

Herrera, Milena Yael,

**La implementación del encuadre
virtual, en respuesta a las
necesidades actuales de la clínica
psicoanalítica en el marco de
pandemia por COVID-19, para la
asistencia psicológica en el área de
Consultorios Externos de Clínica
psiquiátrica monovalente de la
provincia de Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

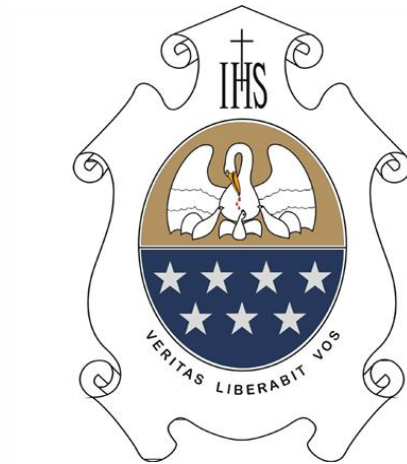
Directora: Pérez Puyol, Adriana Noemí

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5

Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Filosofía y Humanidades
Licenciatura en Psicología



TRABAJO DE INTEGRACION FINAL

“La implementación del encuadre virtual, en respuesta a las necesidades actuales de la clínica psicoanalítica en el marco de pandemia por COVID-19, para la asistencia psicológica en el área de Consultorios Externos de Clínica psiquiátrica monovalente de la provincia de Córdoba”.

Contexto Clínico

Autora: Herrera, Milena Yael

DNI: 40.835.690

Directora: Lic. Adriana Pérez Puyol

Córdoba, Argentina

2021

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, que siempre apoyaron mis decisiones, confiaron en mí y me alentaron, fueron un pilar fundamental en todo este recorrido. Estoy eternamente agradecida de la posibilidad que me dieron de estudiar lo que me apasiona.

A mis amistades, por ser sostén cuando el camino se ponía difícil, por acompañarme con sus palabras o compañía las largas horas de estudio, por acompañarme en las lágrimas y las risas. Por el amor y la alegría que me brindan día a día.

A las/os docentes que me transmitieron su saber y amor por la psicología todos estos años, por dedicarme su valioso tiempo, su paciencia, dedicación y compromiso.

A la Clínica Saint Michel por permitirme realizar mi práctica en su institución, en un contexto diferente, de manera virtual. A cada uno de las/os profesionales que me dedicaron su tiempo para charlar y transmitirme su experiencia, siempre dispuestos a ayudarme en lo que necesitaba para realizar este trabajo.

A la Universidad Católica de Córdoba, por abrirme sus puertas y darme la posibilidad de aprender tanto en este recorrido académico y de conocer personas que me llevo conmigo para transitar nuevos caminos.

A la psicología, disciplina que cambió mi forma de ver el mundo y a mí misma, que me llena de interrogantes y experiencias muy gratas, que me da ganas día a día de aprender más.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCION..... | 5 |
| 2. CONTEXTO DE PRÁCTICA | 7 |
| 2.1 DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA | 8 |
| 2.2 BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA | 8 |
| 2.3 MARCO LEGAL DEL EJERCICIO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ARGENTINA | 10 |
| 2.4 EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA ACTUALIDAD | 11 |
| 3. CONTEXTO INSTITUCIONAL | 13 |
| 3.1 RESEÑA HISTÓRICA..... | 14 |
| 3.2 FUNCIONAMIENTO | 14 |
| 3.3 POBLACIÓN..... | 15 |
| 3.4 SERVICIO | 15 |
| 3.4.1 Programa de Prevención Primaria de Problemáticas Actuales en Niños y Adolescentes..... | 15 |
| 3.4.2 Programa de Tratamiento de Pacientes con Problemáticas Asociadas al Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas | 16 |
| 3.4.3 Casa de Medio Camino | 16 |
| 3.4.4 Hospital de Día..... | 16 |
| 3.4.5 Consultorios Externos | 17 |
| 3.4.6 Guardia 24 horas | 17 |
| 3.4.7 Internado..... | 18 |
| 3.5 DIVISION ESTRUCTURAL DE LA CLÍNICA | 18 |
| 3.6 NUEVAS MEDIDAS POR COVID-19 | 19 |
| 3.7 ORGANIGRAMA | 20 |
| 4. EJE DE SISTEMATIZACION..... | 21 |
| 5. OBJETIVOS | 23 |
| 5.1 OBJETIVO GENERAL..... | 24 |

