un documento o información.
	Datos almacenados	Documento de registro de información previamente recolectado.
	Terminador	Indica el final del proceso.
	Datos	Elementos que alimentan y se generan en el procedimiento.
	Preparación	Constituye la realización de una operación.
	Operaciones Manuales	Constituye la realización de una operación o actividad en forma específicamente manual.
	Entrada manual	Registro de datos de forma manual y es parte importante del proceso.

Elaborado por: Barco, J.

año: 2020

Fuente: Calderón y Ortega, 2009, pp. 7-13

Figura 5. Protocolo de atención de urgencias subjetivas parte 1: recepción

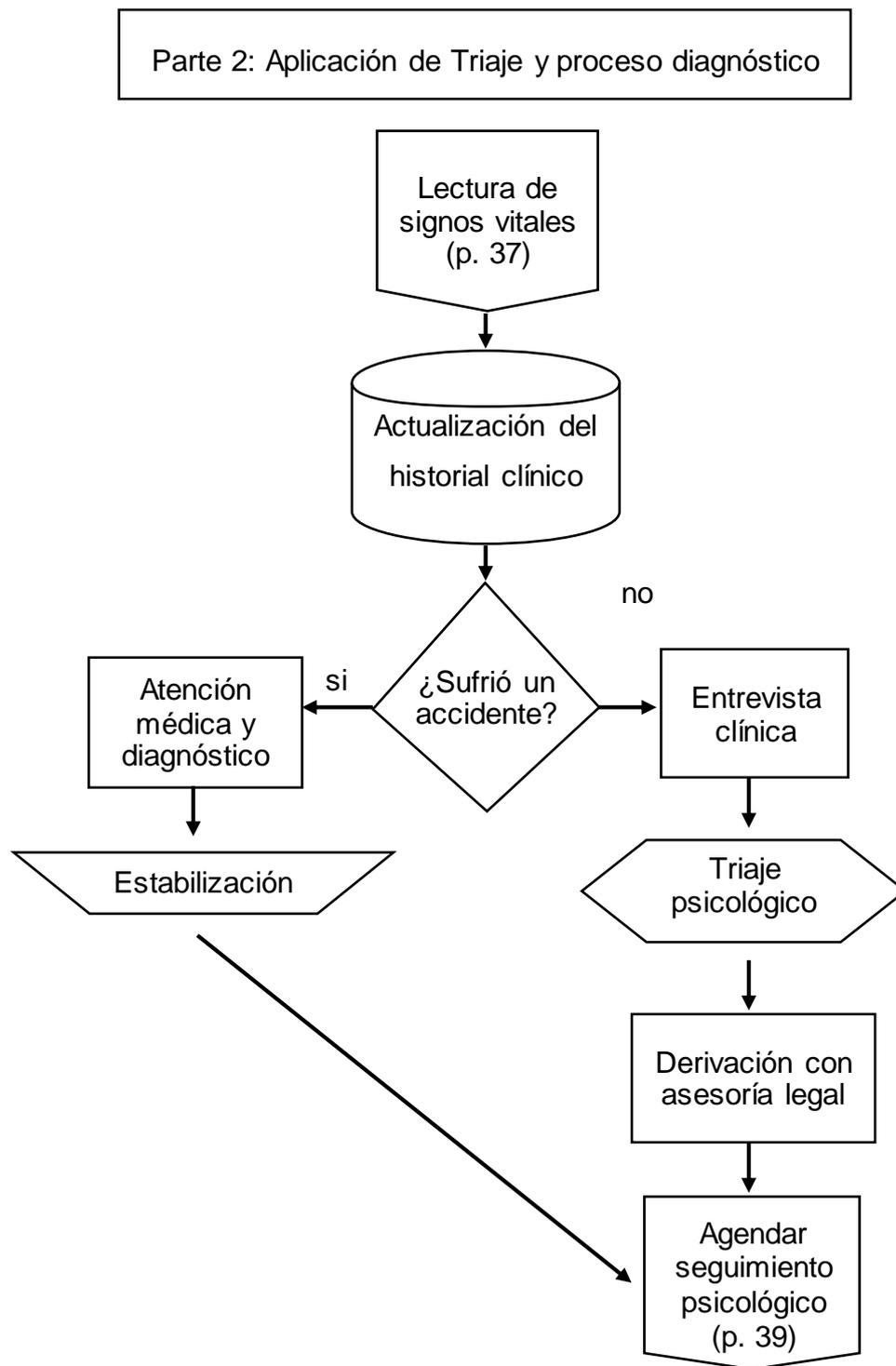


Elaborado por: Barco, J.

Año: 2020

Fuente: (Abízano & Vargas, 2019, p. 77)

Figura 6. Protocolo de atención de urgencias subjetivas parte 2: Triage y diagnóstico.

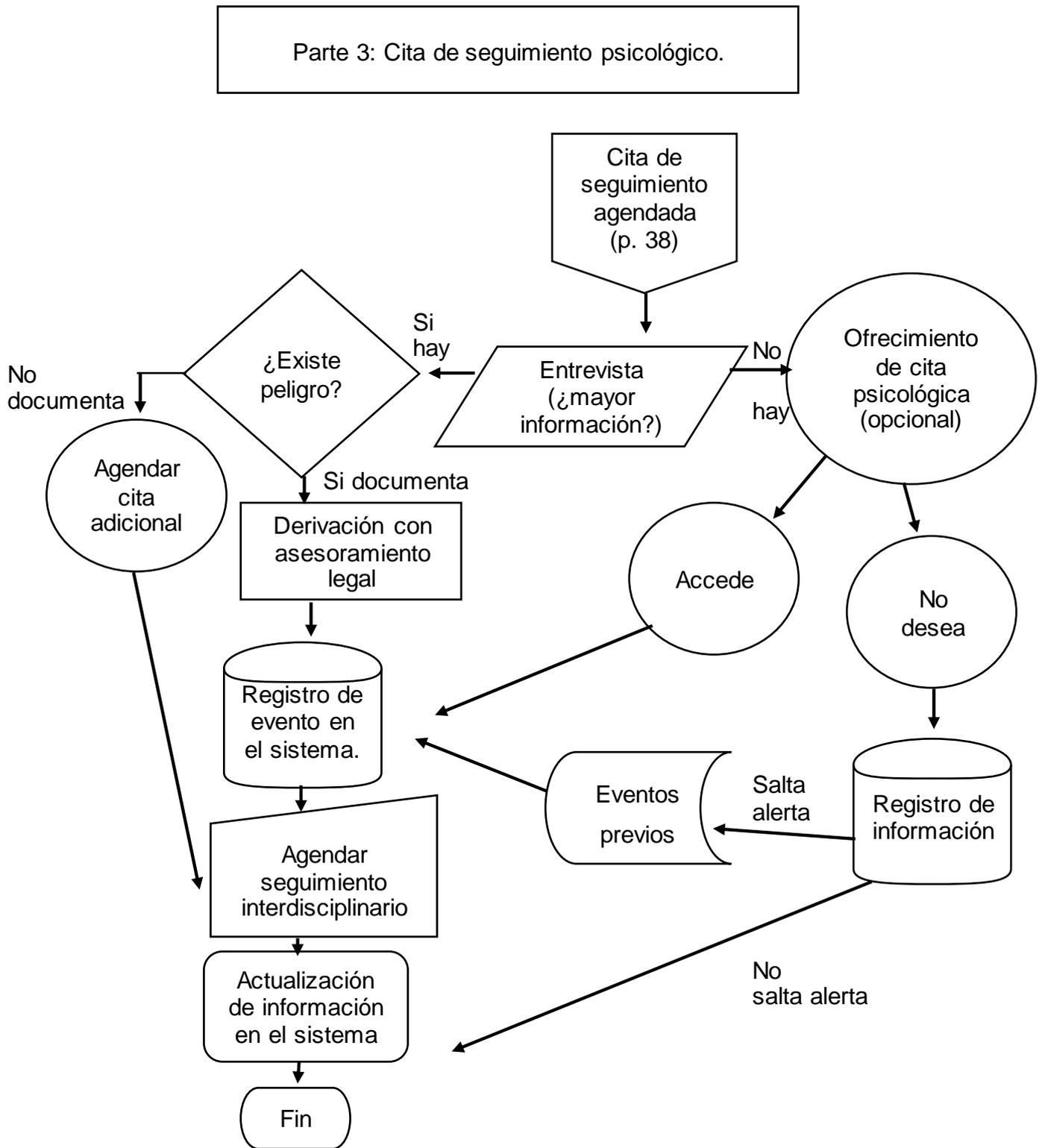


Elaborado por: Barco, J.

Año: 2020

Fuente: (Abinzano & Vargas, 2019, p. 77)

Figura 7. Protocolo de atención de urgencias subjetivas parte 3: cita de seguimiento psicológico



Elaborado por: Barco, J.

Año: 2020

Fuente: (Abinzano & Vargas, 2019, p. 77)

Cuando se da la derivación al departamento de psicología, se realiza una serie de pasos necesarios y que podrían llegar a darse a través de entrevistas previamente estructuradas. Estas permiten al profesional localizar el contexto particular y señalar los puntos importantes. Estos tiempos pueden ser pensados como lógicos y permiten llegar hasta el planteamiento de una hipótesis del origen de la urgencia. El fin sería la subjetivación, es decir el paciente se comprometería a su modo singular y aceptaría su responsabilidad (Sotelo, 2015, p. 174).

El protocolo que propone Sotelo (2015) es un proceso o un diagrama de flujo que permite guiar en el momento que se encuentra frente a la urgencia. Pero su (formato) juego deja en evidencia que realmente no hay una vía estándar para la cura de la urgencia subjetiva y que el psicoanálisis no es una técnica. El psicoanálisis más bien sería un recurso disfrazado de discurso y que permite la constante creación de propuestas de intervención. Un discurso que apuntaría a animar a cada profesional a producir o a generar una maniobra personal de intervención y que facilite el trabajo a la hora de diagnosticar (p.182).

Habría que pensar que quizá el dispositivo tradicional del médico en el área de emergencia logra responder y resolver una urgencia médica. Pero cuando pasa a la urgencia subjetiva se queda sin herramientas ya que afronta un terreno desconocido y es incluso nuevo para los propios psicólogos. Por eso es necesario poder enmarcar una línea de trabajo y cuidar de que no se caiga en la presunción de desaparecer los síntomas a través de la aplicación de protocolos estandarizados. Es importante destacar que a pesar de haber un protocolo o una serie de lineamientos es necesario que haya riqueza de intervenciones y que no se limite al campo médico (Sotelo, 2015, p. 253).

## 2.5 TRATAMIENTO A LAS URGENCIAS SUBJETIVAS

Partiendo con el protocolo o lineamiento y habiendo descartado cualquier origen biológico, salta la interrogante de cómo tratar las urgencias subjetivas. Es necesario armar un dispositivo para recibir, diagnosticar y ofrecer tratamiento, contemplando todos los aspectos que rodean la problemática. Es necesario pensar en las particularidades de la época, en sus divergencias y similitudes, desde lo general a lo particular. Un abordaje que permita tener en cuenta las diferentes disciplinas para ajustar el tratamiento y seguimiento del caso a caso.

Finalmente, lo que se busca es pensar la urgencia vista desde la generalización y ajustarlo a la subjetividad. Ajustar sería la propuesta, ya que tener una intervención para todos distaría del tomar el caso a caso de forma individual y realmente habría que permitir que las particularidades guíen para saber qué es lo que le podría funcionar a cada sujeto. Para saber qué es lo que más se apega se necesitaría leer el caso y saber qué de su historia lo hace diferente a los demás. Es decir, se leería los sucesos de cada paciente como algo único y singular, sin caer en la clasificación (Sotelo, 2015, p. 254).

Se continua con documento trabajado anteriormente por Seldes (2008) quien trabaja la oferta de tratamiento en su artículo de la siguiente forma:

Nos preguntamos cual el uso de la transferencia que conviene a ese sujeto de la espera. Esto incluye hacer existir dispositivos como PAUSA en los que es fundamental permitir que el sujeto haga un cálculo de esa espera, es decir que transforme su sufrimiento en demanda, y que ésta sea administrada en una experiencia que implique la puesta en forma significativa de lo real de su goce repetitivo. (pp. 1-2)

La existencia de los dispositivos no solo apunta a tratar la urgencia sino también introducir conocimiento al respecto y abrir la posibilidad en los diferentes profesionales que pueden actuar alrededor de estas problemáticas. Dicha posibilidad de ver el sufrimiento humano desde otra perspectiva y dejar atrás los estigmas que pueden afectar la interacción o la comunicación con el

paciente. Es por esto que es importante investigar acerca de estos planteamientos de dispositivo para poder usar la guía que se pueda pegar a los recursos particulares de cada uno y que logren finalmente fijar un esquema de trabajo personal.

El dispositivo PAUSA en su página oficial en la pestaña de inicio brinda la información necesaria y explica de forma didáctica cuándo, cómo y dónde consultar. Estos accesos dejan claro de forma muy breve y sencilla información que permite promocionar el área de la salud mental. A su vez permiten el acceso a la oferta desde la orientación psicoanalítica y dejan en claro que hay riqueza interdisciplinaria. Intentan mediante este diseño mostrar a todo aquel que busque, encontrar conocimiento al respecto y acceder a participar si así lo desea («Pausa Urgencias», 2005).

El tratamiento de la urgencia subjetiva, desde la orientación psicoanalítica, es ofrecer un espacio preliminar y esta sería la antesala del proceso terapéutico. Las sesiones dependerán de las necesidades particulares del paciente y su posibilidad de trabajo o recursos. Se destaca en la sesión el pensamiento y sigue un tiempo, una lógica, que inscribe a la enseñanza de la experiencia analítica. El objetivo apunta a involucrar al paciente en el tratamiento y a que finalmente se responsabilice de su historia (Sotelo, 2015, pp. 13 – 15).

La propuesta desde el enfoque elegido y trabajado en la investigación no promete una cura inmediata, más bien rescataría la constancia de acudir a la consulta. Dicha constancia es necesaria para tratar el problema ya que se busca el origen y se debería dar sesión a sesión. El trabajo se resumiría en que el terapeuta ofrece el espacio y el paciente lo usa. Es decir, no es responsabilidad del profesional que ocurra el proceso de cura y el paciente debe mostrar constancia, en la misma intensidad que muestra preocupación de su propio problema (Sotelo, 2015, p. 138).

En la actualidad, los estigmas que la sociedad pueda tener respecto a las enfermedades mentales y a los problemas emocionales dificultan el acceso de los pacientes al tratamiento. Esas dificultades de acceso también pueden verse reflejados en el trabajo del psicólogo en cuanto a la necesidad de citar y tratar en la modalidad presencial en tiempos en que el distanciamiento social es crucial. Es por eso vital examinar todas las posibilidades que los avances tecnológicos brindan y dar apertura a una modalidad distinta a la presencial. Todo esto con el propósito de poder dar un espacio en la oferta de atención y poder tratar las urgencias subjetivas.

## **CAPÍTULO 3: LA ATENCIÓN ONLINE**

### **3.1 LAS PARTICULARIDADES DE LA ATENCIÓN ONLINE**

Antes de que la emergencia sanitaria hiciera necesaria medidas de prevención, distanciamiento social, existía la atención en línea y la misma proponía un esquema de trabajo relativamente nuevo. Macías y Valero (2018) explican la tele-psicología a continuación:

La telepsicología se define como la prestación de servicios psicológicos que utilizan tecnologías de telecomunicaciones (Committee on National Security Systems, 2010). La información puede ser transmitida tanto por vía oral como escrita, así como por imágenes, sonidos u otros tipos de datos. La comunicación puede ser sincrónica (videoconferencia interactiva, llamada telefónica) o asincrónica (email). La teleterapia o terapia on-line es un tipo de telesalud que puede ofrecer a los pacientes/clientes un mejor acceso a profesionales de la salud mental con experiencia especializada. Cada vez son más los profesionales del ámbito de la salud que emplean las nuevas tecnologías para estar más cerca de sus usuarios, apoyándose vía e-mail, telefónica o por videoconferencia para dar un servicio complementario o adicional al presencial. En el año 2007, hubo más de 40.000 visitas en servicios relacionados con la salud mental vía on-line (Godleski, Nieves, Darkins y Lehmann, 2008). (p. 108)

Esta alternativa ofrece la experiencia de una atención presencial, pero por medios tecnológicos y ofrecer tele-psicología. Por causa de la pandemia esa opción se volvió una necesidad y es por esto que esta modalidad relativamente nueva toma importancia. Adicionalmente, las aplicaciones que son lanzadas al mercado tratan siempre de innovar el servicio en comunicación, lo que hace más versátil el canal y la vía de entablar los primeros acercamientos.

Actualmente hay una diversa cantidad de modelos de psicoterapia ofertados y que han decidido usar el modelo online como herramienta de trabajo. Dichos modelos con diferentes enfoques teóricos, pero que buscan resolver la dificultad, en este caso producto de la emergencia sanitaria, con el uso del

internet y la mensajería. A pesar de la dificultad de tratar o sostener terapia con pacientes de forma presencial, se sumó la ansiedad que la cuarentena pudo depositar en la mayoría y que pudo detonar en casos de urgencia subjetiva (Macías y Valero, 2018, p. 108).

Tabla 4. Aplicaciones on-line de las diferentes aproximaciones terapéuticas.

<i>Modelos de Psicoterapia</i>	<i>Estudios</i>
<i>Cognitivo-Conductual</i>	Andersson, Enander, Andrén <i>et al.</i> , 2012 Hadjistavropoulos, Nugent, Alberts <i>et al.</i> , 2016 Hedman, Andersson, Lindefors <i>et al.</i> , 2014
<i>Psicoanálisis</i>	Czalbowski, Bastos y Roperti, 2014
<i>Abuso de sustancias</i>	King, Stoller, Kidorf <i>et al.</i> , 2009
<i>Terapia Familiar</i>	Hill, Allman y Ditzler, 2001
<i>Biofeedback</i>	Earles, Folen, y James, 2001
<i>Hipnosis</i>	Simpson, Corney, Fitzgerald y Beecham, 2000
<i>Eclécticos o Indefinidos</i>	Ruskin, Silver-Aylaian, Kling <i>et al.</i> , 2004
<i>EMDR</i>	Todder y Kaplan, 2007
<i>Terapia de Resolución de Problemas</i>	Oliver y Demiris, 2010
<i>Afrontamiento</i>	Morland, Pierce, y Wong, 2004

Fuente: Macías y Valero

Año: 2018

p. 108

Continuando con el documento trabajado por Macías y Valero (2018) se hace mención a los problemas clínicos que esta nueva modalidad ha tratado:

trastornos traumáticos, problemáticas mixtas, trastornos de la alimentación, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, problemas de adicción, problemas de dolor, cáncer, otras enfermedades médicas, problemas familiares y estrés del cuidador y por último depresión mixta y/o ansiedad. En cuanto a las medidas empleadas, al menos una de ellas era estandarizada y con propiedades psicométricas. La medida más común fue el Inventario de Depresión de Beck (BDI; por ejemplo, BDI-II; Beck, Steer, y Brown, 1996). Entre los estudios de comparación más relevantes realizados entre la psicoterapia on-line y la psicoterapia tradicional se encuentran los de Backhause, Agha, Maglione *et al.*, 2002; Bornas, Tortella, Feliu y Llabrés, 2006; Calbring, Nisson-Ihrfelt, Waara *et al.*, 2005; Coldwell, Getz, Milgrom *et al.*, 2008; Greist, Marks, Baer *et al.*, 2002; Marks, Kenwright, McDonough *et al.*, 2004; Mathiasen, Andersen, Riper *et al.*, 2016; Ruskin, Silver-Aylaian, Kling *et al.*, 2004; y Vallejo y Jordán, 2007. (p.109)

Sobre la mayoría de las problemáticas aquí trabajadas, se desarrollan en torno al carácter de urgencia y que son temas que comúnmente son llevados a las sesiones. Aunque eso en cuanto a la parte que se puede generalizar, ya

que la particularidad enriquece la descripción del malestar y le da una perspectiva distinta. La elección del paciente por optar un enfoque por sobre los demás dependerá de la decisión de ellos y de lo que sienten que podría servirles. Es importante destacar que es de carácter personal y que la decisión es de cada sujeto en cuestión.

Una vez pensado optar por ofrecer tratamiento modalidad en línea, una de las cuestiones que salta es el manejo de la crisis y cómo abordar dichos pacientes cuando no están en el mismo lugar. Se continúa el documento donde se trabaja el documento de Vallejo y Jordán y el documento de Johnson ya que mencionan lo siguiente sobre las crisis:

Otro aspecto a tener en cuenta es el manejo de situaciones de crisis, que unido a una formación insuficiente por parte de los profesionales, pueden desencadenar situaciones de riesgo para los que solicitan ayuda por Internet. Vallejo y Jordán (2007) proponen una serie de preguntas previas para evitar este tipo de situaciones mediante una evaluación previa para determinar si es adecuado trabajar vía on-line, por ejemplo: ¿Cuál es el nivel cultural y de lecto-escritura del paciente? ¿Qué experiencia tiene con el uso de ordenadores? ¿Qué actitud tiene el paciente sobre la posibilidad de ser tratado on-line? Además, influyen diversos factores como la edad, la clase social, etnia, nivel de educación etc., lo que puede ser una limitación para estructurar un programa común por ordenador. Quizás lo más coherente y flexible a las contingencias on-line sea adaptar la intervención o complementarla en función de las necesidades individuales de cada paciente/cliente basado en la evidencia empírica (Johnson, 2014) y en la formación adecuada del terapeuta. (citado en Macías y Valero, 2018, p. 110)

Aunque la intención de acudir a sesión psicológica sea fuerte, la realidad o el contexto que rodea a dicho sujeto influye en el momento en que se va a desarrollar dicho encuentro en línea y puede conllevar a dificultades técnicas. Aunque en el documento planteen una solución y sea válida en algunos casos, la cuestión radica en que no se puede predecir o controlar lo que pueda salir en el espacio que se oferta. Más bien habría que pensar en sugerir flexibilidad en la lectura e intervención, para poder sostener una sesión en dicha modalidad.