| | |
|--|-----|
| | 4 |
| 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 24 |
| 6. PERSPECTIVA TEORICA..... | 25 |
| 6.1 EL ENCUADRE | 26 |
| 6.1.1 La Evolución del Concepto de Encuadre en el Psicoanálisis..... | 26 |
| 6.1.2 El Encuadre Interno..... | 29 |
| 6.2 LA CLINICA PSICOANALITICA EN LA ACTUALIDAD..... | 31 |
| 6.2.1 Psicoanálisis y Complejidad..... | 31 |
| 6.2.2 Época de las Tecnologías de la Información y Psicoanálisis | 32 |
| 6.2.3 Desafíos que Impone la Pandemia por COVID-19 a la Asistencia Psicológica Ambulatoria Psicoanalítica | 34 |
| 6.2.4 Psicoanálisis Más Allá del Consultorio: Encuadre Virtual | 36 |
| 7. MODALIDAD DE TRABAJO | 51 |
| 7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES DE LA EXPERIENCIA | 52 |
| 7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 53 |
| 7.3 ASPECTOS ÉTICOS | 53 |
| 8. ANALISIS DE LA EXPERIENCIA | 55 |
| 8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO | 56 |
| 8.2 ANALISIS DE LA EXPERIENCIA | 64 |
| 8.2.1 <i>Caracterizar el encuadre virtual implementado para la asistencia psicológica en el área de Consultorios Externos.</i> | 64 |
| 8.2.2 <i>Identificar posibles factores facilitadores así como también obstaculizadores del encuadre virtual para la asistencia psicológica en Consultorios Externos.</i> | 81 |
| 8.2.3 <i>Identificar en viñetas clínicas características específicas del encuadre virtual y sus efectos clínicos</i> | 93 |
| 9. CONCLUSIONES..... | 102 |
| 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 113 |

1. INTRODUCCION

El presente Trabajo de Integración Final se encuentra enmarcado en las Prácticas Pre-profesionales correspondientes al Contexto Clínico de la carrera de Lic. en Psicología, de la Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Católica de Córdoba. La experiencia práctica fue llevada a cabo a través de la modalidad virtual, desde el mes de abril hasta el mes de noviembre del año 2020, en la institución psiquiátrica monovalente Clínica Saint Michel, ubicada en la provincia de Córdoba.

El trabajo se organiza de la siguiente manera: en primer lugar, se caracteriza el *Contexto Clínico* donde se realizó la práctica, que ofrece un marco general para poder pensar luego, de manera específica, la experiencia práctica. En el siguiente apartado, *Contexto institucional*, se caracteriza la Clínica Saint Michel (se describe su funcionamiento, la población a la que asiste, la división del servicio y su estructura edilicia) teniendo en cuenta su historia particular la cual determina de cierta manera lo que es el aquí y ahora de la institución, incluyendo los cambios acaecidos por la situación de pandemia por COVID-19 en la misma.

El siguiente apartado consiste en la presentación del *eje de sistematización*, el cual será el de hilo conductor del presente trabajo: “*La implementación del encuadre virtual, en respuesta a las necesidades actuales de la clínica psicoanalítica en el marco de pandemia por COVID-19, para la asistencia psicológica en el área de Consultorios Externos de Clínica psiquiátrica monovalente de la provincia de Córdoba*”. Luego se definen los *objetivos* (generales y específicos), que guían el desarrollo del trabajo. Consecutivamente se desarrolla la *perspectiva teórica* que se ha tenido como referencia para el análisis de la experiencia. En el siguiente apartado se describe la *modalidad de trabajo*, detallando la población, herramientas de recolección de datos y aspectos éticos implicados en la experiencia. Seguidamente, se aborda el análisis de la experiencia, comenzando por la *recuperación del proceso vivido*, donde se relata de una manera resumida las vicisitudes de la experiencia en el marco de la Práctica Pre-profesional. Luego, se encuentra el *análisis de la experiencia* propiamente dicho, partiendo del discurso de las/os nueve profesionales entrevistadas/os, y el discurso de otros profesionales a partir de su participación en los ateneos clínicos, con el fin de responder al objetivo general y a los objetivos específicos presentados anteriormente.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

2.1 DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Tomando los aportes de EFPA (2003), la Psicología Clínica se define como una disciplina científico–profesional con historia e identidad propias que tiene por objetivo la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales. Es decir, el estudio del comportamiento por parte de la Psicología Clínica se interesa principalmente en establecer un psicodiagnóstico, así identificar el trastorno o dificultad, analizar la condición psicopatológica, hallar una explicación, y en llevar a cabo un tratamiento, para generar cambios que alivianen la situación problemática y, en su caso, puedan prevenirla.

En este sentido, la Psicología Clínica, aún dentro de la Psicología, dispone de sus propios métodos, modelos y procedimientos, en particular, métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos. Esto ha llegado a ser así en virtud de un proceso histórico de acumulación de saber científico y técnico y de institucionalización y reconocimiento social (EFPA, 2003). Por esto, en el siguiente apartado se realizará un breve recorrido histórico del campo de la psicología clínica y sus vicisitudes.

2.2 BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Tomando los aportes de EFPA (2003), a continuación se realizará un recorrido histórico por los distintos hitos que condujeron a la consolidación de la psicología clínica.

En 1896, Lightner Witmer funda en la Universidad de Pennsylvania la primera clínica con el nombre precisamente de psicología clínica. De esta manera, se empezó a definir un papel clínico del psicólogo hasta entonces caracterizado, sobre todo, como científico. El papel terapéutico propuesto por Witmer es muy similar al papel del terapeuta de conducta de hoy día. Así, la clínica terminó por desarrollar lo que su fundador denominara *método clínico*, una suerte de formación de los estudiantes en psicodiagnóstico y aplicación terapéutica. Witmer sería también fundador en 1907 de la primera revista de Psicología Clínica

La fecha de 1896 es significativa también por ser el año en el que Sigmund Freud denomina psicoanálisis a su propio método clínico. Esto supuso una ruptura con la tradición neuropatológica y el comienzo de un nuevo enfoque que bien puede inscribirse como Psicología Clínica.

En los primeros años del siglo XX, con las innovaciones psicodiagnósticas impulsadas por las pruebas para la medida de la inteligencia desarrolladas por Alfred Binet, se presenta la tradicional y reconocida función del psicólogo clínico en la construcción de pruebas de medición psicológica y en su aplicación al psicodiagnóstico.

A finales de la década de 1930, los psicólogos clínicos desempeñaban con mayor frecuencia funciones terapéuticas, además de la función psicodiagnóstica tradicional. Se trataba, todavía, de entrevistas terapéuticas y de actividades psico-educativas y de aconsejamiento. Sin embargo, no puede dejar de percibirse el papel creciente de esta actividad. En esta época aparecen los primeros programas de formación de postgrado para psicólogos clínicos. La Sección de Psicología Clínica de la American Psychological Association era cada vez mayor. La Psicología Clínica organiza sus propias instituciones y perfil profesional dentro de la Psicología de la que forma parte.

En el año 1945 se reconoció en EEUU mediante certificación legal la Especialidad de Psicología Clínica. Este año es clave en razón del final de la Segunda Guerra Mundial ya que el retorno y readaptación de millones de veteranos de la guerra creaba un problema social que desbordaba las condiciones clínicas al uso. Algunos psicólogos empleados en las fuerzas armadas durante la guerra ya venían desempeñando funciones psicoterapéuticas.

Dada esta necesidad social, se habilitó entonces un sistema de formación en Psicología Clínica. Este modelo focalizaba la formación en lo que unos autores denominaron la *santa trinidad* de la Psicología Clínica, esto es, la investigación científica, la evaluación psicodiagnóstica y el tratamiento psicoterapéutico.

A partir de los años cincuenta, la Psicología Clínica consolida su estatuto tanto profesional como científico, amplía su horizonte y alcanza reconocimiento social según se aprecia en la demanda y satisfacción por sus prestaciones.

Se destacaría, sobre todo, el desarrollo de nuevos sistemas psicoterapéuticos. Así, han llegado a tener nombre propio en el campo clínico, tanto en la Psiquiatría como en la Psicología Clínica, la terapia de conducta, la terapia cognitiva, la terapia cognitivo-conductual y la terapia de pareja y de familia, entre otras, aparte de las psicoterapias clásicas.