En el documento desarrollado por De La Torre y Prado (2019) trabaja sobre una de las características de la atención en línea, que contribuyen al punto anterior de la siguiente manera:

Una de las características destacadas de la terapia psicológica online es su versatilidad para aplicarse y emplearse de diversas formas en el contexto clínico. Puede resultar de gran utilidad para el desempeño profesional del clínico conocer sus posibles usos. (p. 21)

La versatilidad es necesaria y data de una plasticidad que se va adquiriendo con la experiencia. Es necesario entonces destacar que para poder ofrecer una atención online habría que haber pasado por una exposición mínima de práctica y tener un enfoque teórico bien constituido. Una vez puesto en claro el enfoque y aceptar que las intervenciones dependerán del contexto de la sesión, podría llevarse a cabo o al menos iniciarse.

En este punto se hace necesario plantear las ventajas y desventajas para considerar su uso. Aunque, actualmente por el coronavirus es necesario implementarlo para poder ofrecer terapia y mantener el distanciamiento social. Habría que introducir la posibilidad de que sea una herramienta que pueda seguir siendo usada y mejorada cuando la emergencia termine. Se anexa un cuadro comparativo para el fin académico:

Tabla 5. Comparación de ventajas y desventajas de la atención en línea

Ventajas	Desventajas
Expandir el horizonte teórico y permitir aportaciones nuevas al encuadre.	Desde la orientación psicoanalítica lacaniana la mayor desventaja está en la dificultad de lograr una presencia ausente sin el cuerpo presente (Miller)
Facilidad de acceso y sin requerir traslado al consultorio.	Falla de conexión en mitad de sesión o una falla eléctrica podría dificultar el análisis.
Usar la banda ancha móvil permite conectarse y trabajar en cualquier lugar.	Un fallo en el ancho de banda puede dificultar iniciar o sostener la sesión.

<p>Beneficio para casos en los que por su condición no podría acceder a consulta presencial. Limitación por fobia, problema económico o minusvalía.</p>	<p>El sentido de la sesión es que dentro de lo que puede llegar a perturbar, se pueda pensar en por qué y quizá el evitar ese disconfort por la vía online llegue a ser una traba para el avance del trabajo.</p>
<p>Permite mantener un anonimato y poder sostener una sesión sobre el tema que de otra forma costaría revelar o afirmar que tienen.</p>	<p>El anonimato da un sentido falso de seguridad y quizá el avance en las sesiones apunte a eso, responsabilizarse.</p>
<p>Buen primer contacto para poder informarse y pedir una sesión en modalidad presencial.</p>	<p>Parte de responsabilizarse es también comprometerse y buscar información por todos los medios. Con el acceso rápido a la información es caer de cierta forma a taponar y evitar que haya implicación.</p>
<p>Permite que los pacientes con tiempo limitado puedan tener una sesión sin preocuparse de cumplir con la cita acordada.</p>	<p>Tomarse el tiempo para ir a una cita y organizarse ayuda a implicar al paciente con el tratamiento, que aquí no habría oportunidad de que pase así.</p>
<p>Permite asistir urgencias en caso de ansiedad y fobias severas que de otra forma no podría acudir a una sesión o acceder a un psicólogo.</p>	<p>Mantener en la zona de confort a los pacientes con fobia y dejarlos en esa misma postura, sin la movilización no da cabida a la reflexión.</p>

Elaborado por: Barco, J.

año: 2020.

Fuente: Valero, L. (2003, p. 4)

A partir de la concepción de las ventajas y desventajas del uso de la modalidad de atención, se piensa en las intervenciones. Se continua con los aspectos que se toman en cuenta a la hora de realizar una intervención:

Se han realizado varios intentos de clasificación de las intervenciones a través de internet (SotoPérez, Franco-Martín, y Monardes, 2016), siguiendo los siguientes criterios: • El marco temporal, en el que el intercambio de información es: - Sincrónica (en tiempo real, tales como el teléfono, audio, videoconferencia, mensajería instantánea y chat) y - Asincrónica (en diferido, como ocurre en el email, vídeos y audios grabados). • El grado de contacto con el terapeuta. • Las tecnologías empleadas. • El objetivo de la comunicación (p.e: seguimiento, autoayuda, prevención...). (SotoPérez et al, citado en De la Torre y Prado, 2019, p. 25)

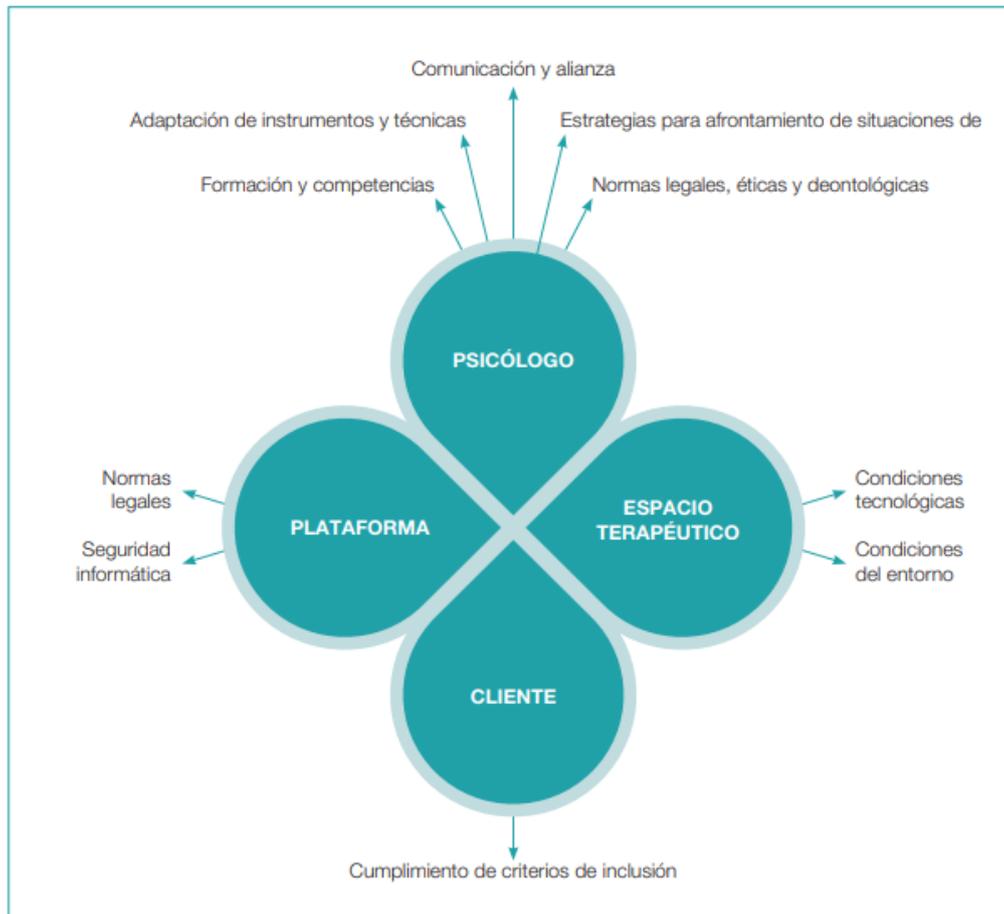
Teniendo en claro estos aspectos, se puede armar intervenciones alrededor de estos puntos y hacer señalamientos adecuados. Es importante tener en cuenta que es modalidad en línea y que por eso habrá situaciones que no se pueden prever.

Una vez puesto en consideración las intervenciones y se ha aclarado que no se puede prever todas las situaciones, se introduce el concepto del espacio terapéutico. El espacio en línea es necesario y es trabajado por De la Torre y Prado (2019) a continuación:

... los principios básicos que rigen una intervención Telepsicológica de calidad. Para ello, se realizarán prescripciones específicas para adaptar la intervención psicológica a esta nueva modalidad, especificando las características de los agentes de la terapia, de su adecuación a los espacios y soportes tecnológicos necesarios para la intervención Telepsicológica. (p. 33)

Es importante poder adaptar y hacer la sesión lo más flexible posible. A pesar de que la modalidad de tipo presencial y en línea guarda muchas similitudes, las diferencias los enriquecen a la hora de ejecutarlas. En el caso de la modalidad en línea, permitiendo que se pueda sostener las sesiones y acceder a los pacientes en emergencias como las que están pasando actualmente.

Figura 8. Modelo de Intervención tele-psicológica



Fuente: De la torre y Prado

Año 2019

p. 34

Como se puede apreciar en la figura 8 la sesión se conforma por el psicólogo, el espacio terapéutico ya sea físico o en la plataforma y el cliente o paciente. En los componentes descompuestos ahí, se puede apreciar que hay condiciones, criterios, normas y competencias que son necesarias para sostener una consulta. Es importante tener en claro que estos aspectos resumen todos los protocolos de base o el esqueleto que cualquier enfoque debería tener en cuenta a la hora de atender. El profesional tendría entonces las mismas herramientas en ambas modalidades, presencial-línea, y solo se usarían de formas distintas, por eso a continuación se crea una tabla comparativa usando de fuente la figura previamente presentada:

Tabla 6. Comparación entre modalidad presencial y modalidad en línea

Aspectos	Presencial	En línea
Profesional	Criterio de inclusión	Criterio de inclusión
Espacio	Condición del entorno	Condición tecnológica
Cliente	Comunicación, formación de estrategias y competencias éticas.	Comunicación, adaptación de instrumentos y técnicas para formación de estrategias.
Plataforma	Normas legales	Seguridad informática

Fuente: De la Torre & Prado

año: 2019

p. 34

Una vez aclarado que tienen las mismas herramientas y que lo único que difiere es su uso, se introduce lo que sí debería ser un tema compartido, los requisitos. Es de destacar que para atender se requieren aspectos como la formación, la práctica y ética de trabajo. Estos aspectos se trabajan a continuación:

“Para la formación de profesionales competentes se requiere de formadores con amplia experiencia profesional que puedan transmitirla a sus estudiantes [...] fungiendo como modelos a seguir, pero también se requiere que tengan amplia experiencia en las tareas de investigación para vincularla con su experiencia profesional a través de la enseñanza (...) para que los estudiantes adquieran los conocimientos teóricos y los instrumenten en la práctica de manera congruente, como si lo teórico y lo práctico fuesen dos actividades que poco o nada tienen que ver entre sí. (Macotela, Citado por Piña, 2010, p. 238)

Los profesionales necesitan formar y ser formados, a través de la experiencia propia de asistir a terapia o por medio de las supervisiones con expertos del área.

En base a esos requisitos, una de las herramientas de diagnóstico es la prueba psicológica y en el caso de la telepsicología uno de los problemas a la hora de implementarlo. Cuervo y García (2017) manejan las evaluaciones de la siguiente forma:

Se les anima también a considerar la necesidad de modificar el entorno o las condiciones de la prueba para su preservación. Por ejemplo, el acceso a teléfonos, Internet u otras personas durante la evaluación, podría interferir en la fiabilidad o validez del instrumento o la administración. Además, si el individuo que está siendo evaluado recibe orientación o información referente a las respuestas o la puntuación e interpretación de los instrumentos de evaluación, (porque están disponibles en Internet, por ejemplo) los resultados de la prueba se pueden ver comprometidos. También se anima a considerar otras posibles distracciones durante la evaluación que puedan no ser visibles a simple vista y que pudieran afectar al resultado. (p.22)

Es necesario poder investigar y poder poner en claro todas las posibilidades, ya que lo mejor sería que estas pruebas sean implementadas físicamente. Pero, si es muy complicado hacerla de forma presencial, cuidar de todos los aspectos a la hora de ejecutarlo por medios virtuales y no caer en sesgos investigativos.

En última instancia, pero no por eso menos importante, se encuentra el aspecto del tratamiento en la atención en línea y es un tema que puede ser resumido por puntos. Para condesar todo lo que rodea el tratamiento, su importancia y delicadeza se usa el material previamente citado de Cuervo y García (2017, pp. 26 - 46) a continuación:

---

Tener claro los datos del psicólogo y del paciente

---

Tener claro el medio que usarán para las sesiones

---

Tener la información actualizada y apoyo secundario para poder sostener la sesión.

---

Tener consentimiento informado de parte del paciente y que haya pasado por preparación previa.

---

Transparencia y claridad en los procesos del tratamiento.

Es por esto importante estudiar todos los puntos que rodean la modalidad para emplearlo sin ninguna dificultad y si se presenta un problema, saber manejarlo. Aunque en la actualidad sea vital para poder mantener la salud y limitar los casos de contagio, se podría plantear como una herramienta más. Es decir, se recomendaría estudiar la posibilidad de hacer de la modalidad en línea una herramienta que pueda estar a disposición incluso si no hay emergencia. La flexibilidad con la que se plantean los procesos de encuadre como primer acercamiento, diagnóstico, tratamiento, etc., podría servir para casos específicos y ampliar la gama de ofertas terapéuticas.

### 3.2 LA PRESENCIA DEL ANALISTA

El encuadre desde la orientación analítica constituido por estas herramientas que pueden utilizarse en el trabajo y de acuerdo a la aplicación de principios. De esta manera se puede variar de las sesión, cortas o largas, incluso el valor de las sesiones en torno al valor de la cura. Lacan (1987) en la introducción desarrolla la presencia del analista en la obra analítica trabaja lo siguiente a continuación:

Esta observación no es accesorio, pues quizá se acudirá a algo pálido en lo que respecta a la presencia del analista en la Gran Obra analítica, y se sostendrá que quizá eso busca nuestro psicoanálisis didáctico, y que quizás yo también parezco decir lo mismo en mi enseñanza de estos últimos tiempos, cuando apunto derechito, a toda vela, y de manera confesa, al punto central que pongo en tela de juicio, a saber, ¿cuál es el deseo del analista? ¿Qué ha de ser del deseo del analista para que opere de manera correcta? Esta pregunta, ¿puede quedar fuera de los límites de nuestro campo como en efecto pasa en las ciencias -las ciencias modernas de tipo más asegurado- en las que nadie se pregunta nada respecto al deseo del físico, por ejemplo? (p. 17)

En el momento en que el profesional elige un enfoque para trabajar hay un deseo de fondo y su elección particular hace preguntar sobre dicho deseo. Eso debería contemplarse en cualquiera de los casos y en cualquiera de las elecciones, ya que esto podría ser algo que pulir antes de recibir pacientes.

Una vez que se plantea la pregunta sobre el deseo del analista, se continua con el documento que introduce la concepción de los fundamentos del psicoanálisis:

Esta introducción tiene como objetivo recordarles lo siguiente: abordar los fundamentos del psicoanálisis supone que aportamos a ello, entre los conceptos mayores que los fundamentan, una cierta coherencia. Ello ya aparece en la manera cómo he abordado el concepto del inconsciente -que pueden recordar que no he podido separarlo de la presencia del analista. (Lacan, 1987, p. 131)

En la presencia del analista también se manifiesta el inconsciente y es que este es la base de la subjetividad. El analista también es un sujeto y en el abordaje también se manifiesta su inconsciente. Es inevitable que esto ocurra, pero si se puede tener análisis propio para poder avanzar con el trabajo de los pacientes y que no represente obstáculo en la consulta.

Es necesario contemplar el concepto del inconsciente ya que el mismo se encuentra en el concepto de la presencia del analista, para entender el encuadre analítico y poder ofertar un trabajo con mayor claridad. Retomando el seminario 11 se cita a continuación lo siguiente:

El inconsciente es la suma de los efectos de la palabra en un sujeto, a ese nivel en que el sujeto se constituye con los efectos del significante. Esto señala que con el término sujeto —por ello lo he recordado en un principio- no designamos el substrato viviente que es preciso al fenómeno subjetivo, ni ninguna clase de substancia, ni ningún ser del conocimiento en su pathía, secundaria o primitiva, ni siquiera el logos que se encarnaría en algún lugar, sino el sujeto cartesiano, que aparece en el momento que la duda se reconoce como certeza, excepto que, por nuestro abordaje, los cimientos de ese sujeto se revelan mucho más amplios, pero a la vez mucho más serviles, en cuanto a la certeza que pierde, ahí se da lo que es el inconsciente. (Lacan, 1987, p. 132)

Ese contexto de trabajo que se desarrolla en el espacio psicoanalítico puede ocurrir en cualquier momento y se puede manifestar de muchas maneras. La diferencia radica en la lectura del mismo y de quien recoge estos eventos o momentos como si de perla se tratasen. Ya que solas podrían no decir nada, pero en retrospectiva y teniendo en cuenta la historia del paciente, se podría hallar un trabajo que fructífero ocasiona movimientos en la actualidad del caso.

Al tratar el tema de hablar sobre los eventos o momentos se hace necesario resaltar, además de la escucha profesional, la palabra del paciente en consulta y como esta relata el efecto que tiene de forma particular. Se cita el Seminario 23 a continuación:

De hecho, uno no hace más que imaginar se elegirla, y lo que resuelve la cosa es que esta lengua, al fin de cuentas, uno la crea. Uno crea una lengua en tanto que en todo momento uno le da sentido. No está reservado a las fases en que la lengua se crea; en todo momento uno da un pequeño retoque, sin lo cual la lengua no estaría viva. Ella sólo está viva en tanto que en todo momento uno la crea, y es en eso que no hay inconsciente colectivo, que sólo hay inconscientes particulares, en tanto que cada uno, a cada instante, da un pequeño retoque a la lengua que habla. (Lacan, 2006a, p. 52)

El retoque del que se cita, es el detalle y la elección que cada paciente posee en tanto escucha, habla, desea o siente. Estas elecciones se van haciendo y es por eso que datan de lo singular de la palabra y de la lengua. En tanto sea único, homogenizar tratando de hacerla algo general puede acarrear una deformación del mismo y distarlo de la realidad, del contexto.

El inconsciente se manifiesta así y aunque no se lo pueda ver en su totalidad, se lo puede leer a través de estos finos detalles. Es a través de la repetición que se puede leer o ver algo de la verdadera naturaleza, ya que siempre se encuentra velada y es precisamente esa la intención. Encubrir la verdad para que pueda ser manejada por cada persona y pueda continuar la formación de recursos singulares. Todo esto es para hacer algo con lo imposible de soportar y es lo que hay en la verdad velada (Lacan, 2006a, p. 62).

Los aspectos que rodean el marco psicoanalítico alimentan el trabajo con el sujeto y permiten al analista usar los recursos que sean necesarios para poder sostener dicho proceso. La transferencia se manifiesta en el momento en que la persona, pidiendo entrar en análisis, coloca al analista en la posición de

sujeto supuesto a saber demandando ayuda y apelando a la experiencia previa del profesional al que acude. Esto origina el principio de todo estudio posterior, análisis y no el fin como podría confundirse. La presencia del analista, percibida por el paciente como una figura de poder, funge como compañera y permite que se encuentre en el proceso de escucha lo que se podría señalar del discurso del paciente, lo que enriquece el trabajo (Lacan, 1965, p. 28).

Se establece el concepto de la presencia del analista y es necesario relacionarla a la atención online en este punto. ¿Es posible encontrar la presencia del analista en la atención en línea? En el artículo trabajado por Solano, E. (2020) sobre tele-sesión indica lo siguiente:

Gracias a los *gadgets* se puede tener la presencia virtual del analista en casa y hablarle. Si bien este recurso se impone en circunstancias excepcionales, ¿es sin embargo una sesión de análisis? “Verse y hablarse no constituye una sesión analítica”, dice Jacques-Alain Miller, “es necesaria la copresencia en carne y hueso”<sup>2</sup>. Y más en tanto que el concepto de *parlêtre* traduce que “el inconsciente procede del cuerpo hablante”<sup>3</sup>, a diferencia del sujeto del inconsciente que procede “de lo lógico puro”<sup>4</sup>. El hombre tiene un cuerpo y habla con su cuerpo, instrumento de la palabra: “La palabra pasa por el cuerpo y de retorno, afecta al cuerpo que es su emisor (...) bajo la forma de fenómenos de resonancias y ecos”<sup>5</sup>. El cuerpo se goza de los efectos marcantes de *lalengua* que le afectan, de los que testimonia el *sinthome* en tanto que acontecimiento. En revancha, el cuerpo del analista en la sesión analítica es el instrumento de un discurso sin palabras, dando cuerpo al acto analítico, y condensando en el semblante el goce fuera de sentido del analizante. (párr. 5)

La tecnología conecta dos puntos que físicamente son imposibles de conectar y eso hace que muchas sesiones en línea se limiten marcadamente. Exponen al paciente y al profesional al constante fallo, ya sea de la señal o el equívoco propio del lenguaje, etc. Aun así, es necesario abrir el debate y recoger las experiencias a lo largo de la emergencia sanitaria para entender cómo construir una propuesta de trabajo.

Se plantea la pregunta sobre cómo hacer una presencia ausente en la atención online y es allí donde un silencio se puede interpretar como falla de conexión. Buscar hacer contraste entre la presencia corporal y la ausencia de la subjetividad será todo un trabajo, que podría hallar un punto medio en el control de la cámara o el audio en la llamada. Marcus Andrés Vieira lo pondría como un remedio a esta falta de la presencia, señalando la presencia por la vía mirada y la vía oído. Hace énfasis en la presencia como algo necesario en el análisis y es la presencia fuera del sentido (Vieira, citado por Rojas, 2020, párr. 10).

Finalmente, si es posible o no hacer una presencia ausente sin el cuerpo, dependerá de lo particular en la clínica de cada uno y su relación con el análisis propio. Ahí donde se elaborará sobre las resistencias personales y es dado que no hay analista que se forme, sino por su análisis. En todo caso, es una herramienta cuyo empleo recién se ha visto necesario y es por eso que abre el debate. Se verá en algún momento su eficacia o su falla con el tiempo (Rojas, 2020, párr. 11-12).