Posterior a los años cincuenta, es que se ha demostrado, mediante investigaciones sistemáticas, la eficacia de la terapia psicológica. Esta consolidación y expansión de la terapia psicológica vino dada por dos condiciones. Por un lado, el desarrollo científico de la Psicología, relativo al aprendizaje de la conducta, al desarrollo de la personalidad, al funcionamiento cognitivo, a la relación interpersonal, a la influencia social, a la organización de los grupos sociales, (aparte de las disciplinas propiamente clínicas), ha permitido una mejor comprensión de los trastornos psicológicos y la elaboración de tratamientos coherentes con esta naturaleza psicológica. Por otro lado, la demanda social ha puesto de relieve una creciente presencia de trastornos psicológicos. Esta mayor presencia de trastornos psicológicos en la segunda mitad del siglo XX tiene que ver con las formas de vida y ciertas características de la sociedad actual que han dado lugar, incluso, a trastornos nuevos y al incremento de otros como, por ejemplo, la depresión, aparte del mejor entendimiento de los trastornos ya existentes.

Es por esto que no se puede pasar por alto la naturaleza psicológica y social de los trastornos psicológicos, (sin ignorar sus concomitancias biológicas) y, consiguientemente, la importancia de un tratamiento psicoterapéutico en correspondencia con esta condición.

2.3 MARCO LEGAL DEL EJERCICIO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ARGENTINA

La reglamentación vigente en nuestro país, permite establecer los límites de la Psicología Clínica con respecto a otras disciplinas y a su vez, con otras áreas de la misma disciplina.

La ley N° 7106 del Senado de la Provincia de Córdoba sobre las disposiciones para el ejercicio de la Psicología, promulgada en 1984, plantea lo siguiente:

Se considerará ejercicio de la profesión en el área de la Psicología Clínica: la exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad, la investigación y formulación de diseños experimentales, el diagnóstico y tratamiento de los conflictos que con el mismo objetivo requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicas. (Ley N° 7106, 1984, art. 3)

Por otro lado, en el Reglamento de Especialidades, publicado por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, en la revisión realizada en noviembre de 1995 con referencia a las actividades propias al psicólogo clínico afirma:

Se considera área de la Psicología Clínica a la esfera de acción que se desarrolla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Centros de Salud, Clínicas, Consultorios, y otras Organizaciones e Instituciones Públicas o Privadas en las que se desarrollen acciones de Promoción, Prevención, Asistencia y Rehabilitación de la Salud. (Apartado Especialidad: Psicología Clínica, párr. 1)

Se considera ejercicio de la Psicología Clínica:

- La exploración de la estructura y dinámica de la personalidad mediante métodos y técnicas específicamente psicológicas.
- La intervención psicológica para la promoción de la salud en el ámbito individual, de pareja, familiar, grupal y/o institucional.
- El diagnóstico y tratamiento de individuos, parejas, familias, grupos y/o instituciones.
- La investigación de los instrumentos y/o técnicas que posibiliten el abordaje clínico acorde a las demandas.
- El asesoramiento, capacitación específica y auditoria en cuestiones relativas a la Especialidad.
- La investigación y la docencia en el área. (Apartado Especialidad: Psicología Clínica, párr. 2)

2.4 EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA ACTUALIDAD

Haz, Díaz y Raglianti (2002) plantean que el trabajo tradicional del psicólogo clínico ha sido un trabajo en una consulta muchas veces aislada e independiente, considerando un único beneficiario, lo que ha significado un trabajo de mucha autonomía.

Sin embargo, los/as autores/as plantean que el desempeño del psicólogo clínico está pasando a estar cada vez más vinculado a instituciones; es así como clínicas, hospitales,

consultorios, tienen profesionales que realizan atención clínica en sus instalaciones. Además, organizaciones municipales, centros comunitarios, organizaciones no gubernamentales y otros incluyen a psicólogos clínicos para que ejerzan y realicen su aporte al trabajo que desempeña la institución.