### 3.3 EL CUERPO EN LA ATENCIÓN ONLINE

El concepto del cuerpo es trabajado por Conde (2017) que lo desarrolla de la siguiente manera:

El psicoanálisis lacaniano ofrece argumentos sólidos para este debate intelectual al sostener que los malestares subjetivos son malestares de un cuerpo y que el cuerpo no es simplemente un conjunto anatómico de órganos diseccionables. En la medida en que ninguno de los enfoques de Lacan viene a negar lo dicho en épocas anteriores de su pensamiento, sino a desarrollarlo, se ha visto como el cuerpo es: la imagen que permite la aparición de una identidad subjetiva, el lugar donde se inscriben los objetos-causa del deseo, portador de cierto imposible resistente a la voluntad del sujeto y, finalmente, y en una recuperación parcial de su primer enfoque, garante de la consistencia del sujeto. (p. 19)

El cuerpo es un término que de fondo lleva todo un trabajo conceptual y que permite no solo entender el fin de la escucha, también permite entender el efecto de la palabra. El malestar se puede manifestar en el cuerpo y es una señal de alarma fiable. No es solo diagnosticar por encasillar o apasionarse por dar una etiqueta al dolor, es darle un lugar a ese sufrimiento y aunque no pueda ser capturado por pruebas científicas, se les otorga la fiabilidad.

El cuerpo trabajado desde los tres registros del aparato psíquico es necesario y son lo real, lo simbólico y lo imaginario. Se partiría desde lo real a continuación:

Desde el registro de lo Real el cuerpo puede equipararse al organismo -carne, mucosas, entrañas, cavidades, fluidos- de la medicina. Cuando un ser viviente viene al mundo es un organismo, pero no un cuerpo, el cuerpo se construye en la relación con el Otro del significante: Antes de nacer este organismo se lo espera con un nombre, un sexo, esperanzas, sueños, ideales, es decir ya circula en un discurso. (Nostas y Lora, 2002, p. 9)

En el orden de lo real, este cuerpo es un organismo, que recepta todas las sensaciones extra-corpóreas y estas embriagan al punto en que podrían llegar a ser aterradoras e insoportables. A su vez están las sensaciones internas, propia de los órganos y que toma su tiempo entenderlas. Más allá de entenderlas, aceptarlas y tramitar con el organismo que crece. Un desarrollo que va por etapas y que necesita de sus padres para poder entender lo que está pasando.

Una vez logrado llegar al punto de entender que el organismo es un cuerpo, con nombre, con historia y con relaciones, pasaría al registro de lo simbólico. A continuación, se anexa el cuerpo desde lo simbólico:

Desde el registro de lo Simbólico el cuerpo es como un investimento, primer objeto que se catectiza. Lo que viste son deseos, necesidades, exigencias, apetencias, placeres, goces. Es un cuerpo vacío, si contenido, hecho sin órganos, cuerpo que se prestará como superficie de inscripción a recibir la marca significativa y en el que se irán privilegiando ciertas zonas erógenas y circuitos pulsionales. (Nostas y Lora, 2002, p. 9)

Es un lienzo en blanco y las palabras se inscribirán en él como la tinta. Difícil de borrar y aunque se logre, el lienzo no quedará igual ya que dejará sus marcas. Es así como se le da la importancia al lenguaje ya que este deja algo en el cuerpo que en un inicio estuvo vacío y que tendrá que lograr hacer algo con esas marcas.

Entendiendo que la marca hace del ser viviente algo y es con ese algo que ese ser viviente debe ser o hacer. En este punto se puede pasar al registro de lo imaginario a continuación:

Desde el registro de lo Imaginario el cuerpo es la vivencia de una imagen unitaria, que brinda unidad al organismo fragmentado con el que el sujeto nace. El organismo fragmentado encuentra su unidad en la imagen; la cual en su papel estructurante organiza el cuerpo ubicándolo como cuerpo humano: como forma total, superficie, recinto,

límite, contorno, que va a ser habitado, investido, vestido, recubierto por la libido. Así el cuerpo se constituye como recubrimiento libidinal trazando una organización erógena. (Nostas y Lora, 2002, p. 10)

Lo que permitiría entender que primero está el organismo, luego hay el encuentro o más bien el desencuentro que permitirá separarse del todo y pasar a ser una imagen. Esta imagen que en constante choque con el lenguaje o la palabra de los que lo rodean, se irá construyendo y viendo cómo adaptar este cuerpo a los movimientos que puedan dañarlo. Es una constante construcción y deconstrucción que puede ser insoportable, hasta el punto que se haga malestar.

El cuerpo se encuentra rodeado de la sociedad y sus cambios, pero no solo hablando del paciente, sino también del profesional. Es por esto vital entender y se citaría a Belaga (2004) a continuación para entender ¿qué hacer?:

¿Cómo encontrar la brújula para situar la clínica analítica, el discurso del analista, su posición frente a nuestro Otro, la sociedad? A esta pregunta tratan de responder aquí los autores, como mantener la autoridad del psicoanálisis partir de sus efectos, de sus resoluciones terapéuticas, como abordar el problema, interrogando incluso el título de esta convocatoria en sus dos vertientes: por un lado, cuál sería la acción lacaniana acorde a los tiempos actuales, y por otro, qué entendemos por urgencia. (p. 13)

El cuerpo en la atención online es una cuestión que anuda muchas problemáticas, además del malestar propio trabajado conceptualmente, también está el “que-hacer” con este si se trata de una atención no presencial. Es una dificultad que hace resonar y cuestionar si es realmente algo que pueda funcionar en todos. También si es una herramienta que nunca va a funcionar y es necesario darle otro tiempo de reflexión ya que no todo se da de la misma manera.

Entonces, ¿la atención en línea es insuficiente o inconsistente? y ¿de qué manera se lo podría manejar entonces? Se continua con el libro compilado por Belaga (2004) que trabaja lo siguiente:

Podría ser que el psicoanálisis del siglo XXI deba vivir bajo el régimen del no-todo, de la inconsistencia lógica. Lo que no significa que el psicoanálisis sea inconsistente, sino que lo que aparece como caduco es el proyecto freudiano empleado para sostener la práctica. (Citando a Miller, p. 13)

Ante los cambios de la sociedad y del malestar en la cultura hay que mantener una plasticidad. No hace inconsistente el trabajo, ya que se mantendría el encuadre que permita hacer, sino una apertura a lo nuevo y a mantener el trabajo con el no-todo. Los tiempos que corren no son los mismos y hay que escuchar, para ver de qué forma responder a dichas problemáticas.

Es importante tener en consideración que “no-todo” se puede hacer, decir, incluso ofertar a la hora de trabajar con el sujeto y su malestar. El trabajo se puede apuntar a dar un sentido al sufrimiento que no lo tiene, así obtener la restitución del trauma en el sentido en la brevedad posible. Lo importante es reinventar Otro que ya no existe, como se ha develado por la catástrofe. No solo implica el dar sentido o restituir lo reprimido; implicaría también apostar a la reinvención de ese Otro que se ha perdido (Belaga, 2004, p. 17).

Lo importante en la atención en línea es tener en claro que “no-todo” se puede trabajar y ese es el comienzo del camino que el profesional puede optar para poder aporrearse en su propio análisis. El impedimento del análisis es el inconsciente propio, el que podría saltar en la sesión entorpeciendo y es un problema silencioso que hay que saber manejar. Es por eso que, en cualquier atención sea en línea o presencial, hay que tener buena base teórica, supervisión y consulta particular. Es así como se puede ver que el Otro no existe, en tanto no exista verdad sólida, donde no se opta por el sí o el no, sino el más o menos que implica un abordaje preciso para la incertidumbre (Belaga, 2004, p. 18).

### 3.4 LA VOZ

En el documento se ha bordeado la problemática a través de los siguientes términos: urgencia, emergencia, presencia del analista, inconsciente, lenguaje, lengua, general-particular, repetición, verdad velada, transferencia, cuerpo, registro real, registro simbólico, registro imaginario, el no-todo y el Otro. Pero ¿qué pasa con el cuerpo que se afecta por la palabra? y ¿qué faltaría por trabajar? “El cuerpo produce una excitación en principio inespecífica a la que Freud llama excitación endógena. El cuerpo, a través de los sentidos, recibe percepciones que lo excitan, y a esa, la llama excitación exógena” (Monreal, 2008, párr. 1) Hablando del organismo, antes de ser cuerpo, hacía referencia a este momento en el que se entiende que hay un dentro y un fuera del ser vivo.

Es decir, un ser vivo que experimenta sensaciones internas y externas. Pero, “es necesario también un objeto al que hemos llamado Otro auxiliador, que proporcione comida y caricias, y que lo haga hablando, hablándole al bebé.” (Monreal, 2008, párr. 2) El objeto que auxilia y ayuda a disminuir, lo que antes se mencionaba como excitación. Es lo que permite una interacción, que podría servir para auto-satisfacerse, pero que en ausencia del mismo no podría darse en la primera instancia y por ello se daría la separación, un vestigio de ordenación de horario o límite.

El contexto en que se desarrolla dicha situación no será la misma en todos los organismos, antes de ser cuerpos y refiriéndose al bebé. Se entiende con esto que, para calmar la necesidad, el objeto comida saciaría entrando por la boca, el objeto voz que ingresa por el conducto auditivo, el objeto mirada que aparece enseguida y el objeto cuidado, centrados sobre todo en la zona genito-anal. Lo que producirá la erotización de las zonas del cuerpo y éstas se denominarían zonas erógenas, énfasis en la mirada-voz. Este proceso permite ordenar la excitación pulsional que no tiene fin, que está desordenada

y que ahora tendría un ligue o una repuesta que satisfaría parcialmente (Monreal, 2008, párr. 3 - 5).

Es necesario hilar que el lenguaje toca al organismo y lo marca, es decir un proceso inmerso en el lenguaje. Otra manera de abordar esto es, que la pulsión pasa por el Otro auxiliador, respondiendo con el lenguaje. Se lo llama el Otro del lenguaje y es así que la pulsión rodea otros objetos diversificándose en: oral-anal-escópica-invocante. Son estas experiencias que pasadas por el Otro del lenguaje marcan e influyen en el cuerpo, incluso años después y ya hablando del adulto (Monreal, 2008, párr. 6 y 7).

En este punto se hace necesario detener todo y regresar al término no-todo, es decir algo que se escapa. Ya que no todo pasa al lenguaje y se calma con ello, más bien haría falta el chupete o dedo, las heces, la música, las miradas y también el manoseo genital. Si esto funciona con regularidad se podría decir que aminoraría el sufrimiento y permitiría un desarrollo "estable". Freud lo trabajaría como lo sexual o algo más amplio que la genitalidad (Monreal, 2008, párr. 8 y 9).

Se entiende entonces que la excitación busca un camino para ser descargado y este proceso de descarga se podría dar a través de dos caminos. Estos caminos son la represión y la sublimación. La represión de cierta manera liga la excitación al lenguaje y podría ser un evento un tanto "atascador". Aunque podría llegar a ser insuficiente porque de todas maneras seguirá la excitación buscando ser descargada y podría terminar haciéndolo con síntomas corporales metafóricos, aunque no sea siempre por este motivo (Monreal, 2008, párr. 10).

El otro camino es la sublimación, que tendría que estar relacionado con actividades recreativas o educativas o ligadas al deseo de saber. No todas las actividades extracurriculares, que son bien vistas por la sociedad, permiten sublimar, habría que pensar que podría servir para la particularidad del niño o adolescente. Hay actividades que son de preferencia y si son las elegidas de forma constante se pensarían como una fijación. Freud lo denominaría así y

su precursor Lacan más bien dirigiría la fijación más bien como un modo de goce (Monreal, 2008, párr. 11).

Entendiendo el juego que se encuentra entre la pulsión y el objeto pulsional, se puede nuevamente retomar el objeto voz. En la dimensión de la voz como primera instancia se encuentra el sonido, no como articulado o al menos no obligatoriamente en un inicio, sino a partir de su emisión. El sistema de la lengua lo enseñaría posteriormente a partir de oposiciones fonemáticas, pero hablando de la dimensión emisible tiene una materialidad distinta. Es decir que se distingue el aspecto de la materialidad del significante siendo estrictamente negativa y diferencial, contrastado con la emisión de la voz (Luterau, 2016, p. 454).

Los seres vivos, específicamente los hablantes, no conversan con significantes, sino con palabras y es aquí la distinción ya que las palabras se emiten. En cuanto a los significantes se trabaja desde una palabra, en cierta coordenada del habla, que en la repetición adquiere un estatuto signifiante. Lo que hace que se contraste con el sentido corriente de la emisión y es porque de todo el océano de palabras, una deja una huella que constituye. Es decir que el objeto voz, su emisión, se realiza en el atravesamiento de la repetición que funda el significante y es así como se establece (Luterau, 2016, p. 454).

Se podría explicar los órganos de la audición a través de los instrumentos de viento y de entre ellos la flauta. Una flauta que si se la toca la altura de uno de sus orificios impone a todos los demás la misma vibración. Siendo un ejemplo no sería la respuesta fija a todo, pero explicaría como funciona aquí en una real función de mediación. Se entiende que es una ilusión y cuya intención es solo académica (Lacan, 2006b, p. 297-298).

Se retorna al concepto de la voz, como emisión, señalando que tiene importancia y es porque no resuena en ningún vacío espacial. La más simple inmisión de la voz en su función fáctica, pensado en el nivel del simple contacto, aunque no sea así, resuena en un vacío que es el vacío del Otro. La

voz responde a lo que se expone, pero no puede justificarlo. Para que eso pueda pasar, debería posicionar la voz como el que logre conectar el desfase entre lo que dice y su eco (Lacan, 2006b, p. 298).

En ese punto de la discusión se puede llegar a entender que la voz se manifiesta con un sonido ajeno y corresponde a la estructura del Otro hacer con el vacío. La verdad entra en el entorno velada por el significante antes de cualquier control. Se percibe y se retransmite únicamente mediante sus ecos en lo real. En este vacío es donde resuena la voz distinta de los sonidos del entorno, no modulada sino articulada y es en tanto imperativa, que reclama la palabra (Lacan, 2006b, p.298).

Se resume que el ser hablante puede reprimir o sublimar las pulsiones, es así que el cuerpo se manifiesta a través de los afectos y no confundiendo que el afecto sea como la voz del cuerpo. Más bien se entendería que el cuerpo o el alma, aunque entendida como el pensamiento, son una forma de instrumentos del lenguaje. El lenguaje marca el cuerpo y deja una huella que resuena eso que es lo más íntimo de cada sujeto. Pero, no todo puede ser velado y es por eso que en ese punto la voz resonando en el eco podría chocar con lo verdaderamente insoportable de la particularidad de cada ser hablante (Soto, 2015, p. 130).

Se puede dirigir una parte al objeto mirada, en tanto esta influye en la perspectiva del mundo del ser pensante y la reordena. El ser visto por otro es la verdad del ver al otro y aunque la mirada no es el ojo, el ojo es la manifestación de la mirada. Por si solos son ya ojos, pues basta con que signifiquen que algún otro pueda estar allí y a veces ni siquiera es necesario ver dichos ojos, porque al captar una mirada se toma la conciencia de ser mirado. No es que se haya podido ver, pero es que se pueda imaginar y eso deviene en angustia (Sánchez, 2011, p. 108 y 109).

En el caso de la mirada hay cierta condición para que se perciba y para que devenga en angustia, que en la atención en línea se podría manejar con la cámara apagada. La cuestión radicaría en la voz y que la misma al no poder cerrar los órganos auditivos podrían ser un elemento que no se tenga del todo controlado. Aunque en la sesión presencial tampoco se pueda dar cuenta de este control, se podría moderar la intervención y como esta llega al paciente. Se toma en cuenta que en una sesión modalidad en línea no se puede controlar como llega el sonido y cómo repercute el eco en el cuerpo.

Finalmente, el recorrido teórico que se ha hecho hasta este punto dice mucho del sufrimiento del ser hablante y de su manifestación a través del cuerpo. El afecto condensado en el síntoma, sumado a la historia podría dar cuenta de cómo se ha ido desarrollando y viviendo dicho fracaso de velar la verdad. Sea producto de la mirada ordenadora o del eco de la propia voz, pero hay movimientos que indicarían que hay un trabajo y que dan cuenta de que es algo que necesita un lugar. Ese lugar puede ser dado por las instituciones públicas o privadas, para que pueda ser tratada la urgencia de la forma más humana y digna posible.

## CAPÍTULO 4: ESTUDIOS DE CASO

### 4.1 CONSIDERACIONES SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD

Usar la modalidad en línea implica considerar ciertos puntos que son legales, éticos, de formación en nuevas tecnologías, políticas intra-institucionales e inter-institucionales y otras limitaciones externas del contexto profesional particular. En muchos casos dependerá del esquema de trabajo armado por cada profesional y de la responsabilidad de equilibrar todos los aspectos puntuados adecuadamente. Se describirán brevemente las 8 directrices que establece la APA para la práctica de la modalidad en línea en la tabla 8 anexada a continuación (Macías y Valero, 2018, p. 109).

Tabla 8. Directrices de la APA (2010)

***Directrices APA 2010 para la práctica de la telepsicología***

1. *Competencia del psicólogo:* Los psicólogos que ofrecen servicios deberán garantizar su competencia tanto con las tecnologías utilizadas como con el impacto potencial de las tecnologías en sus clientes/pacientes, supervisados u otros profesionales.
2. *Cumplir con los estándares de protección en la prestación de servicios de telepsicología:* Los psicólogos han de procurar que se garantice y cumpla los estándares éticos y profesionales de atención durante todo el proceso y duración de los servicios de telepsicología ofrecidos.
3. *Consentimiento informado:* Los psicólogos han de ofrecer y documentar el consentimiento informado que aborde específicamente las inquietudes únicas relacionadas con los servicios de telepsicología que prestan. Al hacerlo, los psicólogos conocen las leyes y regulaciones aplicables.
4. *Confidencialidad de datos e información:* Los psicólogos que prestan servicios de telepsicología han de proteger y mantener la confidencialidad de los datos e información relacionados con sus clientes/pacientes e informarles de los riesgos sobre la confidencialidad inherentes al uso de las tecnologías en caso de que las haya.
5. *Seguridad y transmisión de datos e información:* Los psicólogos que brindan servicios de telepsicología han de tomar acciones para garantizar que existan medidas de seguridad para proteger los datos y se ha de valorar que riesgos existen en cada caso antes de entablar dichas relaciones para evitar la divulgación de datos confidenciales.
6. *Eliminación de datos, información y tecnologías:* Los psicólogos tienen que deshacerse de los datos y la información empleada. De acuerdo con las Directrices de Mantenimiento de Registros de la APA (2007), se alienta a los psicólogos a crear políticas y procedimientos para la destrucción segura de datos.
7. *Pruebas y evaluación:* Los psicólogos deberán adaptar los instrumentos a la modalidad *on-line* sin perder las propiedades psicométricas (fiabilidad y validez). Además deben conocer los problemas específicos que pueden afectar la evaluación.
8. *Práctica interjurisdiccional:* Los psicólogos han de familiarizarse y cumplir con todas las leyes y normativas pertinentes al proporcionar servicios de telepsicología. Las leyes y reglamentaciones varían según el estado, la provincia, el territorio y el país, por lo que deben de prestar los servicios dentro de las jurisdicciones en las que se encuentran.

Fuente: Macías y Valero.

Año: 2008

p. 109

La tecnología ofrece mayor acceso a la consulta y aunque permite la conexión a muchos puntos sin importar la distancia geográfica, el abordaje se ve muy limitado a la hora de llevarlo a cabo. Baker y Bufka trabajaron sobre los impedimentos o dificultades físicas o médicas, diagnóstico psiquiátrico, restricción financiera, etcétera que pueden aparecer a lo largo del proceso de búsqueda de apoyo psicológico en el 2011. Este tipo de trabajo está

generando una creciente disputa y choque profesional. Es importante poder comprometerse a cuidar de los datos de los pacientes para que no sean expuesto y a la vez mantener una ética profesional todo el tiempo que se sostenga las consultas (Baker y Bufka, parafraseado en Macías y Valero, 2018, p. 109).

El uso de los conceptos psicoanalíticos, como técnica, conlleva limitaciones que se deben estudiar si se desea tomar como herramienta de trabajo o de investigación. La atención flotante es una alternativa ante la dificultad de acaparar toda la información que sale del analizado y que permitiría una mejor práctica si se evitara anotar las sesiones. Además, aunque el fin sea usar los apuntes como evidencia, habría que retornar a la idea de que tratar a la fuerza de obtener credibilidad científica podría ocasionar un efecto contrario y no depende del analista que se le suponga tal cuestión. Es necesario, mantener presente las limitaciones del uso de la información y que hay que cuidar de no caer en errores técnicos de divulgación que comprometan las sesiones (Freud, 1991, pp. 111-119).

Es la responsabilidad del analista ofrecer y sostener sesiones dignas. Todo dentro del marco posible de la ética y, si se opta por otra herramienta de trabajo en la formación académica, es necesaria constante formación. Asistir a sesión propia, o psicológica en el caso de los demás enfoques, es una garantía de que se cree en el trabajo que se ofrece y ayuda a poder pulir las limitaciones particulares o inconscientes. Finalmente, desde la técnica iniciada por Freud, es parte del crecimiento del analista poder cumplir estos tres aspectos necesarios: constante lectura, supervisión de un profesional con mayor rango o experiencia y el análisis propio.

## 4.2 ESTUDIO DE CASOS

El punto en que se puede observar la problemática se construye en este punto de la investigación y mediante el estudio de casos se considerará la atención en línea desde los conceptos que la orientación psicoanalítica ha construido. Se hace énfasis en que la orientación ha tenido sus momentos erráticos a lo largo de su edificación y que gracias al sistema de estudio de dichos momentos ha nacido unos cuantos hitos conceptuales. El enfoque cualitativo permitirá explicar con el desarrollo de los hechos y la lectura de la lógica explicativa causa-efecto, los puntos importantes de las urgencias subjetivas. Todo esto para motivos de explicación y comprensión del impacto de la problemática en un periodo de tiempo determinado (Stake, citado en Díaz, Mendoza y Porras, p. 9)

De las clasificaciones de estudios de casos se opta por la trabajada por Rodriguez que se divide en: estudio de caso único, estudios de casos múltiples y el estudio de caso de múltiples contextos. El estudio de caso único se divide en: Histórico-organizativo, observacional, biografía, comunitario, situacional y microetnografía. Los estudios de casos múltiples tienen el único tipo: inducción analítica modificada. El estudio de caso de múltiples contextos tiene el único tipo: comparación constante (Stake, citado en Díaz, Mendoza y Porras, p. 13).