Estos/as autores/as sostienen que en la actualidad, la mirada sobre los problemas de salud mental se ha complejizado, y ya no es posible considerarlos sólo como patologías circunscritas al sujeto que las padece, lo cual significaría entender los problemas de salud mental desde un contexto único. La mirada actual conceptualiza los problemas de salud mental como problemas biopsicosociales, influidos por variables de distinto orden lógico y que se relacionan con el modo con que el individuo interactúa en contextos diversos, donde confluyen las relaciones familiares, comunitarias, sociales, y en donde también es importante mirar la influencia que la persona tiene en dicho contexto, y como es influido por el mismo. Las variables psicológicas ya no están instaladas en lo profundo del aparato mental del individuo, sino que serían parte de la cotidianidad, y pueden buscarse a nivel individual, social o comunitario y en las distintas relaciones entre los sistemas.

A su vez los autores/as advierten que también desde las políticas gubernamentales, hay un cambio de mirada que, por un lado, plantea el trabajo conjunto entre los distintos sectores del servicio público; y por otro, trabaja en la implementación de reformas al sistema de salud público donde enfatiza la intervención en salud primaria, orientándose hacia los principales problemas de salud de la comunidad e integrando la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. En esta reforma se propone la participación coordinada de todos los sectores conexos a la salud. A su vez, solicita y estimula la responsabilidad y la participación del individuo y de la comunidad, buscando obtener el mayor provecho de los recursos disponibles y asigna al trabajo en equipo un lugar central en la atención de las necesidades manifiestas de la comunidad.

Entonces, como miembro de estos equipos, el psicólogo clínico habrá de hacer de su lenguaje y conceptualización un mensaje comprensible y significativo para todos los componentes de los equipos que han de abordar los problemas. De igual modo, ha de ser un deber del psicólogo el poseer un bagaje teórico que le permita comprender los aportes de cualquier profesional en cuanto fenómenos del continuo salud – enfermedad.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1 RESEÑA HISTÓRICA

La Clínica Saint Michel es una empresa familiar fundada por el Dr. Jorge Michref, Médico Sanitarista y su esposa Ismery Suárez, Lic. en Psicología. Con la determinación de ambos, en el año 1983, nace esta institución destinada al tratamiento de patologías inherentes a la salud mental (Clínica Saint Michel, 2019).

Recién en el año 1987 que se adquiere el predio en Av. Sagrada Familia al 500 donde se encuentra funcionando la clínica actualmente. Por referencia de una enfermera que trabaja allí hace más de 25 años se sabe que los fundadores comenzaron formando un grupo reducido de profesionales, lo cual les permitió llevar a cabo su proyecto en el área de Salud Mental orientado a tratar las distintas patologías psiquiátricas que se presentaban en ese entonces. En un comienzo, este grupo estaba conformado por el Doctor Michref, su esposa, dos auxiliares de limpieza y los enfermeros, y poco a poco, fueron ampliando el personal hasta lograr el crecimiento actual que se puede observar en la clínica (Laguinge, 2017).

3.2 FUNCIONAMIENTO

El enfoque de esta institución es sobre la salud, siendo una de las pocas clínicas psiquiátricas nuevas, constituida y diseñada desde un actualizado programa médico dentro del campo de la Salud Mental y la Psiquiatría Moderna. Se asiste a las necesidades particulares de cada paciente mediante estudios clínicos, psiquiátricos y de laboratorio, buscando definir un diagnóstico preciso del estado de la persona, para un tratamiento adecuado y eficaz, con técnicas modernas en el campo de la salud. Parten de una visualización clara del conflicto, para poder adecuar la terapia a la demanda real (Clínica Saint Michel, 2019).

Siguiendo la página web de la institución, quienes acuden a la clínica, son atendidos por un grupo de profesionales que buscan brindar siempre una solución adecuada. Este equipo de especialistas constituye una red en la que el trabajo se realiza de manera coordinada, conformando una institución organizada y activa, atenta a los cambios tecnológicos de reingeniería psiquiátrica. Ponen especial énfasis en la admisión del enfermo para evitar gastos innecesarios, tratamientos indebidos y procuran que su incidencia sea lo más apropiada para el grupo familiar al cual pertenece. Una vez realizado el diagnóstico del paciente, los distintos equipos de salud trabajan atendiendo su problemática mediante terapias dinámicas en las que se incluyen actividades

recreativas intra y extra institucionales, talleres de expresión, etc. El programa asistencial de la Clínica Saint Michel, contempla una amplia gama de alternativas que responden a una concepción integral y no sólo psiquiátrica del paciente.