El que se aplicará será el estudio de casos múltiples, inducción analítica modificada y con apoyo de dos herramientas de recolección de datos. Siendo estas las encuestas a practicantes del semestre A-2020 y las entrevistas a los profesionales que atendieron en la modalidad online. Por el límite del tiempo/espacio del inter/sujeto/objeto de estudio se trabajarán 4 casos de forma breve, con 33 encuestados y con 5 licenciados en psicología clínica. Se identifican el contexto, el desarrollo, la conclusión y los puntos clave para alimentar la pregunta sobre la posibilidad de atención de urgencias en la modalidad online (Stake, citado en Díaz, Mendoza y Porras, p. 16).

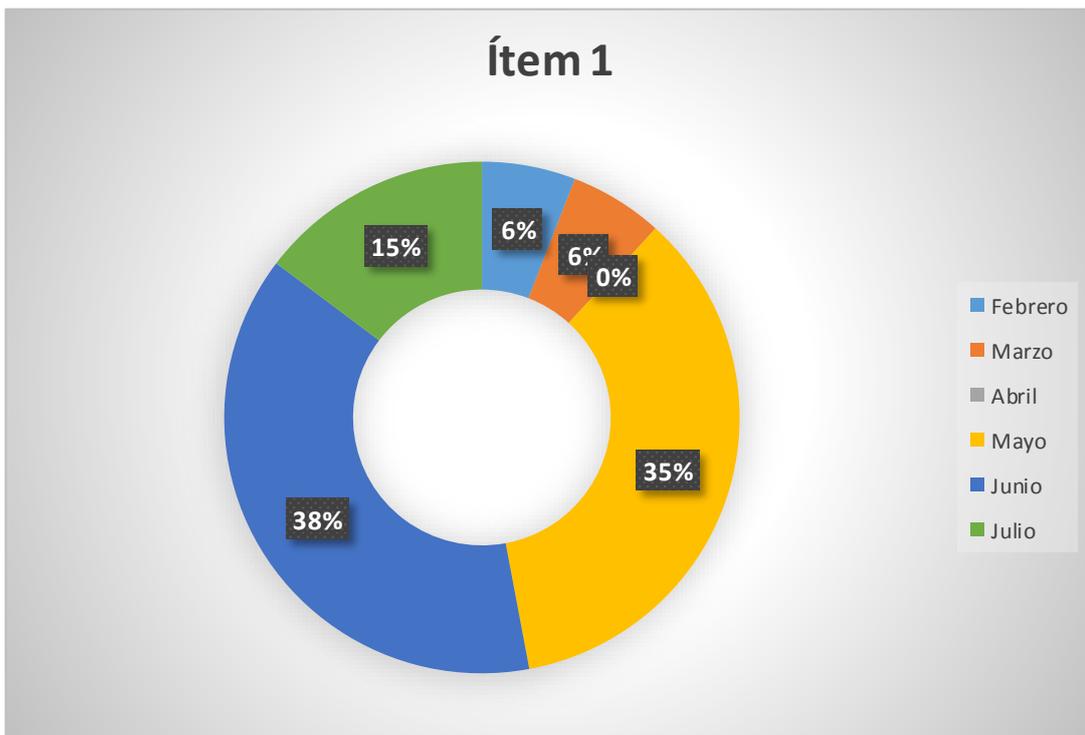
#### 4.2.1 RESULTADO DE ENCUESTAS DE OPINIÓN APLICADOS A PRACTICANTES SEMESTRE A-2020

Se realizó en el mes de agosto la aplicación de una encuesta anexada en este documento y que arrojó los siguientes resultados:

##### Ítem 1: ¿Desde cuándo está atendiendo usted de forma online?

El inicio de la atención en línea se dio en febrero, podría decirse con la llegada del primer caso de coronavirus a Ecuador y por eso 6% de los practicantes comenzaron en este mes a atender. Se sostiene ese porcentaje en el mes de marzo con 6 y disminuye en abril a 0% de practicantes que haya iniciado en este. El cambio de abril a mayo es notorio ya que incrementa a un 35% y coincide con el periodo de gravedad de casos en Guayaquil. En el mes de junio vuelve a incrementar y pasa de 35% a 38% y es después de este pico que empieza a disminuir. La gráfica termina con el mes de Julio que del 38% ha bajado al 15%. El porcentaje podría dar cuenta de la necesidad del espacio de escucha y atención.

Gráfico 1. Respuesta al ítem 1: Inicio de Atención online



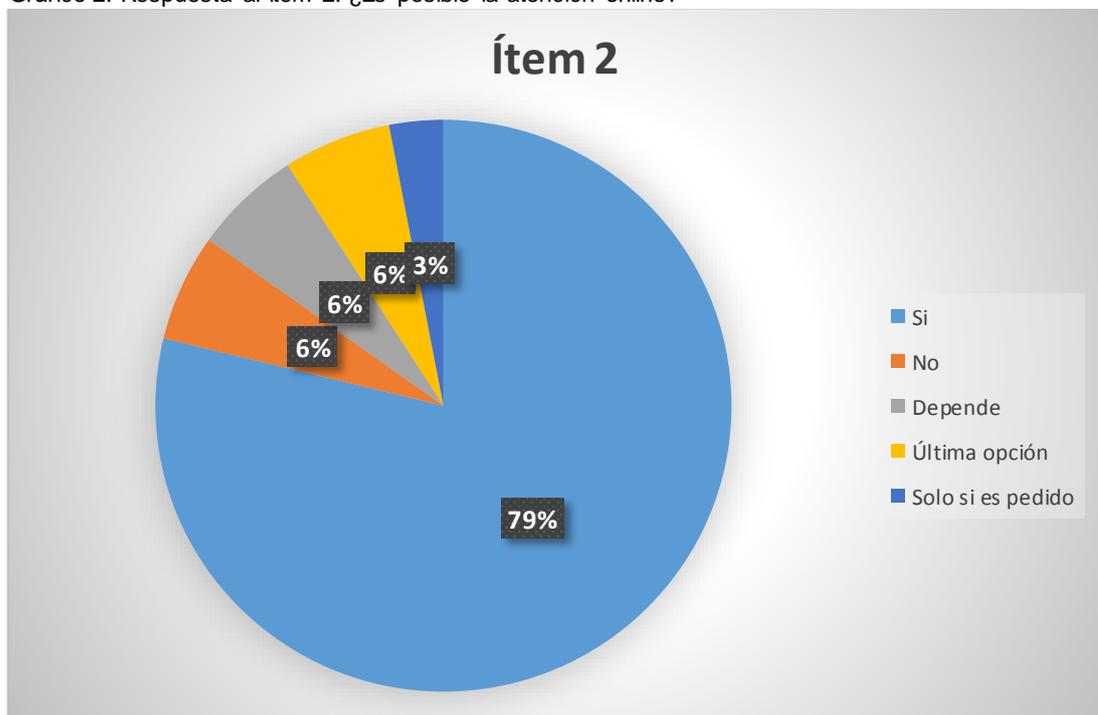
Elaborado por: Barco, J.

Año: 2020

**Ítem 2: ¿Considera usted que es posible la atención psicológica bajo la modalidad online?**

Los practicantes con una mayoría de 79% creen que es posible la atención psicológica en su modalidad online y solo un 6% cree que no es así. Las otras respuestas son: depende del caso 6%, como última opción 6% y solo si lo pide el paciente con 3%. Esta información permite ver la posible apertura de la modalidad online en las futuras generaciones que están a punto de graduarse y abrirse un espacio en el campo.

Gráfico 2. Respuesta al ítem 2: ¿Es posible la atención online?



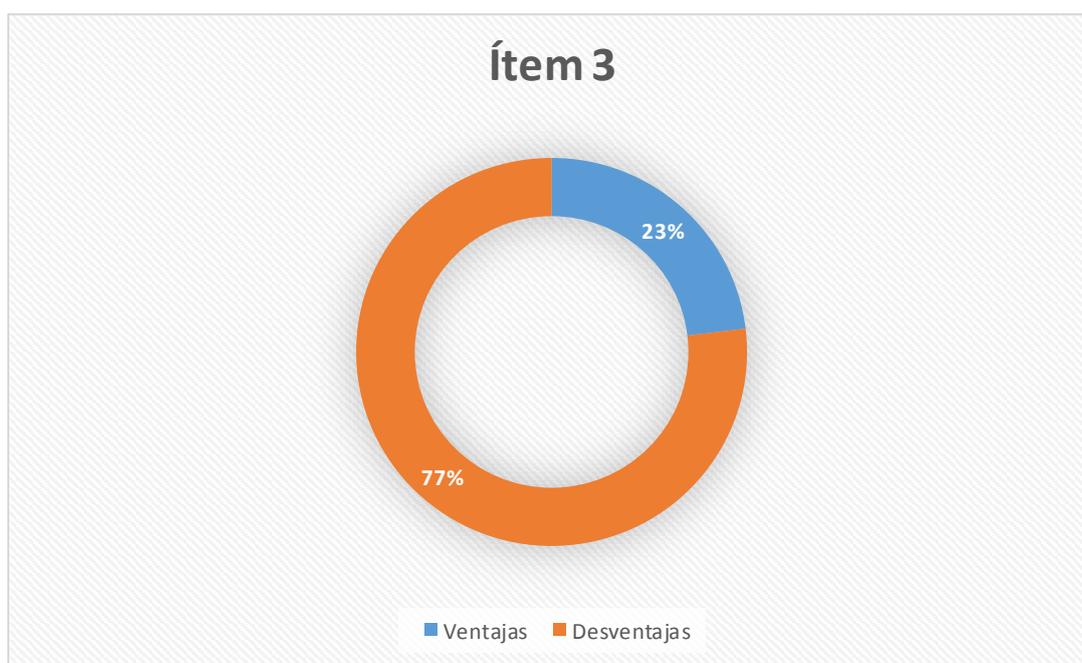
Elaborado por: Barco, J

Año: 2020

### Ítem 3: ¿qué ventajas y desventajas ha encontrado en la atención modalidad online?

Los practicantes han encontrado más desventajas que ventajas y su diferencia es considerablemente notoria, siendo las desventajas en un 77% en comparación con las ventajas en un 23%.

Gráfico 3. Respuesta al ítem 3: Ventajas y Desventajas.

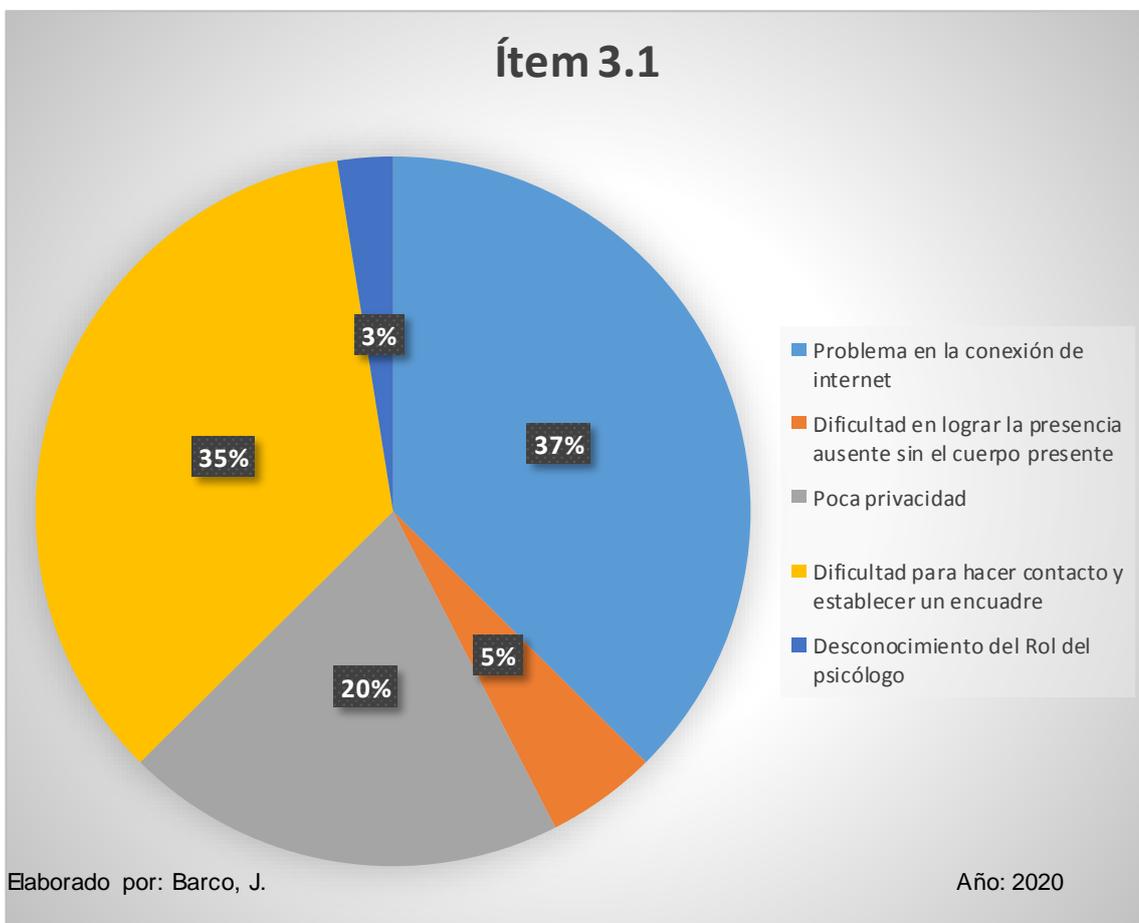


Elaborado por: Barco, J.

Año: 2020

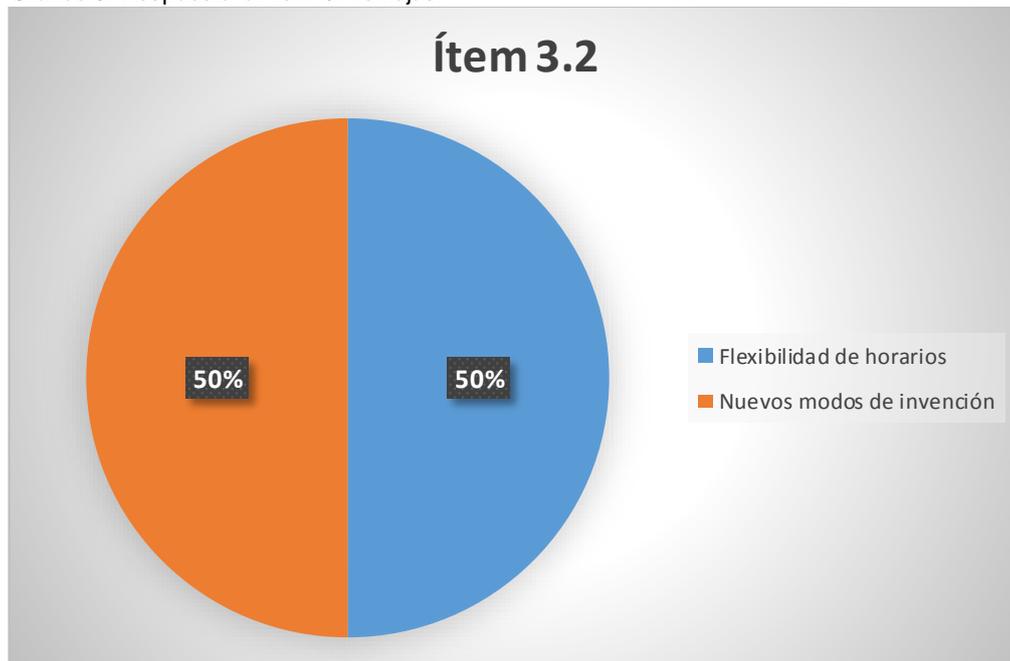
En cuanto a las desventajas se ordenarán de mayor a menor porcentaje de la siguiente manera: problemas de conexión internet con el 37%, dificultad para hacer contacto y establecer un encuadre con el 35%, poca privacidad con el 20%, dificultad con lograr la presencia ausente sin el cuerpo presente y por último desconocimiento del rol del psicólogo con un 3%. Es importante destacar que a pesar de que las desventajas que han manifestado han sido más en porcentaje, son dificultades que podrían ser estudiadas a profundidad y aunque no todo se puede controlar, si se pueden reducir con el tiempo o práctica.

Gráfico 4. Respuestas al ítem 3: desventajas



En cuanto a las ventajas los practicantes notaron dos y estas fueron: flexibilidad de horarios y nuevos modos de invención ambos con el 50%. Lo que equivale a que ambas fueron aceptadas como las únicas ventajas de la atención en modalidad online.

Gráfico 5. Respuesta al ítem 3: ventajas.



Elaborado por: Barco, J.

Año: 2020

**Ítem 4: ¿Considera usted que la pandemia y la cuarentena han disparado los índices de angustia en la población?**

Los practicantes en un porcentaje del 97% encuentran con las experiencias de prácticas que la pandemia y la cuarentena si han disparado los índices de angustia en la población y en un 3% opinan que si pero, porque no lo han podido constatar en los casos que atendieron en práctica.

Gráfico 6. Respuesta al ítem 4



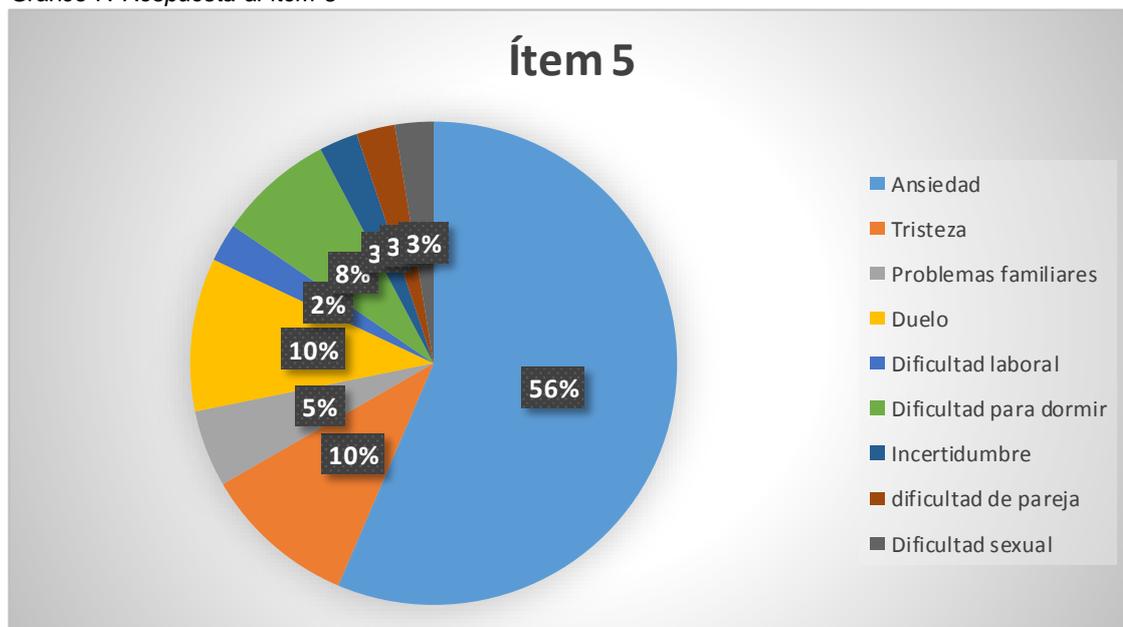
Elaborado por: Barco, J.

Año: 2020

**Ítem 5. Seleccione las opciones que representen el malestar con el que el paciente atendido modalidad online ha iniciado consulta**

Los practicantes destacaron, de mayor a menor, los siguientes síntomas de malestar con las que piden sesión: ansiedad con el 56%, tristeza con el 10%, duelo con el 10%, dificultad para dormir con el 8%, problemas familiares con el 5%, dificultad de pareja con el 3%, incertidumbre 3%, dificultad sexual con el 3% y dificultad laboral con el 2%.

Gráfico 7. Respuesta al ítem 5



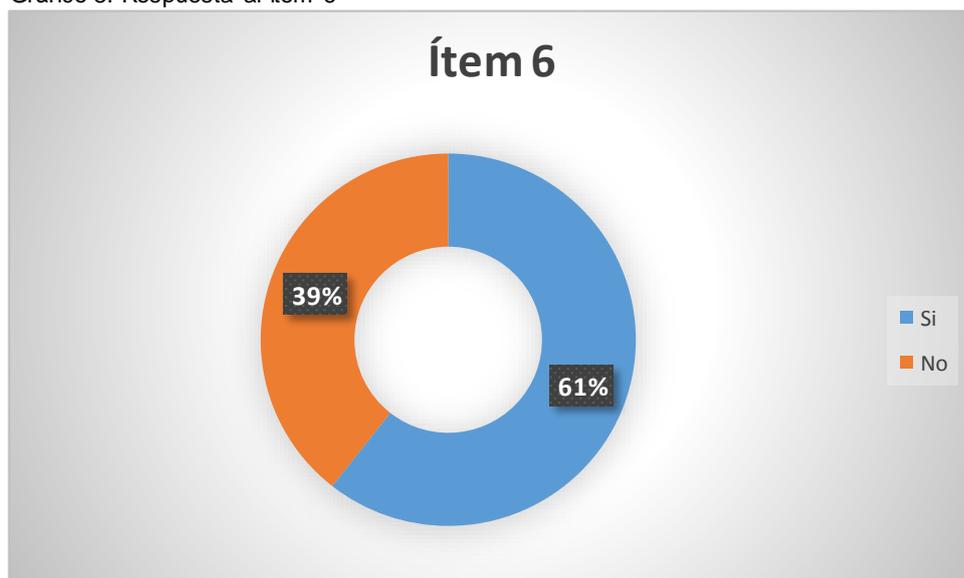
Elaborado por: Barco, J.