3.3 POBLACIÓN

La clínica atiende a niños/as, adolescentes, adultos/as y adultos/as mayores. Cuentan con profesionales especializados para la atención de cada grupo etario.

3.4 SERVICIO

El servicio de la clínica está dividido por áreas, cada una de ellas coordinadas por profesionales especialistas. Tomando la información proporcionada por la página web de la Clínica Saint Michel (2019), a continuación se describirá el funcionamiento de cada una de estas áreas.

3.4.1 Programa de Prevención Primaria de Problemáticas Actuales en Niños y Adolescentes

El departamento de psicología infanto-juvenil está formado por un equipo profesional interdisciplinario, integrado por psicólogos, psiquiatras y especialistas en el área. Dentro de la atención y los servicios que se ofrecen, se encuentra, por un lado, la atención específica por Consultorios Externos como el sector propio al área de internación con toda la atención psicológica, psiquiátrica, familiar como de rehabilitación que se requiera en cada caso. La consulta se inicia mediante una primera entrevista de admisión con los padres o persona a cargo del niño/a, tras la cual, se cita al paciente para continuar con la etapa diagnóstica. Se continúa el proceso de psicodiagnóstico, mediante una entrevista de devolución, donde se entrega informe correspondiente, entrevistas diagnósticas y orientación terapéutica como tratamiento a seguir. Como estrategia terapéutica que suma a la prevención, cuidados y continuidad de tratamiento, se ofrece la atención continua por Hospital de día para adolescentes, instancia intermedia sumamente útil entre la internación y el seguimiento por consultorio externo junto a su medio sociofamiliar.

En este programa se ofrecen internaciones para una población entre 14 a 18 años, orientación psicoeducativa para padres, espacios grupales preventivos para el/la niño/a, terapias lúdicas y creativas, orientación vocacional y abordajes interdisciplinarios.

3.4.2 Programa de Tratamiento de Pacientes con Problemáticas Asociadas al Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas

Este programa está destinado a personas que no puedan controlar el consumo, con deterioro y/o ausencia de vínculos familiares, referentes, amigos y/o sociales que estén cursando un periodo de intoxicación aguda, síndrome de abstinencia, deterioro generalizado importante. Está orientado tanto a la estabilización de la sintomatología como así también a la inserción y reinserción sociofamiliar y sociolaboral. El proceso terapéutico está dirigido a la desintoxicación, deshabituación, rehabilitación y alta supervisada.

En el marco de la situación de pandemia este programa se encuentra modificado. Según lo informado por la referente institucional el programa no está dividido del resto de los sectores, los pacientes que ingresen pueden ser atendidos por cualquiera del equipo. La mayoría de los pacientes ingresa para desintoxicarse y continúan su tratamiento en otros lugares (Registro N° 9, 29/05/2020).

3.4.3 Casa de Medio Camino

Se propone como una modalidad de rehabilitación, orientada al reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales, promoviendo el mantenimiento de vínculos con el entorno social y laboral del paciente, sosteniendo la continuidad de tratamiento ambulatorio. Está dirigido a pacientes de entre 21 a 60 años estabilizados mediante tratamiento en vigencia psicofarmacológica y/o psicoterapéuticos, con diagnóstico de Neurosis, Psicosis, etc., sin patología de orden orgánico, sin posibilidades de reinserción socio-familiar inmediata, con vínculos débiles que le impiden sostenerse por sí mismos en la vida social, con cierto grado de autonomía e independencia para desempeñarse en la vida cotidiana, sin trastornos de orden cognitivo, con autonomía económica para desarrollar actividades que garanticen independencia, con familiares o amigos referentes comprometidos para facilitar el trabajo de vínculos referenciales. La permanencia en el dispositivo será limitada en tiempo sujeto a cada residente.

3.4.4 Hospital de Día

El Hospital de Día Se trata de una modalidad terapéutica intermedia, entre la atención ambulatoria y la internación, que apunta a contener y abordar desde un trabajo interdisciplinario el tratamiento del paciente. El dispositivo está orientado a pacientes

con Diagnóstico de Psicosis, Trastorno Bipolar y Trastornos Afectivos, en sus diversas presentaciones. El objetivo terapéutico es la resocialización y rehabilitación del paciente, intentando destacar los potenciales sanos y estimulando capacidades personales.