Año: 2020

**Ítem 6. ¿Ha recibido usted pacientes que considere en urgencia subjetiva bajo la modalidad online?**

La mayoría de los pacientes considera que si con un porcentaje de 61% y los que no con un porcentaje de 39%. Esto podría indicar que hay un peso considerable para que tomen las urgencias subjetivas como un tema que necesita más investigación y de todas las vertientes posibles.

Gráfico 8. Respuesta al ítem 6



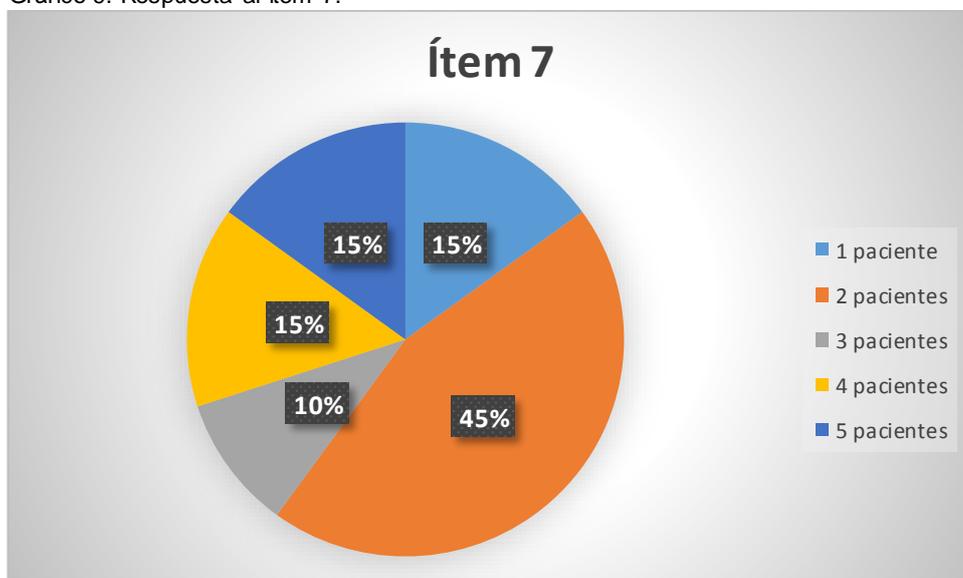
Elaborado por: Barco, J.

Año: 2020

**7. Si su respuesta anterior es positiva ¿cuántos pacientes con urgencia subjetiva aproximadamente atendió bajo la modalidad?**

Los practicantes durante el semestre A-2020 han atendido: 2 pacientes con el 45%, 1 paciente con el 15%, 5 pacientes con el 15%, 4 pacientes con el 15% y 3 pacientes con el 10%. Lo que significa que a pesar de las dificultades pudieron sostener sesiones con cierta cantidad de pacientes y en un periodo de tiempo moderado.

Gráfico 9. Respuesta al ítem 7.



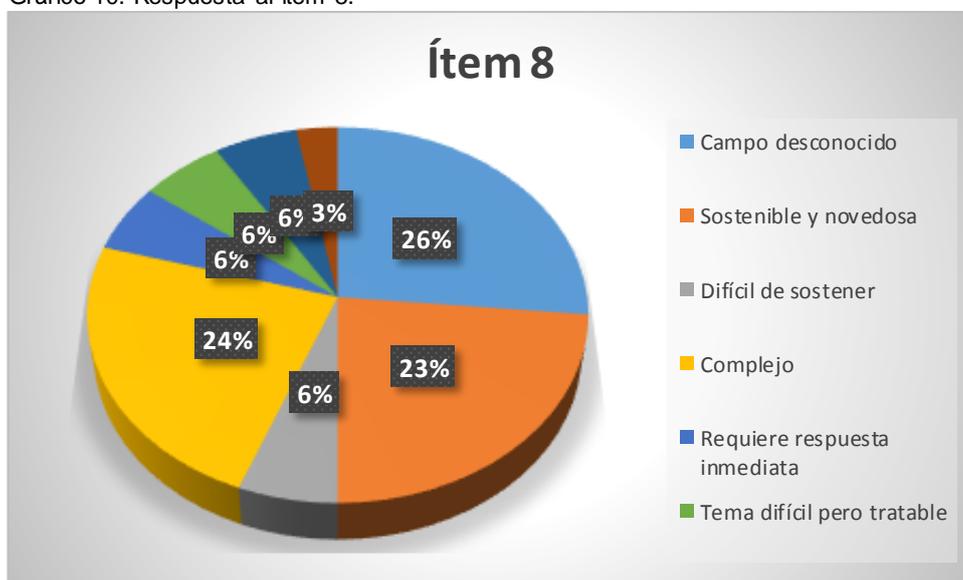
Elaborado por: Barco, J.

Año: 2020

**8. Indique brevemente como considera la atención a la angustia en general y bajo la modalidad online en particular.**

Los practicantes consideran que la atención a la angustia en general es un campo desconocido con el 26%, es complejo con el 24%, es sostenible y novedosa con el 23%. Requiere respuesta inmediata, es un tema difícil pero tratable, difícil de sostener y es necesario que se dé, siendo estos 4 de igual porcentaje con el 6%. Por último, los pacientes no pueden acudir oportunamente con el 3%.

Gráfico 10. Respuesta al ítem 8.



Elaborado por: Barco, J.

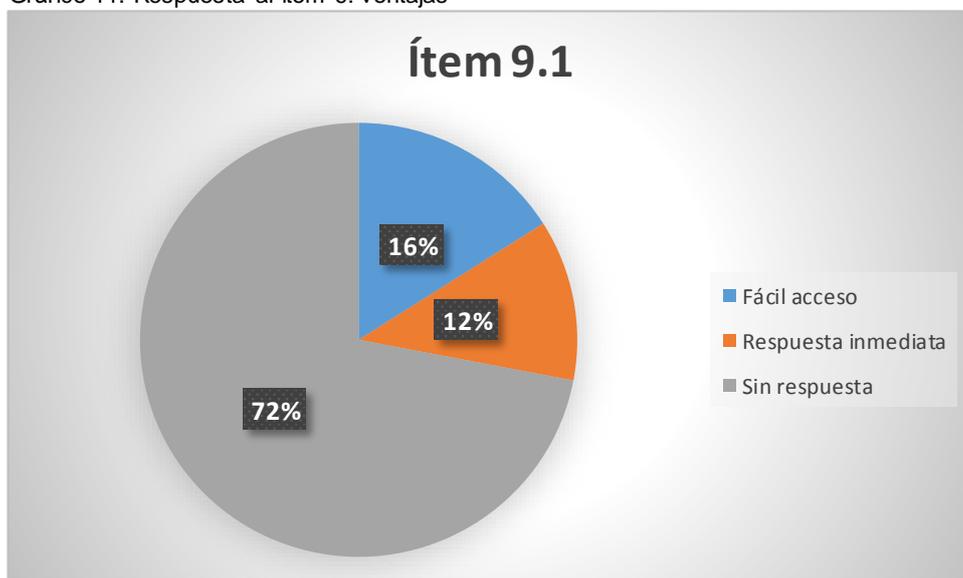
Año: 2020

**9. (Responder solamente si la respuesta de la pregunta 6 es positiva)**

**¿Qué ventajas y desventajas ha encontrado en la atención de urgencias subjetivas modalidad online?**

Los practicantes que no respondieron porque no atendieron urgencias subjetivas dan un total de 72%, en comparación a los que encontraron las siguientes dos ventajas: fácil acceso con un 16% y que se puede dar respuesta inmediata con un 12%. Estas cifras podrían indicar que hay que tener en cuenta todos los aspectos teórico-prácticos a la hora de dar atención y servirse también de las supervisiones.

Gráfico 11. Respuesta al ítem 9: ventajas

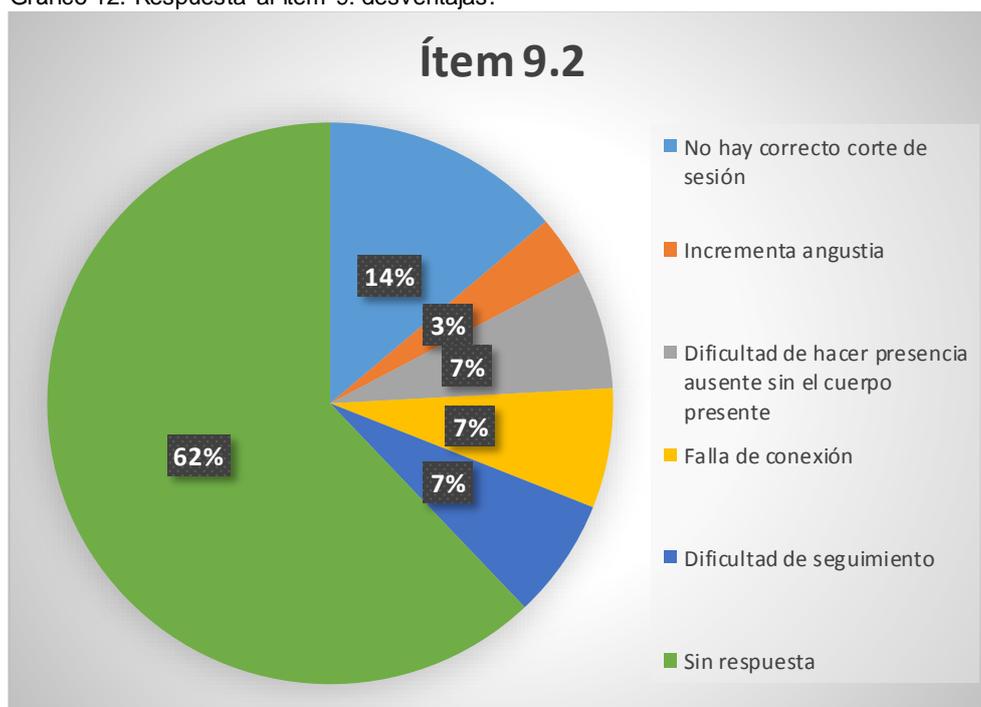


Elaborado por: Barco, J.

Año: 2020

Los practicantes en cuanto que no respondieron porque no atendieron urgencias subjetivas dan un total de 62%, en comparación a los que encontraron las siguientes 5 desventajas: no hay correcto corte de sesión con un 5%, dificultad de hacer presencia ausente sin el cuerpo con un 7%, falla de conexión con un 7%, dificultad de seguimiento con un 7% y finalmente que incrementa la angustia con un 3%.

Gráfico 12. Respuesta al ítem 9: desventajas.



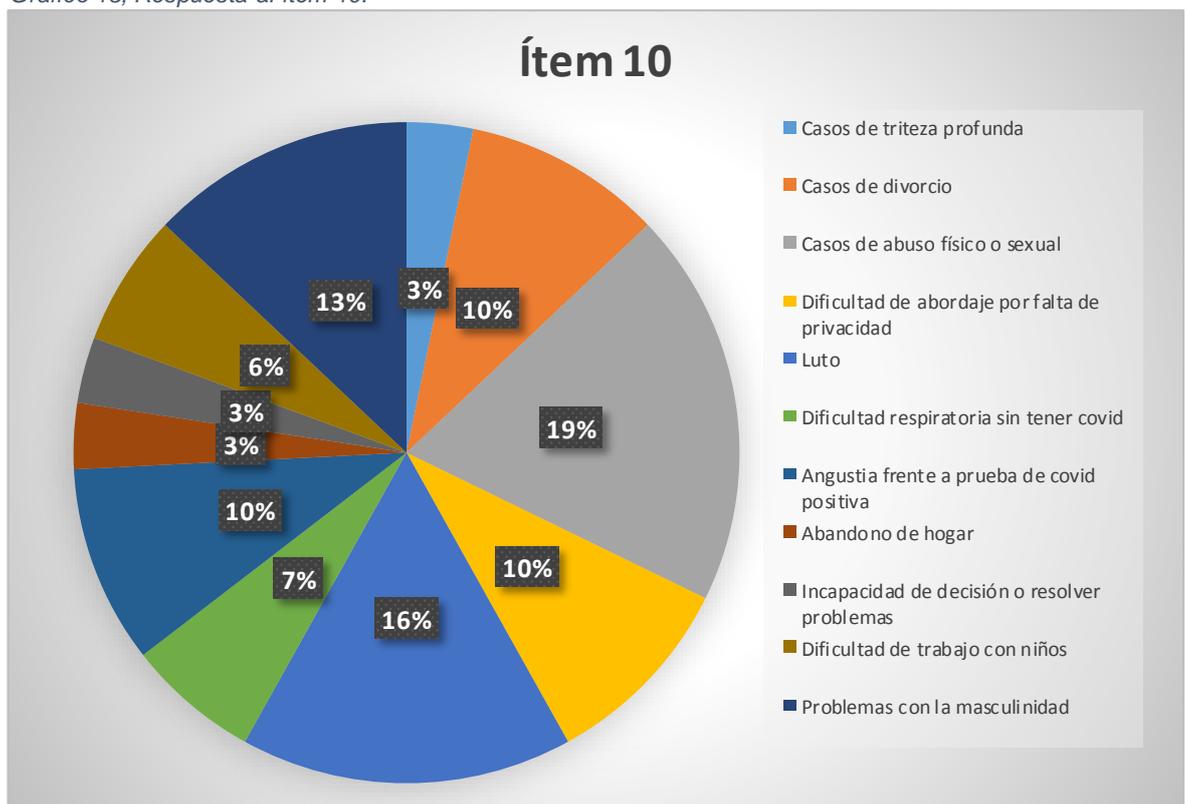
Elaborado por: Barco, J.

Año: 2020

**10. Comente un caso que haya atendido en modalidad online que le haya causado impresión o dificultad.**

Los practicantes compartieron los temas de los casos que más los perjudicaron, de mayor a menor a continuación: abuso físico y sexual 19%, luto 16%, problemas de masculinidad 13%, angustia frente a prueba de covid positiva 10%, casos de divorcio 10%, dificultad de abordaje por falta de privacidad 10%, dificultad respiratoria sin tener covid 7%, dificultad para trabajar con niños 6%, casos de tristeza profunda 3%, incapacidad de decisión o resolver problemas 3% y abandono de hogar 3%.

Gráfico 13, Respuesta al ítem 10.



Elaborado por: Barco, J.

Año: 2020

#### **4.2.1.1 CONCLUSIÓN DE LAS ENCUESTAS**

Los resultados de las encuestas destacaron puntos importantes que se resumirán a continuación:

- Un porcentaje inició en febrero y fue paulatinamente aumentando hasta su pico máximo en junio y en julio disminuyó.

La atención psicológica en línea es una modalidad que puede atender urgencias subjetivas. La accesibilidad permite poder asistir de forma rápida y sin necesidad de traslado que afecte el inicio de sesión. Es gracias a estos avances tecnológicos que se puede armar nuevas modalidades de intervención. La desventaja está en la conexión y que está podría tornar los casos complicados de atención aún más complicados. En el caso de los niños es complicado sostener su atención y la falla de conexión no permitiría hacer presencia ausente sin el cuerpo físico.

- Los practicantes, en su mayoría, creen que si se puede dar la atención psicológica modalidad online y en menor porcentaje el resto de opciones. De las desventajas en su mayoría está de acuerdo con la falla de conexión y en las ventajas está a la par la flexibilidad de horarios con nuevos modos de intervención.
- La mayoría de los practicantes creen que con la pandemia y cuarentena los casos se han disparados los índices de angustia.
- Una parte representativa ha atendido pacientes en urgencia subjetiva.
- Una gran parte de los practicantes cree que la urgencia en general es un campo desconocido y que en su mayoría no sabrían que desventaja o ventaja podría tener en el campo; por eso una parte cree que la ventaja es la respuesta rápida y el fácil acceso.
- Una parte significativa no respondió sobre las ventajas y desventajas por no haber atendido casos de urgencia subjetiva.
- Para una buena parte de los practicantes, el tema más difícil de tratar son los casos de abuso físico y sexual.

## 4.2.2 RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS

Ítem 1. ¿Desde cuándo está usted atendiendo de forma on-line?

Tabla 9. Respuestas al ítem 1

Lcdo. 1	Lcdo. 2	Lcda. 3	Lcda. 4	Lcda. 5
Marzo	No he atendido	No he tenido casos que accedan a la modalidad	Abril	Marzo

Elaborado por: Barco, J

Año: 2020

Ítem 2. ¿Considera usted que es posible la atención psicológica bajo la modalidad online? ¿qué Ventajas y desventajas ha encontrado?

Tabla 10. Respuestas al ítem 2: ¿es posible la atención psicológica?

Lcdo. 1	Lcdo. 2	Lcda. 3	Lcda. 4	Lcda. 5
Si	Si	Si	Si	Si

Elaborado por: Barco, J

Año: 2020

Tabla 11. Respuestas al ítem 2: Ventajas.

Lcdo. 1	Lcdo. 2	Lcda. 3	Lcda. 4	Lcda. 5
Fácil acceso	Horario flexible	Más herramientas que permiten acceder a la sesión	Nuevos modos de invención para tratar la crisis	Tecnología que permite conectar a pesar del distanciamiento social

Elaborado por: Barco, J

Año: 2020

Tabla 12. Respuestas al ítem 2: Desventajas.

Lcdo. 1	Lcdo. 2	Lcda. 3	Lcda. 4	Lcda. 5
No encuentro ventaja alguna	Con casos complicados es difícil sostener	Con pacientes menores de edad no se puede sostener por mucho tiempo.	No poder realizar un corte a la sesión.	Hacer presencia ausente ahí donde no hay cuerpo físico y una falla de conexión pueda causar impasses.

Elaborado por: Barco, J

Año: 2020

Ítem 3. ¿Considera usted que la pandemia y la cuarentena han disparado los índices de angustia en la población? ¿ubica alguna correlación entre la situación actual y la incidencia de casos de angustia?

Tabla 13. Respuestas al ítem 3.

Lcdo. 1	Lcdo. 2	Lcda. 3	Lcda. 4	Lcda. 5
Si y está evidentemente correlacionado.	Si y es notable la correlación. Aunque algunos pacientes no acepten la atención online.	Si y hay correlación ya que las pérdidas han causado muchas disrupciones.	Si y se puede notar ya que las pérdidas han ocasionado un luto muy caótico.	Si y se correlaciona con los casos de covid que padecieron los síntomas más agresivos.

Elaborado por: Barco, J

Año: 2020

Ítem 4. ¿Ha recibido usted pacientes que considere en urgencia subjetiva bajo la modalidad online? Si su respuesta es positiva ¿cuántos pacientes con urgencia subjetiva aproximadamente atendió bajo la modalidad?

Tabla 14. Respuestas al ítem 4: ¿Ha recibido pacientes en urgencia subjetiva?

Lcdo. 1	Lcdo. 2	Lcda. 3	Lcda. 4	Lcda. 5
No	No	No	Si	Si

Elaborado por: Barco, J

Año: 2020

Tabla 15. Respuestas al ítem 4: ¿Cuántos pacientes?

Lcdo. 1	Lcdo. 2	Lcda. 3	Lcda. 4	Lcda. 5
0	0	0	1	5

Elaborado por: Barco, J

Año: 2020

Ítem 5. Indique brevemente como considera la atención a la angustia en general y bajo la modalidad online en particular.

Tabla 16. Respuestas al ítem 5: Atención a la angustia en general.

Lcdo. 1	Lcdo. 2	Lcda. 3	Lcda. 4	Lcda. 5
La atención de la angustia es necesaria por los efectos del distanciamiento	Es importante atender la angustia general ya que afectan el cuerpo.	La atención de la angustia es importante, como en niños y sus diversas manifestaciones	Los casos de angustia en general requieren atención y mucha preparación.	La atención en los casos de angustia generalizada debe apuntar a la búsqueda del origen y no pretender modificarla.

Elaborado por: Barco, J

Año: 2020

Tabla 17. Respuestas al ítem 5: modalidad online en particular.

Lcdo. 1	Lcdo. 2	Lcda. 3	Lcda. 4	Lcda. 5
Las aplicaciones de la telepsicología son bien recibidas y funcionan igual que la presencial con casos de angustia en general.	La atención online ha generado cierto conflicto en los pacientes que ya habían sido atendidos presencialmente con anterioridad.	La angustia puede tener cabida en los casos que requiera un espacio y en este caso online.	La angustia siempre existirá y la modalidad online permitirá atenderla aunque pase la pandemia.	La atención online en la angustia en general es una muestra de las nuevas modalidades de intervención que irán tomando peso.

Elaborado por: Barco, J

Año: 2020

Ítem 6. ¿Qué ventajas y desventajas ha encontrado en la atención de urgencias subjetivas modalidad online?

Tabla 18. Respuesta al ítem 6: Ventajas.

Lcdo. 1	Lcdo. 2	Lcda. 3	Lcda. 4	Lcda. 5
No he atendido	No he atendido	No he atendido	La ventaja es la flexibilidad de horario de atención y de intervención.	La ventaja es la constante construcción de modalidades de intervención que enriquezcan la clínica.

Elaborado por: Barco, J

Año: 2020

Tabla 19. Respuesta al ítem 6. Desventajas.

Lcdo. 1	Lcdo. 2	Lcda. 3	Lcda. 4	Lcda. 5
No he atendido	No he atendido	No he atendido	La desventaja es sostener la sesión hasta el final cuando hay fallo de internet o falla eléctrica o de máquina.	La desventaja es lo complejo de manejar la presencia- ausencia en la sesión.

Elaborado por: Barco, J

Año: 2020

Ítem 7. Por favor comente un caso de urgencia subjetiva que haya atendido en la modalidad online

Tabla 20. Respuesta al ítem 7.

Lcdo. 1	Lcdo. 2	Lcda. 3	Lcda. 4	Lcda. 5
No he atendido	No he atendido	No he atendido	El caso de una adolescente que perdió a su novio producto de la pandemia y cuyo recuerdo le causa problemas respiratorios.	He atendido algunos casos de urgencia subjetiva y en su mayoría han sido crisis del luto.

Elaborado por: Barco, J

Año: 2020

#### **4.2.2.1 CONCLUSION DE LAS ENTREVISTAS**

Los resultados de las entrevistas destacaron puntos importantes que se resumirán a continuación:

- Los pedidos de sesión iniciaron en febrero como efecto de la pandemia que se estaba desarrollando y la llegada de casos a Ecuador.
- La atención psicológica en línea es una modalidad que puede atender urgencias subjetivas. La accesibilidad permite poder asistir de forma rápida y sin necesidad de traslado que afecte el inicio de sesión. Es gracias a estos avances tecnológicos que se puede armar nuevas modalidades de intervención. La desventaja está en la conexión y que está podría tornar los casos complicados de atención aún más complicados. En el caso de los niños es complicado sostener su atención y la falla de conexión no permitiría hacer presencia ausente sin el cuerpo físico.
- La pandemia y la cuarentena dispararon los casos de urgencia subjetiva, lo que lo hace importante de analizar.
- Algunos casos no pudieron pasar o acceder a la atención online, pero si ha habido petición de ayuda y ha habido una atención mínima de 6 casos.
- Todos los entrevistados estuvieron de acuerdo en que es necesaria la atención de la angustia en general y que con la pandemia es importante darle espacio en la modalidad online, aunque el desconocimiento o el temor ocasione que no todos asistan.
- Las entrevistadas que sí lograron atender en línea a las urgencias subjetivas ven como ventaja la flexibilidad de horarios y los nuevos modos de intervención. La desventaja está en sostener la sesión a pesar de las dificultades de conexión y el problema de jugar con la presencia-ausencia.
- Las entrevistadas han atendido en su mayoría casos de pérdida y duelo.

### **4.2.3 CASO 1**

#### **Tema: Prefiero morir de amor**

##### **4.2.3.1 CONTEXTO DEL CASO**

I es un hombre de 34 años que ha sido derivado a consulta por sus ataques de aparente pánico que le han hecho creer que tiene covid y problemas cardiacos. Todos estos síntomas físicos han sido: dolor en el pecho, brazo izquierdo, malestar al respirar, náuseas, mareo, dolor de cabeza intenso, ardor de garganta y presión alta. Ha acudido con muchos médicos y ninguno ha logrado ver en las pruebas de laboratorio que criterios de enfermedad cumple. Ante esa dificultad de diagnóstico y después de muchas pruebas le sugieren ir con un psicólogo, con un psiquiatra o con un neurólogo.

El accede ya que a pesar de que no hallen nada significativo en sus pruebas médicas, el sigue sintiéndose mal y no logra que pase por mucho que se esfuerce. Ante la insistencia de la familia el accede a apartar cita con todos los profesionales de esas áreas descritas y en las diferentes aseguradoras que tiene actualmente. Por causa de la pandemia y el distanciamiento social la atención fue en línea. Adicionalmente, su tiempo libre era limitado y por eso solo podía entrar a sesión una vez por semana en la modalidad online.

##### **4.2.3.2 DESARROLLO DEL CASO**

Pérez (2019) cantó lo siguiente: “Querida muerte, no es cuestión de suerte Si bailas conmigo que sea para siempre” (2da estrofa). I siempre recordaba a su abuelita y la forma en como ella vivió. Ella había fallecido hace 3 años de cáncer a los pulmones y eso nunca la detuvo de seguir fumando. Aunque era eso o morir de diabetes, que también padecía de eso y eso le causaba risa, al recordar todas las enfermedades que habría tenido en vida. Es por eso que de ella aprendió que no se ha vivido si no se ha realizado una maratón con la muerte y eso lo traía presente con mucha insistencia.

Después de hablar a detalle sobre la maratón con la muerte, recordó las tantas veces que lo hizo acompañado y dio detalle de cómo se sumergía en el alcohol por días. O como consumía drogas en sus vacaciones, para no afectar al trabajo y nadie en su familia se fiera cuenta. Llegar a ese extremo no era lo difícil, la duda era ¿por qué? Hasta que en un momento siente dolor de cabeza y teme nuevamente tener covid.

Ya una vez pensado en la posibilidad de covid y que si lo padecía habría sido porque en el trabajo se lo transmitieron recuerda algo, pero decide callar. Cuando se le pregunta menciona que las maratones con la muerte siempre habían sido como un modo de venganza por ese amor que lo lastimó y habla de un ex. Cuando se le pregunta sobre ese ex menciona haberse sentido morir cuando lo dejó y es por eso que él había decidido experimentar todas esas maratones. Insistía en que se lo crea y que era así como quedó con ganas de bailar el vals.

“Desde el punto de vista clínico, la gravedad de los síntomas conversivos, a los que se suma la asiduidad de componentes melancólicos, imprime un sesgo particular a las presentaciones masculinas de la histeria.” (Carbone, Dinamarca, Maugeri, Moreno y Piazze, 2014, p. 121). Esa marcada melancolía con la que narró como esos dolores de cabeza que sentía antes y a veces durante la sesión les recordaba a los dolores de cabeza que le causaba ese ex. Un ex tóxico, decía mientras reía y por eso era algo que le daba pena hablar.

A veces deseaba hablar de su perrita Canela, un perro caniche crema que lo acompañaba en las sesiones y a veces hablaba de lo mucho que le enojaba que su baño no estuviera libre para cuando él llegara del trabajo a sacarse el virus de la ropa. Mencionó que, llegando a la casa, mientras esperaba a que el baño se desocupara sintió taquicardia y un dolor de cabeza intenso. Ese día terminó en urgencias y no era nada grave al final. Se le pregunta si esos síntomas le dan camino al trabajo, a lo que responde con un no pensativo y recuerda que solo le dan cuando está de regreso a su casa.

La incógnita seguía flotando y poco a poco se dirigía hacia una respuesta. No sentía dolor de cabeza cuando iba al trabajo, aclara que a veces en el trabajo le daban crisis y que era muy recurrente que le dieran en el expreso de camino a la casa. Se seguía retornando a estos puntos sueltos, hasta que se detiene y susurra “es que no le he dicho que soy gay”. Se le pide que repita porque se entrecortó el audio y esta vez lo dijo más seguro “es que soy gay”.

En las sesiones posteriores a esa llega con la petición de poner de fondo a Lana del Rey y se le permite reproducir las canciones, pero bajita. Eso también le apena, porque a su mamá le molesta que el escuche ese tipo de música y aunque se le recalca que es su espacio, deja el volumen muy bajito. Comenta que cuando su mamá se enteró de que él había consumido marihuana le pidió que no lo volviera a hacer y que fue así como le pidió que no escuchara esa música deprimente. Se le pregunta al respecto y dice: “No puedo volver a lo tóxico de la droga y tampoco a lo tóxico de la música, porque me hace mal”.

“En la histeria masculina, en cambio, los traumas e intoxicaciones adquieren más peso en la etiología de la afección, así como la combinación con la neurastenia, de aparición “frecuentísima.” (Dinamarca et al., 2014, p. 123). La historia con el ex tóxico sale nuevamente y menciona como él le fue infiel en muchas ocasiones. Las perdonó todas hasta que su abuelita le mencionó que debía valorarse y hasta ahí lo perdonó. Desde ahí ha caído en una espiral tóxica y sale que solo ha cambiado la forma en como intoxicarse.

El amor serviría para evitar la castración, pero da paso a la posición femenina frente al padre. El diablo en el arte, se representa en los matices como una mujer, es dilucidada como una solución de compromiso: castrar al padre para así poder negar la propia castración. Pero la feminización de la imagen diablo obtiene también otra significación: el recurso a la madre todopoderosa a la que ha quedado fijado. Sería la identificación con la persona muerta o con la persona viva que desea la muerte y sería el autocastigo por el deseo de muerte de padre odiado (Dinamarca et al., 2014, pp. 124-125).

Una vez recordado este detalle el intenta regresar con él y vuelve a fracasar dicho encuentro. Es ahí donde decide cortar toda relación con él, pero se da cuenta que comparten el mismo trabajo y el mismo expreso. Al final del día viven a cuerdas de distancia y eso siempre lo marcará. Es el detalle que el comenta lo hace idéntico a su abuela, fumar aunque ya no le queden pulmones y bailar con la muerte.

#### **4.2.3.3 PUNTOS CLAVE DEL CASO**

- Síntomas fuertes que lo afectan físicamente y aluden al cuadro de covid o el cuadro de arritmia cardiaca.
- Antecedentes con excesos de droga y alcohol.
- Identificación con la abuela fallecida.
- Fijación con la muerte y lo tóxico.
- Ex pareja le fue infiel y no era aprobado por la abuela.

## **4.2.4 CASO 2**

### **Tema: Un llanto en el desierto**

#### **4.2.4.1 CONTEXTO DEL CASO**

T es una mujer de 65 años que fue derivada por trastornos de sueño y del que estaba usando fármacos para poder descansar por las noches. Inicialmente era un tratamiento de 15 días de evolución y periodo paulatino de retirada de fármacos que no se dio al momento en que transcurrió el periodo de tiempo máximo. Le agendan consulta con el temor de que se vuelva farmacodependiente y le cause efectos secundarios severos. Aunque, inicialmente no era algo que ella buscaba, aceptó y acordó con su hija no faltar a las sesiones modalidad online.

#### **4.2.4.2 DESARROLLO DEL CASO**

En la primera sesión T inicia diciendo que ella está bien y que no necesita ninguna ayuda. Ella no ha perdido nada y está entera. Es a partir de este punto que comienza a llorar y decirse entre sollozos: “si pienso que está de viaje, no está muerto y no sentiré dolor”. T se negaba a mencionar algo sobre el fallecimiento de su hijo y parecía querer negarlo todo el tiempo que pudiese. Hasta que en la sesión llegó a un punto en que no pudo negarlo más y en un suspiro dijo: “No sé si algún día deje de llorar y si todo esto resulte”.

T en sesiones consecuentes decía estar harta de llorar y de querer evitar el tema de su hijo. Es por eso que ha optado por ecerrarse y aprovechar la cuarentena para no tener que lidiar con todo lo que el proceso de luto tiene de fondo. El trabajo del duelo de T apuntaría inicialmente a un tipo de desapego de las marcas distintivas y en virtud de las cuales el objeto perdido estaba integrado a la subjetividad. Hablar del tema, aunque la ayudaba a desanudar el nudo en la garganta, también ayudaba a desanudar el llanto y aunque al final sentía paz, detestaba el proceso (León-López, 2011, p. 69).

T por momento parecía conseguir liberar la tensión, pero siempre había una trsiteza más y retornaba junto con el recuerdo de su hijo que no quería recordar. Menciona que es porque en la iglesia había escuchado que, si se piensa o se llora mucho a un muerto, este no descansaría en el cielo y cuando ella oraba por su descanso su recuerdo le afectaba por lo que ella no lograba descansar. En este punto, en cuanto al goce de la privación, en la estructura histórica, no puede dejar de suponer el horizonte del goce absoluto -el goce del Otro (JA)- del cual sabe, en efecto, proponerse siempre como exiguo. La queja histórica localiza así un trampolín ideal para relanzarse (Schejtman y Godoy, 2008, p. 123).

Es una imagen que a pesar de que no la vio, ya que ese hijo fue estable al hospital y días después le notificaran del fallecimiento, un rostro lleno de dolor para ella era la muestra más amarga de que él habría sufrido. No pudo estar con él en el hospital y tampoco pudo hacerle un funeral. Tenía entonces ideas armadas de todo lo que pasó y que no podía soltar porque era lo poco que podía tener con ella. Era un constante recordar que ella no pudo estar y que su hijo murió solo.

Estar en ese circuito de sufrimiento, en el que ella lloraba y oraba por su hijo, a lo que este retornaba a reclamarle por el descanso que no tiene se iban los días. A causa de eso habría perdido todo apetito o perdido todo interés en salir. A lo que finalmente algo salta de su historia, una ex jefa de trabajo que habría fallecido un mes después de su hijo y de lo que no sabía que hacer. Se le sugiere que en su memoria pueda cocinar el plato favorito de ella y con eso empieza por medio de la cocina a probar cosas nuevas.

León-López trabaja sobre este punto del duelo a continuación:

La alteridad del otro en su singularidad es entonces el punto irreductible del duelo, un más allá del duelo que implica el consentimiento de la pérdida (...) en relación con la capacidad del sujeto de sustituir un objeto por otro, sino también en relación con el hecho de que tal sustitución pueda realizarse de manera completa, absoluta, sin resto.

La sustitución del objeto no logrará jamás hacer olvidar la alteridad, la cual es la causa del deseo, causa inolvidable, por lo demás.

Este proceso de negar la muerte de su hijo, que pasa por el llanto y la reflexión. A su vez pasa por otra pérdida y es en ese punto que puede plantearse hacer algo más allá. Los recuerda, pero ya no les retorna desagradable y dolientes. Más bien hace algo con el recuerdo y les cocina, aunque ya no puedan disfrutar. Es el recuerdo más agradable de los momentos que pasaron con esas dos personas importantes y que ahora, en ese punto de la sesión dice: “ahora ya descansan y ahora yo también descanso, la vida continua.”

#### **4.2.4.3 PUNTOS CLAVE DEL CASO**

- Dificultad para dormir, siente cansancio, pero sin sueño.
- Llora mucho y se niega a creer que su hijo a fallecido.
- El dolor por ratos disminuye y por ratos regresa como una fuerte oleada.
- Logra suavizar la imagen de la muerte y del velorio de su hijo que nunca presencié.
- A través de la comida logra armar recuerdos más suaves y menos dolientes de su hijo/ex jefa.

## **4.2.5 CASO 3**

### **Tema: Me desgarró ver a mi propia hija**

#### **4.2.5.1 CONTEXTO DEL CASO**

N es una mujer que estaba por graduarse de la universidad cuando quedó embarazada de su ahora ex pareja y del que la diferencia de edad solo tornaba la situación más sensible. Esa ex pareja niega ser el padre y la abandona. Comenta pasar un embarazo tortuoso en el proceso de titulación de la licenciatura en psicopedagogía y que sumado a las malas noches pensó en renunciar. Su embarazo llega a término y al nacer, empieza las complicaciones. La culpa no la dejaba dormir o trabajar o hacer su jornada diaria por lo que ella decide ir a consulta de atención psicológica en la modalidad online.

#### **4.2.5.2 DESARROLLO DEL CASO**

En la primera sesión no puede evitar llorar, intensamente y decir entre sollozos lo mala madre que es. Cuando logra calmarse cuenta que los primeros meses después de haber tenido a su hija y cuando la despertaba por la madrugada le daba de lactar mientras lloraba. Muchas veces se le pasó por la mente deshacerse de ella y que en el fondo sentía rabia por no haberla abortado. Un día de tantas malas noches acumuladas lo pensó y cuando pensó que lo iba a terminar haciendo su madre la interrumpió justo a tiempo.

Eso que casi iba a desembocar en una tragedia, terminó siendo solamente un momento de crisis y dejó a la bebé con su mamá. Todo ese periodo de 6 meses transcurrió relativamente rápido y a causa de ese altercado, su mamá la ayudaba un poco más. Se anima a armar con su nueva pareja un bautizo para su hija y el día del evento se entera que su ex se ha casado con otra mujer. Eso ocasionó que en todo el día no pudiera ver a la niña, ya que si se le acercaba le daba arranques por gritarle que debió abortarla y no debió tenerla.

En este punto se detiene y se queda en blanco. Así ocurren en ocasiones en que el recordar esos eventos que ella los ha vivido como fuertes, la dejan suspendida entre la última palabra pronunciada y el silencio. Hasta que en una sesión menciona que la niña está muy enferma, que no encuentran el origen y ella cree que es porque ella le echó una maldición al haber deseado abortarla. Se le pregunta si alguna vez habría escuchado el término depresión postparto y que si durante los primeros 6 meses de la hija trató de visitar a un psicólogo o un psiquiatra.

Aunque ella había escuchado algo similar antes, no se había dado cuenta que ella hubiera podido pasar por algo similar y pareciera que se hubiera quedado fijada en el término mala madre. "...cualquier reproche que habitualmente se le hace a las mujeres tiene que ver con las características de la histérica, en ocasiones haciendo incluso alusiones caricaturescas de la feminidad, con sus mejores o peores rasgos acentuados y deformados." (Hernández, 1999, párr. 8). Es allí cuando recuerda nuevamente a su ex y cuando él recibe la noticia del embarazo, le pide que aborte, por lo cual ella se niega. A partir de este punto cita a su ex: "Es tu decisión tenerla, un bebé no amarra a nadie y a mí no me vas a obligar a estar en este lugar, yo no quiero ser padre. Por eso te abandono, por esa decisión tonta que tomaste y espero que haya sido la mejor"

León trabaja en su documento "El vuelo: entre feminidad y maternidad" lo siguiente sobre la madre:

...oponiendo al deseo oscuro de la madre en su aspiración a la muerte, el trabajo de hilar y trenzar de la mujer, lo que podemos interpretar como el trabajo de vestir, bajo el velo de su propia castración, el misterio de la sexualidad. Cada mujer en su vida debe no sólo atravesar sino tomar posición en relación con ese misterio a partir de su propia relación con la satisfacción sexual, la cual incluye necesariamente una escritura de lo imposible de la relación sexual, lugar del síntoma y posibilidad de inscripción de lo femenino. (p. 113)

N había construido una relación con un hombre que al momento de quedar embarazada la rechaza y es ese rechazo a su maternidad que le retorna insoportable. Se fija a ese eco de mala madre y en secreto desea haber abortado para poder estar con ese hombre que en su momento amaba. Un espacio que le permitió mejorar la calidad de vida y del que ha ido trabajando como su hija ya no tiene más esa maldición. No ha cambiado la situación drásticamente, pero le ha permitido cuestionarse las cosas que pasaron y armar una familia con su actual pareja.

#### **4.2.5.3 PUNTOS CLAVE DEL CASO**

- Culpa intensa por haber deseado la muerte de su hija.
- Siente dolor cuando la ve al rostro porque le recuerda a su papá.
- Hay ecos en su discurso de que es la mala madre.
- Recuerda que su ex la dejó porque ella decidió ser madre.
- Está rearmando conceptos que antes no se había cuestionado.

## **4.2.6 CASO 4**

### **Tema: Miedo a lo que no puedo ver**

#### **4.2.6.1 CONTEXTO DEL CASO**

W es un hombre de 48 años que fue derivado a la practicante Barrios, Valeria por ataques de pánico, altos niveles de angustia y miedo a morir. La situación de la pandemia no le ayuda e incrementa la sensación alarma. Sumado a ciertas creencias de que en su vida pudieran ocurrir cosas malas en cierto determinado tiempo y que por eso el dejaría cosas inconclusas. Finalmente, por todo esto de trasfondo accede a acudir a consulta de atención psicológica en la modalidad online.

#### **4.2.6.2 DESARROLLO DEL CASO**

Desde la primera sesión se mostró bastante conmovido por el tema de la pandemia, expresando que tenía mucho miedo a morir. Se le preguntó desde cuándo empezaron estos miedos, y contó que él sentía que cada diez años en el mes de Marzo, a él le pasaban cosas malas. Manifiesta que hace 10 años atrás, diagnosticaron a su hijo con una cardiopatía muy compleja, la cual los doctores del país le dijeron que definitivamente no pueden operarlo, por lo que él pensó que su hijo se iba a morir. De alguna forma, el paciente W explica que cuando le dijeron eso, él sentía que era él quien se iba a morir. “Tenía miedo de morirme, de dejar solo a mi hijo. Si yo me moría, mi hijo no podría desenvolverse bien”. El paciente introyecta este problema de su hijo y lo adopta en él.

Capetillo (1988) trabaja lo siguiente sobre la neurosis obsesiva y como reconocerla:

...este punto en el obsesivo la huella mnémica de la representación persiste en la conciencia aunque desprovista de su vínculo con la carga

afectiva, la cual es desplazada por circuitos asociativos a otras representaciones originalmente sin valor afectivo para el sujeto, pero que lo adquieren precisamente por este desplazamiento instaurado por la represión. (p.45)

Es entonces que la idea de morir se ha quedado y el afecto se ha desviado a otra parte. Algo de esa idea de que va a morir o de que cada 10 años algo malo pasa puede estar encubriendo algo que prefiere ignorar. Estos puntos del discurso pueden dar y resonar en la memoria teórica para construir un caso.

Ahora, 10 años después, en el mismo mes, dice que el coronavirus le ha producido un miedo intenso a morir. Incluso cuenta que ha llegado al punto de hablar con su hijo menor de 8 años y decirle que “Hijo, yo me voy a morir pronto”, acompañado de actos de rechazo hacia su hijo porque “No quiero hacerle daño”, refiriéndose a que no quería contagiarlo. Esto se debe a que en las últimas semanas él tuvo que regresar al trabajo presencialmente, y aún así tenga que utilizar su traje especial, mascarillas y visores para protegerse del virus, él sigue sintiéndose expuesto. Es por esto, que asegura que en cualquier momento se puede contagiar y morir, dejando solos a sus dos hijos.

Se le preguntó un poco acerca de su infancia y es en ese momento en que se empezaron a atar cabos. Cuenta que tuvo una infancia muy linda ya que vivía con sus abuelos en el campo, lugar que él adoraba. Era un niño muy consentido y “protegido” por su abuela. Después, fue el paciente mismo que empezó a explicar que siempre tuvo miedo de dormir solo, nunca había podido hacerlo. Desde pequeño siempre durmió con su abuela, y ahora de adulto siempre duerme con su esposa. Se le cuestionó el por qué cree que no puede dormir solo y responde que le tiene terror a la oscuridad. Añade con sorpresa “tengo mucho miedo a lo que no puedo ver”. Se le hizo un señalamiento: “Tal como el coronavirus, el cual tampoco puede ver... ni controlar”. Se sorprende del señalamiento y asiente con la cabeza sonriendo.

Esta interpretación le conmovió a tal punto que explicó que en su trabajo él es capaz de subirse a grandes alturas y no tener nada de temor, porque “lo estoy viendo, sé cómo controlarlo”, y por ende, el miedo excesivo a morir a partir de la pandemia, estaría un poco más claro que antes de las sesiones.