Para ingresar a la modalidad de Hospital de Día en esta institución, se accede a una primera entrevista en la que se evalúan las necesidades e intereses del paciente y sus familiares, se brinda orientación y asesoramiento, diseñando de esta manera un programa de actividades acordes a los requerimientos de cada caso. La modalidad y frecuencia de asistencia al Hospital de Día la determina el profesional o equipo tratante.

3.4.5 Consultorios Externos

En esta área se realizan tratamientos ambulatorios de personas que concurren por demanda espontánea, derivaciones o post-altas de internaciones. Profesionales especialistas en psiquiatría, psicología, nutrición, psicopedagogía, terapeutas familiar, intervenciones individuales, grupales y familiares y de pareja, atienden todos los estados psicopatológicos nombrados como, psicosis, depresión, adicciones, psicogeriatría, problemáticas escolares, desórdenes alimenticios, entre otras en niños, jóvenes, adultos y gerontes.

Tomando lo informado por la referente institucional, durante la situación de aislamiento social obligatorio, esta área funciona de manera virtual a través de la plataforma Zoom, con algunas excepciones de atención presencial para pacientes que no se adaptan al dispositivo virtual (Registro N° 9, 29/05/2020).

3.4.6 Guardia 24 horas

El servicio de guardia permanece disponible los 365 días del año, las 24 horas del día. Se asiste la demanda espontánea o derivaciones, incluidas las judiciales, sin posibilidad de programación. El paciente es atendido en forma conjunta por 2 profesionales médicos que realizan la atención según procedimientos internos institucionales, con la consiguiente indicación de internación si la situación lo amerita, caso contrario su inmediata derivación a consultorio externo. Además cuenta con guardia pasiva de 2 médicos especializados en el área Psiquiátrica y clínica las 24 horas del día los 365 días del año con el objeto de darle solución y contención médica a todas las demandas.

Según lo informado por la referente institucional, en la situación de pandemia por COVID-19, la guardia se mantiene funcionando con normalidad (Registro N°5, 15/05/2020).

3.4.7 Internado

Es un servicio pensado para internaciones agudas y crónicas que están organizadas en sectores según edad, sexo y patología. Se admite a sujetos desde los 14 años en adelante. Las admisiones se realizan en la guardia, y allí se lleva a cabo un diagnóstico de urgencia, para determinar si el paciente cumple con los requisitos de internación (Batistella, 2018).

Las intervenciones terapéuticas son individuales, grupales, familiares y de rehabilitación. Los cuadros psicopatológicos que se atienden son los contemplados en el nomenclador de enfermedades mentales. Todas las prestaciones se realizan de acuerdo a protocolos internacionales, nacionales y los construidos por la institución. Se realiza valoración nutricional y seguimiento clínico del paciente. Cuenta con profesionales en Psiquiatría, Psicología, Clínica Médica, Nutrición, Trabajadores Sociales, Fisioterapeutas, Terapistas Contextuales (Lic. en Educación Física, Musicoterapeutas, Laborterapistas, entre otros) y enfermería las 24 horas del día, que realizan la atención integral del paciente para en forma conjunta lograr la reinserción familiar, social y laboral de los pacientes (Clínica Saint Michel, 2019).

3.5 DIVISION ESTRUCTURAL DE LA CLÍNICA

La infraestructura es amplia (5.000 m² aproximadamente). En general, se pueden reconocer cuatro grandes espacios: hospital de día, Consultorios Externos, guardia e internación. En lo que respecta al espacio de internación, se divide en cinco sectores. (Batistella, 2018). Dentro del sector rojo normalmente se atiende pacientes que han presentado una crisis psiquiátrica aguda, sin embargo actualmente en el marco de la pandemia por COVID-19, según lo informado por la referente institucional, este lugar se dispone como sector de aislamiento, donde pacientes que ingresan por la guardia para internación permanecen 15 días bajo observación y luego son derivados a sus respectivos sectores (Registro N° 9, 29/05/2020).