#### **4.2.6.3 PUNTOS CLAVE DEL CASO**

- Dificultades familiares por no querer recibir ni dar afecto
- Idea de que él va a morir antes que su hijo
- Idea y temor de que le va a dar coronavirus
- Rechaza toda expresión de afecto porque puede transmitir
- La idea de que lo que puede ver lo puede controlar le da calma

## 4.2.7 CONTRASTE DE PUNTOS CLAVE DE CASOS

Figura 9. Puntos clave de cada caso.

Caso I	Síntomas fuertes que lo afectan
	Antecedentes con excesos de droga y alcohol.
	Identificación con la abuela fallecida.
	Fijación con la muerte y lo tóxico.
	Ex pareja infiel no era aprobado por la abuela.
Caso T	Dificultad para dormir, siente cansancio, pero sin sueño.
	Llora mucho y se niega a creer que su hijo a fallecido.
	El dolor por ratos disminuye y por ratos regresa como una fuerte oleada.
	Logra suavizar la imagen de la muerte y del velorio de su hijo que nunca presenció.
	A través de la comida logra armar recuerdos más suaves y menos dolientes de su hijo/ex jefa.
Caso N	Culpa intensa por haber deseado la muerte de su hija.
	Siente dolor cuando la ve al rostro porque le recuerda a su papá.
	Hay ecos en su discurso de que es la mala madre.
	Recuerda que su ex la dejó porque ella decidió ser madre.
	Está rearmando conceptos que antes no se había cuestionado.
Caso W	Dificultades familiares por no querer recibir ni dar afecto
	Idea de que él va a morir antes que su hijo
	Idea y temor de que le va a dar coronavirus
	Rechaza toda expresión de afecto porque puede transmitir
	La idea de que lo que puede ver lo puede controlar le da calma

#### 4.2.8 CONCLUSIONES DE ESTUDIOS DE CASOS

Los resultados de los estudios de caso arrojaron los siguientes puntos:

- La mayoría de los casos presentados, la crisis sanitaria en Ecuador y la llegada de casos a Guayaquil hizo que acudieran a consulta psicológica.
- La mayoría de los casos presentados presentaron dificultades para la consulta presencial y se los pudo sostener en la modalidad online.
- La mayoría de los casos la pandemia y la cuarentena dispararon los índices de angustia.
- Todos los casos presentados desconocían del espacio y desconocían de su situación u origen del malestar.
- Todos los casos intentaron ignorar sus síntomas hasta que se tornaron insoportables y aun así no pudieron conseguir ayuda en los primeros momentos
- La mayoría de los casos a pesar de las fallas de conexión pudieron asistir de forma consistente a las sesiones.
- Dos de los 4 casos presentaron temor a covid, uno de depresión postparto y otro de duelo.

### 4.3 CUADRO COMPARATIVO DE LOS ESTUDIOS DE CASOS

Tabla 21. Cuadro comparativo de los estudios de casos.

<b>Encuestas</b>	<b>Entrevistas</b>	<b>Estudios de casos</b>
Inicio en febrero	Inició en febrero	Inició en febrero
Sí se puede dar la atención modalidad online	Si se puede atender urgencias subjetivas en la modalidad online	Pudieron sostener sesiones en la modalidad online.
La pandemia y cuarentena dispararon los niveles de angustia	La pandemia y cuarentena dispararon los niveles de angustia	Se vieron afectados en su mayoría por las noticias de la pandemia y la cuarentena.
Una parte ha atendido pacientes en urgencia	No todos los casos de urgencia lograron acceder a la atención online	Había mucho desconocimiento en cuanto a qué pedir y cómo pedir la sesión.
Una parte desconoce del tema de urgencias	Todos reconocen que es necesario la atención en general de angustia y como nuevo modelo intervención la online	Todos los casos intentaron ignorar sus síntomas hasta que se hicieron insostenibles y aun así hubo dificultad.
Una parte significativa no supo responder	Ventaja: flexibilidad de horarios y los nuevos modos de intervención	A pesar de las fallas de conexión buscaron sostener las sesiones.

Una parte significativa encuentra dificultad en los casos de abuso	Atención de urgencias subjetivas en casos de pérdida y duelo.	Dos de los 4 casos presentaron temor a covid, uno de depresión postparto y otro de duelo
--	---	--

**Elaborado por: Barco, J.**

**Año: 2020**

## CONCLUSIONES

El estudio de caso permitió a través de las encuestas conocer la perspectiva de una parte de los practicantes, a través de las entrevistas conocer la perspectiva de los profesionales y mediante las viñetas conocer la perspectiva de los pacientes. Lo que permitió reducir toda la información a 7 puntos muy importantes y que guardan una similitud notoria:

1. Desde que desató la noticia de la pandemia los casos de urgencia subjetiva detonaron;
2. Aunque haya más desventajas actualmente, si se puede sostener las sesiones online;
3. La cuarentena puso más presión sobre las crisis subjetivas;
4. Las urgencias subjetivas siguen siendo un tema nuevo y es por eso que puede dificultar el inicio, el desarrollo o el cierre de las sesiones;
5. La modalidad online es una herramienta respetable que puede seguir siendo trabajada para adaptarse a los cambios socio-políticos;
6. La modalidad online tiene por el momento más desventajas que ventajas y es importante conocerlas para poder responder cuando estas ocurran y por último
7. Tener nociones básicas de los conceptos permite identificar de forma rápida el tema que podría estarse abordando y permite pensar en una mejor intervención con el paso de sesiones.

En conclusión, para pensar en una problemática se debe tomar en cuenta todos los aspectos que la rodean y buscar las formas de hacer con la falta de información. En definitiva, no-todo se puede conseguir con la formación académica, también se necesita de la práctica y de la lectura clínica. El objetivo no es responder a todas las problemáticas y cubrir las necesidades, más bien sería dar un espacio al principio del debate. Es finalmente, una de las vías que se puede optar y de la que se reconoce que no es perfecta, pero es la que se ajusta a la particularidad de esta investigación.

## RECOMENDACIONES

En el recorrido universitario, en el proceso de investigación, en el marco de la práctica y en la asistencia de seminarios o conferencias se ha descubierto que el profesional no cesa de estudiar. Es el constante tropiezo con la imposibilidad, el no-todo, lo que lleva a buscar un saber hacer y un saber escuchar. La modalidad en línea es un campo relativamente nuevo y es consecuente a los avances que la tecnología ofrece. Es importante poder mantenerse en constante aprendizaje, evaluación y cambio para poder hacer una oferta de trabajo más dinámica.

El proceso que se tomaría llevar a cabo para poder estar actualizado sobre la sociedad cambiante, no implica como desarrolló Belaga, que el trabajo con el ser hablante se volverá inconsistente y errante. Más bien implicaría que no se puede universalizar el abordaje, así como tampoco se puede generalizar el origen del malestar y esto convocaría a los profesionales a apostar por las nuevas técnicas en la consulta. Es un más allá de todo lo escrito por autores pasados y es un constante leer las nuevas manifestaciones en el ser hablante post-moderno. Es por eso que se concluiría por recomendar que se estudie las ventajas y las desventajas de las modalidades que existen para ofrecerlas y no caer en confundir las desventajas con los impasses propios de una consulta común.

## REFERENCIAS

- Abízano, R., & Vargas, D. (2019). De la angustia al dolor: acting-out, pasaje al acto y duelo en la clínica de la anorexia y bulimia. *Revista universitaria de psicoanálisis*, 19, 71-78.  
[http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos\\_completos/revista19/abinzano.pdf](http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista19/abinzano.pdf)
- Alliance World Wide Editing. (s. f.). *Emergencias/Urgencias*. AWEWE.  
Recuperado 21 de julio de 2020, de  
[http://www.emawwe.com/espana/libros/emergencias\\_urgencias#:~:text=la%20definici%C3%B3n%20de%20Urgencia%20es,sufre%20o%20de%20su%20familia%E2%80%9D](http://www.emawwe.com/espana/libros/emergencias_urgencias#:~:text=la%20definici%C3%B3n%20de%20Urgencia%20es,sufre%20o%20de%20su%20familia%E2%80%9D).
- Ávila, A. (s. f.). *Psicoanálisis, Psicoterapias De Orientación Psicoanalítica y Efectividad Terapéutica*. Academia. Recuperado 2020, de  
[https://www.academia.edu/4258639/PSICOANALISIS\\_PSICOTERAPIAS\\_DE\\_ORIENTACION\\_PSICOANALITICA\\_Y\\_EFECTIVIDAD\\_TERAPEUTICA](https://www.academia.edu/4258639/PSICOANALISIS_PSICOTERAPIAS_DE_ORIENTACION_PSICOANALITICA_Y_EFECTIVIDAD_TERAPEUTICA)
- Barrantes, L. (2017). Relevancia de la hermenéutica diatópica de Boaventura De Sousa-Santos para la enseñanza de la cultura en las clases de lengua. *Revista Educación*, 41(2), 1-13.  
<https://doi.org/10.15517/revedu.v41i2.23234>
- Belaga, G. (Ed.). (2004). *La urgencia generalizada*. Grama Ediciones.
- Belaga, G. (2006). Equipo de urgencias subjetivas. *Virtualia*, 14, 2.  
<http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/Ce6AjfoPGXYOwxUeDcpLn3Jly6HiObXhTgx5zGOG.pdf>
- Benítez, M. C., Gutiérrez, M. A., & Lhoeste, A. E. (2018). Capítulo 2 Enfoques Teóricos Que Soportan El Programa De Psicología [Libro

electrónico]. En *Enfoques, Teorías y Perspectivas de la Psicología y sus Programas Académicos* (CDD 21 ed. ed., pp. 27-28).

<https://www.cecar.edu.co/documentos/editorial/e-book/enfoques-teorias-y-perspectivas-de-la-psicologia-y-sus-programas-academicos.pdf>

Benito, E. (2008). Psicoterapia y Psiquiatría. *Revista Psiencia*, 1(1), 3.  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4821170.pdf>

Calderón, S., & Ortega, J. (2009, julio). *Guía para la Elaboración de Diagramas de Flujo*. Evalperu.  
<http://evalperu.org/sites/default/files/resources/file/3.%20MPNGE%20guia%20diagramas-flujo-2009.pdf>

Capetillo Hernández, J. (1988). Neurosis Obsesiva. *Cdigital*, 26, 43-52.  
<https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/47956/ExtensionNo26Pag43-52.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Carbone, N., Dinamarca, M., Maugeri, N., Moreno, M. L., Piazzese, G., & Zamorano, S. (2014). *La Elaboración Freudiana de la histeria masculina*. Sedici.  
[https://edici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/51493/Documento\\_completo\\_\\_.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://edici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/51493/Documento_completo__.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Conde, F. (2017). El cuerpo más allá del organismo: el estatus del cuerpo en el psicoanálisis lacaniano. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*, 22(2).  
<https://revistas.uma.es/index.php/contrastes/article/download/4117/3843/>

Conde Soto, F. (2015). Los afectos como efectos del lenguaje sobre el cuerpo: de las pasiones de Aristóteles a los afectos en la teoría psicoanalítica de Freud y Lacan. *Daimon*, 65, 119.  
<https://doi.org/10.6018/daimon/182691>

- Cordero, F., & Vergara, F. (s. f.). *Red Hemisférica de Cooperación Jurídica en material penal*. OEA. Recuperado 2020, de [https://web.oas.org/mla/en/Countries\\_Intro/ecu\\_intro\\_text\\_esp\\_1.pdf](https://web.oas.org/mla/en/Countries_Intro/ecu_intro_text_esp_1.pdf)
- Correa, L., & Sanchez, J. (2017). *Urgencias Subjetivas, un modo de psicoanálisis aplicado a la salud mental*. Uniminuto. <https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/6039/Urgencias%20Subjetivas%20un%20modo%20de%20psicoanálisis%20aplicado%20ultimo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cruz, L., Muñoz, N., & Rojas, N. (2014). Implementación de un Dispositivo Psicoanalítico para la intervención en una institución Psiquiátrica. *Revista Artigos Temáticos*, 35-48. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/trivium/v6n2/v6n2a05.pdf>
- Cuervo, A., & García, C. (2017). Guía para la práctica de la Telepsicología. *Consejo General de la Psicología España*, 22. <https://doi.org/10.23923/cop.telepsicologia.2017>
- De la Torre, M., & Prado, R. (2019). Guía para la Intervención Telepsicológica. *Psichat*, 21. <https://www.psichat.es/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-2019.pdf>
- Díaz De Salas, S. A., Mendoza Martínez, V. M., & Porras Morales, C. M. (2011). Una guía para la elaboración de estudios de caso. *Revista Razón y Palabra*, 75, 1-25. [http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/varia\\_75/01\\_Diaz\\_V75.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/varia_75/01_Diaz_V75.pdf)
- Domínguez, A. L., & Yañez, J. (2011). El Inconsciente: Una Mirada sobre su Historia y sus Retos Actuales. *El Inconsciente: Una Mirada sobre su Historia y sus Retos Actuales*, 2(2), 172-183. <https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2013-04-25-art21.pdf>
- Estevez, F. (1987). Entrevista con Jacques-Alain Miller. *Revista A.E.N.*, 2(23), 623-632. <https://core.ac.uk/download/pdf/61245237.pdf>

- Favelukes, M. (2018). Desde el Psicoanálisis, las urgencias. *Psicoanálisis ayer y hoy.*, 18, 2. <https://www.elpsicoanalisis.org.ar/nota/desde-el-psicoanalisis-las-urgencias-monica-favelukes/>
- Fazio, V., Melamedoff, D., Vizzolini, L., & Santimaria, L. (2015). *Dos perspectivas del diagnóstico en la urgencia en salud mental: las normas S.A.M.E. Y el psicoanálisis*. *Aacademica*.  
<https://www.aacademica.org/000-015/745.pdf>
- Freud, S. (1991). *obras completas Sigmund Freud* (Tercera reimpresión ed., Vol. 12). Amorrortu. <http://bibliopsi.org/docs/freud/12%20-%20Tomo%20XII.pdf>
- Galor, S., & Hentschel, U. (2013). El uso de los mecanismos de defensa como herramientas de afrontamiento por veteranos Israelíes deprimidos y con TEPT. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 17(1), 118-133.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630261005.pdf>
- Gálvez, W. (2015). *Desastres y situaciones de emergencia*. Reeme.  
<http://repo.floodalliance.net/jspui/bitstream/44111/2256/1/desastres%20y%20situaciones%20de%20emergencia.pdf>
- Gómez, C. (2014). Capítulo 11: método comparativo [Libro electrónico]. En A. De León (Ed.), *Método comparativo. In: Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a la investigación en ciencias sociales* (p. 229).  
<http://eprints.uanl.mx/9802/1/Estudio%20Comparado.pdf>
- Gomez-Esteban, J. H. (2016). El acontecimiento como categoría metodológica de investigación social. *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1).  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n1/v14n1a09.pdf>
- Guillem, V., Romero, R., & Oliete, E. (2007). Manifestaciones del duelo [Libro electrónico]. En C. Camps & P. Sánchez (Eds.), *Duelo en oncología*

(pp. 63-83). Sociedad Española de Oncología Médica.  
<https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>

Guitar, M. E. (2011). Aplicaciones Contemporáneas de la teoría Vygotskiana en educación. *Revista Educación y Desarrollo social*, 1, 95-113.  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5386245.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptistas, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.) [Libro electrónico].  
<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Hernandez Valderrama, L. (1999). Histeria y Goce Femenino. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 2(1), 1.  
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerotres/histeria.html>

Lacan, J. (1965). *Seminario XIII: El objeto del psicoanálisis* (Inédito ed.).  
<http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/16%20Seminario%2013.pdf>

Lacan, J. (1974). *Seminario XXII RSI* (Inédita ed.).  
<https://seminarioslacan.files.wordpress.com/2015/02/27-seminario-22.pdf>

Lacan, J. (1977). *Seminario XXIV Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra* (Inédita ed.).  
<http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/29%20Seminario%2024.pdf>

Lacan, J. (1987). *El seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (Rabinovich, D. ed.).  
<http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/Seminario-11-Los-Cuatro-Conceptos-Fundamentales-Del-Psicoanalisis-Paidos-BN.pdf>

- Lacan, J. (1988). *Escritos 1*.  
<https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/33%20Los%20Escritos%20de%20Jacques%20Lacan.pdf>
- Lacan, J. (2006a). *El seminario XXIII: 23 Sinthome* (Rabinovich, D. ed.).  
<https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/28%20Seminario%2023.pdf>
- Lacan, J. (2006b). *Seminario X: La angustia* (Rabinovich ed.).  
<http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/Seminario-10-La-Angustia-Paidos-BN.pdf>
- Lacan, J. (2012). *El seminario, libro XIX: O peor*.  
<http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/Seminario-19-O-Peor-Paidos.pdf>
- Lacan, J., Miller, J. A., & Sucre, J. (1987). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis* (D. Lagache, Ed.; 6.<sup>a</sup> ed.). Paidós.  
<https://teoriaspsicologicas2.files.wordpress.com/2013/02/diccionario-laplanche-pontalis.pdf>
- Laurent, E. (2005). *Lost in cognition: El lugar de la pérdida en la cognición* (1a ed.). Colección Diva.
- León, P. (2006). El vuelo: entre feminidad y maternidad. *Desde el Jardín de Freud*, 6, 112-121.  
[https://www.researchgate.net/publication/305290036\\_Psicoanalisis\\_y\\_feminidad\\_el\\_vinculo\\_madre\\_e\\_hija](https://www.researchgate.net/publication/305290036_Psicoanalisis_y_feminidad_el_vinculo_madre_e_hija)
- León-López, P. (2011). El duelo, entre la falta y la pérdida. *Revista Dialnet*, 11, 67-76. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4547212.pdf>
- Lopera, J. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *Revista CES Psicología*, 10(1), 84. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423550874006.pdf>

- Lopez, M. (2018). La interpretación: inmixión de otredad en el monólogo autista del goce. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 420-423. <https://www.aacademica.org/000-122/466.pdf>
- Luterau, L. (2016). *Objeto voz y posición del analista. Consideraciones sobre la anorexia*. Académica. <https://www.aacademica.org/000-044/771.pdf>
- Macías, J., & Valero, L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36, 108-110. [https://www.researchgate.net/publication/328307157\\_La\\_psicoterapia\\_on-line\\_ante\\_los\\_retos\\_y\\_peligros\\_de\\_la\\_intervencion\\_psicologica\\_a\\_distancia](https://www.researchgate.net/publication/328307157_La_psicoterapia_on-line_ante_los_retos_y_peligros_de_la_intervencion_psicologica_a_distancia)
- Martínez, F., & Zambrano, V. (2013). *Adolescencia: una urgencia subjetiva*. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/486/1/T-UCSG-POS-PSCO-12.pdf>
- Miller, J.-A. (2006). I. Introducción a un discurso del método analítico [Libro electrónico]. En *Introducción al método psicoanalítico* (1a ed. 5a reimp. ed., pp. 16-17). <https://psiligapsicanalise.files.wordpress.com/2014/09/jacques-alain-miller-introductic3b3n-al-mc3a9todo-psicoanalc3adtico.pdf>
- Miranda, G. (2012). ¿Qué es una urgencia? *Medigraphic*, 4(2), 83. <https://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2012/aur122g.pdf>
- Monreal, A. T. (2008, 20 octubre). *Pulsión y pulsiones*. En torno al psicoanálisis. <https://blogs.noticiasdenavarra.com/en-torno-al-psicoanalisis/2008/10/20/pulsin-y-pulsiones/>

- Muniz, A. (2018). *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico* (P. Achard, E. Capnikas, A. Cristóforo, M. De Armas, M. Dibarboure, A. Kachinovsky, S. Martínez, A. Muniz, A. Parra, A. Pérez, A. Protesoni, L. Salvo, & H. Selma, Eds.) [Libro electrónico]. [https://psico.edu.uy/sites/default/pub\\_files/2018-11/Intervenciones%20en%20psicologi%CC%81a%20cli%CC%81nica.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2018-11/Intervenciones%20en%20psicologi%CC%81a%20cli%CC%81nica.pdf)
- Muñiz, M. (2010). Estudios de caso en la investigación cualitativa. *Scielo*, 2. [https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/1\\_estudios-de-caso-en-la-investigacion-cualitativa.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/1_estudios-de-caso-en-la-investigacion-cualitativa.pdf)
- Navia, M., & Estrada, H. (2012). Uso de la técnica de asociación libre para conocer la percepción del consumidor sobre queso costeño en Colombia. *Revista Psicogente*, 15(28), 271-286. <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552361005.pdf>
- Nostas, U. C., & Lora, M. E. (2002). El estatuto de cuerpo en psicoanálisis. *Scielo*, 1(1). [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612003000100009#:text=Desde%20el%20registro%20de%20o,el%20que%20el%20sujeto%20nace.&text=Si%20planteamos%20entonces%20que%20el,%E2%80%94el%20sujeto%20del%20inconsciente%E2%80%94](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100009#:text=Desde%20el%20registro%20de%20o,el%20que%20el%20sujeto%20nace.&text=Si%20planteamos%20entonces%20que%20el,%E2%80%94el%20sujeto%20del%20inconsciente%E2%80%94)
- Ochoa De La Maza, M., López Bertella, C., Varela Rozados, M., Moreno, V., Soliani, A., Lubo, F., Morales, C., & Girano, M. (2018). *Clínica de la urgencia subjetiva*. *Aacademica*. <https://www.aacademica.org/000-122/501.pdf>
- Pausa Urgencias*. (2005, julio). PAUSA Urgencias. <http://www.pausaurgencias.com.ar/paginas/comoconsultar.html>
- Perez. (2019, 28 noviembre). *Vals con la muerte- Alexandra (Original)* [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=9zL-vqJhIVg>

- Pérez, J. F. (1992, 1 enero). *Psychology and psychoanalysis | Pérez S. | Revista Colombiana de Psicología*. Dialnet.  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/15715>
- Piña, J. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(2), 238.  
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29215980001.pdf>
- Prado, L. (2014). Modos de Intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Scielo*, 8, 36.  
[http://www.scielo.org.bo/pdf/rfer/v8n8/v8n8\\_a03.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rfer/v8n8/v8n8_a03.pdf)
- Psicoanálisis, C., & Mazzuca, M. (2016, 4 agosto). *Entrevista a Colette Soler*. Psicoanálisis: La web del colegio de psicoanálisis y del foro de Madrid. <https://www.colpsicoanálisis-madrid.com/entrevista-a-colette-soler/>
- Rabinovich, D. (1995). *Lo imaginario, lo simbólico y lo real*. Bibliopsi.  
[http://bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFG/Psicoanálisis-Escuela-Francesa-Rabinovich/rabinovich%20-%20lo%20imaginario%20lo%20simbolico%20y%20lo%20real%20\(teorico%2022-6-95\).pdf](http://bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFG/Psicoanálisis-Escuela-Francesa-Rabinovich/rabinovich%20-%20lo%20imaginario%20lo%20simbolico%20y%20lo%20real%20(teorico%2022-6-95).pdf)
- Redaccion, E. U. (2020, 3 julio). *Emergencia sanitaria sigue vigente en Ecuador por acuerdo ministerial emitido en junio*. El Universo.  
<https://www.eluniverso.com/noticias/2020/07/03/nota/7893864/emergencia-sanitaria-estado-excepcion-ecuador-salud-coronavirus>
- Rodríguez, E. (2009). Lo real, Lo imaginario y Lo simbólico. En J. Lacan (Ed.), *Société Française de Psychanalyse* (pp. 1-44).  
<https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.4%20%20%20LO%20SIMB,%20LO%20IMAG%20Y%20LO%20REAL,%201953..pdf>

- Rojas, R. (2020). *Presencia - Ausencia*. Nueva Escuela Lacaniana.  
[http://www.nel-amp.org/index.php?file=de-interes/conversacion-permanente/20-06-16\\_rodolfo-rojas-betancourt.html](http://www.nel-amp.org/index.php?file=de-interes/conversacion-permanente/20-06-16_rodolfo-rojas-betancourt.html)
- Sánchez, S. (2011). La mirada en Lacan y Sartre. *Letras N°2 - Revista de Psicoanálisis de la Comunidad de Madrid - ELP*, 108-109.  
[https://issuu.com/uzapuca/docs/letras\\_2\\_digital\\_ocr](https://issuu.com/uzapuca/docs/letras_2_digital_ocr)
- Sánchez, Y., González, F., Molina, O., & Guil, M. (2011). *Guía para la elaboración de protocolos*. Biblioteca Las Casas. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.pdf>
- Schejtman, F., & Godoy, C. (2008). La histeria en el último periodo de la enseñanza de J. Lacan. *Anuario de Investigaciones*, XV, 121-125.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139944045.pdf>
- Se registra el primer caso de coronavirus en Ecuador – Secretaría General de Comunicación de la Presidencia*. (2020, marzo). Secretaria general de comunicación de la presidencia.  
<https://www.comunicacion.gob.ec/se-registra-el-primer-caso-de-coronavirus-en-ecuador/>
- Seldes, R. (2008). *La urgencia del psicoanálisis aplicado*. Virtualia.  
<http://revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/OIDkG02ZeJr122HGfX0WQqbpwPxcnURAlvGKxZB.pdf>
- Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias, A. (2020). *Resoluciones COE Nacional 12 de mayo 2020 – Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias*. Gestión de riesgos.  
<https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe-nacional-12-de-mayo-2020/>
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>

- Solano-Suárez, E. (2020, 13 mayo). «Tele-sesión». Escuela Lacaniana del Psicoanálisis. <https://elp.org.es/tele-sesion/>
- Soler, W., Gómez, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Scielo*, 33, 61. <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
- Sotelo, I. (2005). *Tiempos de urgencia* (2.<sup>a</sup> ed., Vol. 58). JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2015). *DATUS: Dispositivo Analítico para el tratamiento de Urgencias Subjetivas* (1a ed.). Grama.
- Suarez, N., López, S., Damiano, J., Scalani, A., Piovano, A., Sánchez, M., De Cristofolo, C., Ballesteros, D., Bracco, A., Gomez, A., Garbet, A., Zanghellini, M., Pereyra, L., & Cartier, C. (2014). *Las elaboraciones subjetivas del trauma en la clínica psicoanalítica*. Sedici. [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/51639/Documento\\_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/51639/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Torres, I. (2016). *La justificación estética de la vida en Nietzsche : verdad, moral, nihilismo y arte*. Ciencia Unisalle. [https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1067&context=filosofia\\_letras](https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1067&context=filosofia_letras)
- Valero, L. (2003). *El consejo psicológico a través de Internet: Datos de una experiencia institucional*. Copao. [http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL21\\_1\\_4.pdf](http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL21_1_4.pdf)
- Villatoro, A. (2005). *DEFINICIONES BÁSICAS EN MEDICINA DE URGENCIA*. Reeme. <https://www.reeme.arizona.edu/materials/Definiciones%20utiles%20en%20medicina%20de%20urgencia.pdf>
- Vivanco. (2014). Emergencia. Concepto y método. *Cinta Moebio*, 49, 32. <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/49/vivanco.html>

## GLOSARIO

Acontecimientos: es aquello que acontece intempestivamente en el fluir de la vida de un individuo, cuyo efecto transformará radicalmente su experiencia y su ser-en-el-mundo. Lo que hace que el método biográfico y las historias de vida sean importantes para la investigación, ya que requiere traducirse en estrategias concretas para la investigación empírica (Gómez-Esteban, 2016, p. 134).

Acting-out: "... algo que se produce y que viene de otra parte y no de la causa sobre la cual se acaba de actuar (...) En otros términos: no hay que molestar desconsideradamente a la causa del deseo" (Lacan, 2006b, p. 140).

Agujero: Es conocido como aquel soporte intuitivo de la superficie. Cuya relación con la superficie es infinitamente más compleja; y al dar pie escuetamente el anillo, el toro, se pudieron percatar que basta con elaborar esa superficie. Con apariencia simple de imaginar y para ver diversificarse en ella. Para que se entienda como es extrañamente, la función del agujero (Lacan, 2006b, p. 52).

Análisis: "...en cuanto su mira consiste siempre en considerar a la falta como colmable, en todo caso con la problemática de una experiencia, incluyendo la de tener en cuenta la falta como tal" (Lacan, 2006b, p. 57).

Andamiaje: "...aprenden a dar sentido a lo que les rodea, a controlar y dirigir su vida, así como construir su arquitectura psicológica (la cognición, la personalidad, la identidad) y diseñar modos de relación social" (Guitar, 2011, p. 109).

Angustia: "...es la reacción, reacción —señal ante la pérdida de un objeto (...) tiene lugar al nacimiento, la eventual de la madre considerada como objeto" (Lacan, 2006b, p. 20).

Ansiedad: "...respuesta de carácter humano que está dirigida hacia la amenaza que sufren los valores morales, y que aparece cuando el sistema de valores que da sentido a la vida del ser humano se ve amenazado de muerte" (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003, p. 18).

Asociación libre: "...cadena asociativa generada por un terapeuta; dependiendo de los estímulos formulados, se puede crear una reacción diferente en esa cadena asociativa. Es el efecto de la transferencia" (Chama, citado en Navia y Estrada, 2012, p.273).

A-valoración: "...tratando de ser simples y decididos. No se trata de cosas difíciles, la dificultad está en la precisión que queremos obtener. La precisión, efectivamente, es un efecto de la dirección de la cura" (Miller, 2006, p. 20)

Castración: "...se vincula con cierto fenómeno de falta, y en el nivel de dicha simbolización, es decir, en la relación con el Otro, en la medida en que el sujeto tiene que constituirse en el discurso analítico" (Lacan, 2006b, p. 53).

Catexis: "...la energía de catexis es la energía pulsional que proviene de fuentes internas, ejerce un empuje constante e impone al aparato psíquico la tarea de transformarla" (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 51).

Conflictos: "...el componente positivo y el componente negativo de la actitud afectiva se hallen simultáneamente presentes, sean insolubles, y constituyan una oposición no dialéctica, insuperable para el sujeto que dice a la vez sí y no" (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 21).

Contexto clínico: Influye en el sujeto y su estudio, como método de investigación permite alimentar el análisis. Es decir, es de cierta forma un componente en el origen de la angustia y es por eso que es una herramienta importante de ubicar (Sierra et al., 2003, p. 3).

Crisis de angustia: "...pueda aparecer cuando el sujeto esté solo o alejado de sus lugares o puntos de seguridad que toma como referencia, derivándose,

en innumerables ocasiones, en tanatofobia (miedo a la muerte) o en maníforbia (miedo a la locura)” (Sierra et al., 2003, pp. 32-33).

Defensas: Los mecanismos de defensa no resuelven la fuente ansiedad. Solo reducen la sensación de ansiedad, si es que funcionan bien. El conflicto continua existiendo bajo otras condiciones” (Galor y Hentschel, 2013, p. 119).

Deseo del analista: “...ha podido, en la medida que fuese y por algún sesgo, por algún borde, reintegrar su deseo en ese a irreductible, en grado suficiente como para ofrecer a la cuestión del concepto de la angustia una garantía real.” (Lacan, 2006b, p. 146).

Diatópica: ...es el reconocimiento de la incompletud de cada cultura y la necesidad de abrirse sin pre-juicios a las otras, tratando de hallar lugares (topoi) comunes y enriquecerlos en reciprocidad. (Barrantes, 2017, p. 6).

Discurso: “La agrupación de las asociaciones, su eventual aislamiento, sus «falsas conexiones», su posibilidad de acceso a la conciencia, forman parte de la dinámica del conflicto defensivo propio de cada sujeto” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 34).

Dispositivo psicoanalítico: Rojas y Vegas trabajaron en el 2009 que es un conjunto de elementos que no se pueden sistematizar como un procedimiento y que tampoco se pueden denominar mediante una descripción del proceso. Es decir, la articulación de elementos institucionales y elementos discursivos del sujeto (Cruz, Muñoz y Rojas, 2014, p. 35).

Displacer: “...dicho goce puede traducirse por un Unlust. Esto ni soy yo quien lo inventa ni soy yo quien lo articula, lo dice Freud con sus propias palabras Unlust, displacer” (Lacan, 2006b, p. 49).

Duelo: “...crisis existencial (...) pero es una crisis, que como todas las que sufrimos en nuestra vida, nos puede servir para crecer, o por el contrario, para

debilitarnos y enfermar, dependiendo de cómo la afrontemos.” (Guillem, Romero y Oliete, p. 70).

Estrés: “...estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado, aburrido, encontrarse en situaciones en las que no es fácil el control de las mismas, tener problemas conyugales, etc.” (Sierra et al., 2003, p. 37).

Estrés post-traumático: “...utilizan defensas que limitan más la consciencia, distorsiones inmaduras de la realidad y defensas de escape de la realidad.” (Galor y Hentschel, 2013, p.).

Fijación: “...la persistencia (...) el sujeto continúa practicando ciertos tipos de actividad, o bien permanece ligado a ciertas características del «objeto», de los que se puede encontrar el origen en un momento especial de la vida sexual infantil.” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 157).

Goce: “...síntoma, puesta en juego de la satisfacción pulsional, que atraviesa la barrera del principio del placer, siendo responsable del sufrimiento del sujeto, al que llamamos goce” (Nostas y Lora, 2002, p. 15).

Inconsciente: “...es una fuerza que todo lo determina, siendo la consciencia una simple expresión de una instancia anterior que habrá de establecer sus maneras de aparición” (Domínguez y Yañez, 2011, p. 173).

Inhibición: “...son consecuencias de un conflicto que moviliza y bloquea las energías del sujeto” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 250).

Inmixión: “...en los dichos del analizante, jugando bien sea en la pluralidad homofónica, bien sea del Uno gramatical de las significaciones del analizante, o bien sea con el menos uno fálico constitutivo del set de las pulsiones” (Soler, citado en Lopez, 2018, p. 421).

Libido: "...o energía de las pulsiones sexuales le interesa en la medida en que puede explicar los cambios del deseo sexual en cuanto al objeto, al fin, a la fuente de la excitación" (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 104).

Otro: "...interpretación que hace que el Edipo trascienda lo vivido individual en el que se encarna (...) estructuran la vida imaginaria del sujeto y que constituyen otras tantas variantes de la situación triangular (seducción, escena originaria, castración, etc.)" (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 65).

Pasaje al acto: "...sujeto es su identificación absoluta con ese pequeño a al que ella se reduce (...) identificada y, al mismo tiempo, rechazada, "deyectada" (déjetée) fuera de la escena. Sólo el "dejar caer(24)", el "dejarse caer" puede realizarlo" (Lacan, 2006b, p. 44).

Placer: "...es la función tendiente a confinar con su propio límite, es decir, con el surgimiento del dolor." (Lacan, 2006b, p. 35).

Protocolo: "...son documentos de éste tipo que además contribuyen a normalizar la práctica, son una fuente poderosa de información al tiempo que facilita la atención a personal de nueva incorporación" (Sánchez, González, Molina y Guil, 2009, p. 3).

Psíquico: "...está dividido en sistemas (Inconsciente y Preconsciente-Consciente), en instancias (ello, yo y superyó) y también el desdoblamiento del yo en una parte que observa y una parte que es observada" (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 126).

Psicoanálisis: "...en su mayor parte, obra de Freud; y se fue enriqueciendo al mismo tiempo que sus descubrimientos y su pensamiento" (Laplanche y Pontalis, 2004, p. X).

Psicoterapia: "...todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y, de manera más precisa, la

relación del terapeuta con el enfermo (...) en este sentido, el psicoanálisis es una forma de psicoterapia” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 324).

Pulsión: “...es originariamente asexual; puede libidinizarse secundariamente, aliándose al sadismo” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 329).

Repetición: “...los contenidos reprimidos retoman, a menudo con gran fidelidad, en un guión del cual el sujeto no se reconoce como el autor” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 7).

Represión: “Puede considerarse como un proceso psíquico universal, en cuanto se hallaría en el origen de la constitución del inconsciente como dominio separado del resto del psiquismo” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 375).

Significante: “...tomado aisladamente, no tiene un nexo interno con el significado; sólo remite a una significación por el hecho de estar integrado en un sistema significativo caracterizado por oposiciones diferenciales (a)” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 405).

Subjetividad: “Desde el momento en que eso se sabe (ça se sait), en que algo de lo Real llega al Saber, hay algo perdido; y el modo más certero de abordar ese algo perdido, es concebirlo como un pedazo del cuerpo” (Lacan, 2006b, pp. 52-53).

Sublimación: “Y aquí, mi pequeño circuito aforístico se muerde la cola: es por eso que el amor-sublimación permite al goce — y me repito— condescender al deseo” (Lacan, 2006b, pp. 83).

Sujeto: “...está dividido y la unión es imposible, nos causa total asombro que una cosa no lo sea: el deseo mismo” (Lacan, 2006b, pp. 133).

Terapeuta: “aclaradores (Aufklärer), cuando una ignorancia ha engendrado un temor, como maestros representantes de una concepción del mundo más libre

y más elevada, como confesores que (...) ofrecen al enfermo una especie de absolución» (Freud, citado en Laplanche y Pontalis, 2004, p. 256).

Transferencia: "...los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica" (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 439).

Trauma: "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" (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 447).

Triaje: "...es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar" (Soler et al., 2010, p. 56).

Zonas Erógenas: "Toda región del revestimiento cutáneo-mucoso susceptible de ser asiento de una excitación de tipo sexual" (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 475).

## ANEXO

### 5.1 MODELO DE ENTREVISTA

Tema:

Atención psicológica en línea como propuesta ante el surgimiento de casos de urgencia subjetiva producto de la emergencia sanitaria en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador.

Objetivo:

Explorar la incidencia y tratamiento de la urgencia subjetiva en la atención bajo la modalidad online por medio de entrevistas abiertas.

Introducción: El presente cuestionario, busca explorar información sobre la atención online en general y la atención a las urgencias subjetivas bajo esta modalidad en particular, agradecemos su participación, estaremos compartiendo los resultados encontrados.

Entrevista

Nombre:

\_\_\_\_\_

Lugar de trabajo/práctica: \_\_\_\_\_

### PREGUNTAS

1. ¿Desde cuando está usted atendiendo de forma on-line?
2. ¿Considera usted que es posible la atención psicológica bajo la modalidad online? ¿qué Ventajas y desventajas ha encontrado?
3. ¿Considera usted que la pandemia y la cuarentena han disparado los índices de angustia en la población? ¿ubica alguna correlación entre la situación actual y la incidencia de casos de angustia?
4. ¿Ha recibido usted pacientes que considere en urgencia subjetiva bajo la modalidad online? Si su respuesta es positiva ¿cuántos pacientes con urgencia subjetiva aproximadamente atención bajo la modalidad?
5. Indique brevemente como considera la atención a la angustia en general y bajo la modalidad online en particular.
6. ¿Qué ventajas y desventajas ha encontrado en la atención de urgencias subjetivas modalidad online?
7. Por favor comente un caso de urgencia subjetiva que haya atendido en la modalidad online

## 5.2 MODELO DE ENCUESTA

Tema:

Atención psicológica en línea como propuesta ante el surgimiento de casos de urgencia subjetiva producto de la emergencia sanitaria en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador.

Objetivo:

Explorar la incidencia y tratamiento de la urgencia subjetiva en la atención bajo la modalidad online por medio de entrevistas abiertas.

Introducción: El presente cuestionario, busca explorar información sobre la atención online en general y la atención a las urgencias subjetivas bajo esta modalidad en particular, agradecemos su participación, estaremos compartiendo los resultados encontrados.

Cuestionario

Nombre:

\_\_\_\_\_

Lugar de trabajo/práctica: \_\_\_\_\_

### PREGUNTAS

1. ¿Desde cuando está usted atendiendo de forma on-line?

\_\_\_\_\_

2. ¿Considera usted que es posible la atención psicológica bajo la modalidad online?

- Si
- No
- Otros: \_\_\_\_\_

3. ¿Qué ventajas y desventajas ha encontrado en la atención modalidad online?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿Considera usted que la pandemia y la cuarentena han disparado los índices de angustia en la población?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Seleccione las opciones que representen el malestar con el que el paciente atendido modalidad online ha iniciado consulta

- a. Ansiedad
- b. Miedos
- c. Dificultad laboral
- d. Dificultad para dormir
- e. Incertidumbre

- f. Obsesiones
- g. Problemas de pareja
- h. Problemáticas sexuales
- i. Duelo
- j. Tristezas
- k. Otros: \_\_\_\_\_

6. ¿Ha recibido usted pacientes que considere en urgencia subjetiva bajo la modalidad online?

- Si
- No

7. Si su respuesta anterior es positiva ¿Cuántos pacientes con urgencia subjetiva aproximadamente atendió bajo la modalidad?

\_\_\_\_\_

8. Indique brevemente como considera la atención a la angustia en general y bajo la modalidad online en particular.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. (Responder solamente si la respuesta de la pregunta 6 es positiva) ¿Qué ventajas y desventajas ha encontrado en la atención de urgencias subjetivas modalidad online?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Comente un caso que haya atendido en modalidad online que le haya causado impresión o dificultad.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Barco Macías, Joseline Betty**, con C.C: # **0930793930** autor/a del trabajo de titulación: **Atención psicológica en línea como propuesta ante el surgimiento de casos de urgencia subjetiva producto de la emergencia sanitaria en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, 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 septiembre de 2020**

f. \_\_\_\_\_

**Barco Macías, Joseline Betty**

**C.C: 0930793930**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACION		
TEMA Y SUBTEMA:	Atención psicológica en línea como propuesta ante el surgimiento de casos de urgencia subjetiva producto de la emergencia sanitaria en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador.	
AUTOR	Joseline Betty, Barco Macías	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Rodolfo Francisco, Rojas Betancourt, Mgs.	
INSTITUCION:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Filosofía, letras y ciencias de la educación	
CARRERA:	Psicología Clínica	
TITULO OBTENIDO:	Licenciatura en Psicología Clínica	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	11 de septiembre de 2020	No. DE PÁGINAS: 142 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Urgencias subjetivas, Emergencia, atención en línea.	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Urgencia subjetiva, Emergencia, Presencia del analista, Inconsciente, Lenguaje, Lengua, Particularidad, Repetición, Transferencia, Cuerpo real, Cuerpo Simbólico, Cuerpo Imaginario, No-todo y Otro	
<b>RESUMEN/ ABSTRACT</b>		
<p>En el presente trabajo se desarrolla una propuesta de atención online a las urgencias subjetivas y una propuesta de protocolo de detección para el personal de la salud. La constante transformación de la sociedad y los avances tecnológicos, hacen de la problemática un terreno difícil de explorar para la psicología. A causa de las limitadas fuentes teóricas, se ha tomado como base los conceptos psicoanalíticos trabajados por Freud, Lacan, Miller, Laurent, Sotelo y Belaga. Se abordará las distintas concepciones de urgencia y emergencia, para recoger las similitudes. El propósito es dejar en claro la definición del tema, la importancia de diseñar un abordaje dinámico y la apertura de un trabajo interdisciplinario. Adicionalmente, se trabajará las particularidades de la atención online y como poder manejar la urgencia en épocas de distanciamiento. Se empleará los estudios de caso, entrevistas a profesionales y encuestas a egresados, como herramientas de recolección de datos para alimentar la investigación. Finalmente, aunque es importante sostener la especificidad científica para entablar una investigación de calidad, también es importante el aporte que el punto ético pueda dar sobre el malestar en la sociedad y sus manifestaciones en el ser hablante.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593- 983774182	E-mail: <a href="mailto:joselinebarco77@gmail.com">joselinebarco77@gmail.com</a>
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.	
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419	
	E-mail: <a href="mailto:francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec">francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec</a>	
<b>SECCION PARA USO DE BIBLIOTECA</b>		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACION:		
DIRECCION URL (tesis en la web):		