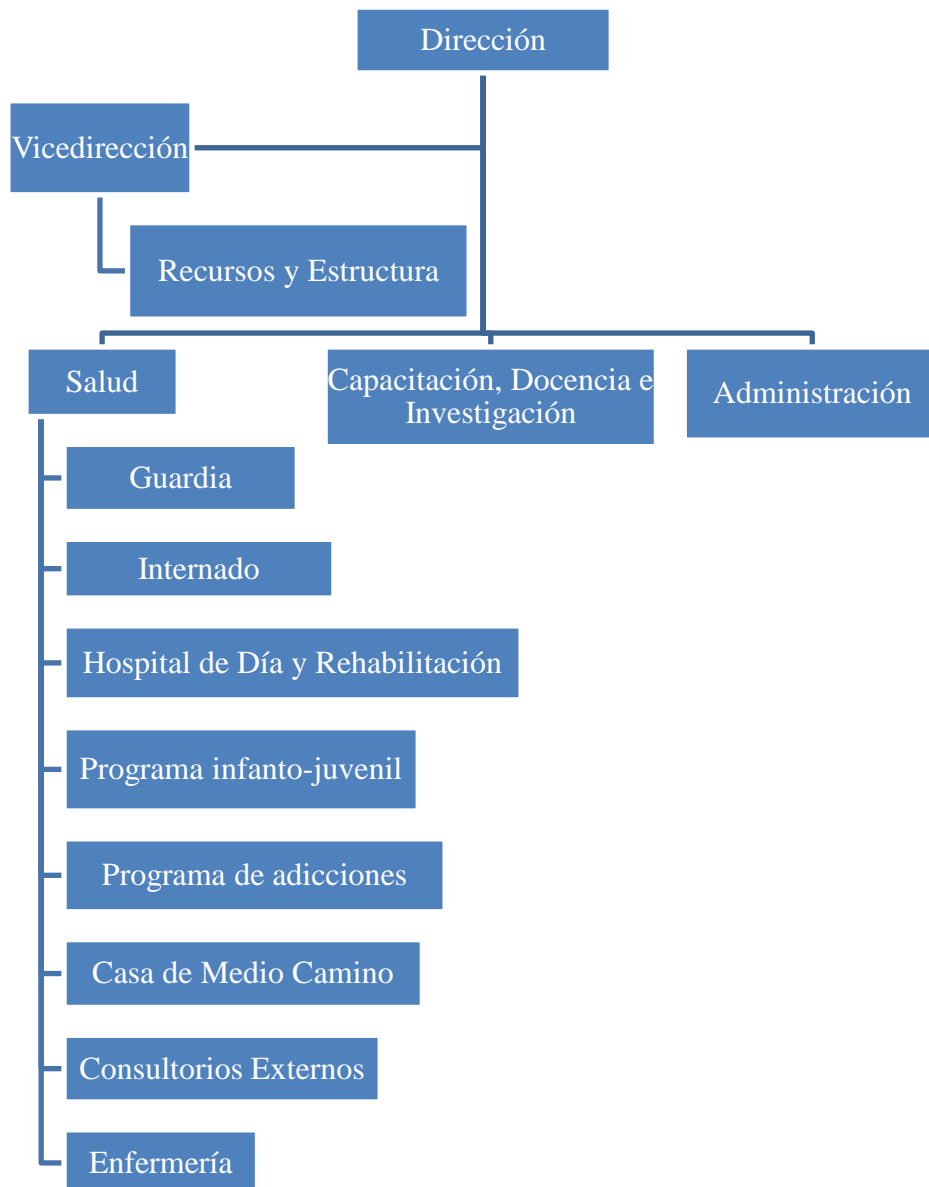
Siguiendo con la información presentada en el Trabajo Integrador Final de Batistella (2018), el sector azul está destinado a pacientes crónicos estables, con mayor

autonomía; el sector verde atiende a pacientes agudos pero en su mayoría personas mayores de edad; el sector amarillo es el sector de psicogeriatría, para adultos mayores crónicos; el sector blanco se divide a su vez en dos subsectores: el sector blanco A para pacientes con problemas de uso problemático de sustancias y el sector blanco B, donde también hay pacientes con problemáticas agudas, pero estables.

3.6 NUEVAS MEDIDAS POR COVID-19

Según un comunicado publicado en el sector de novedades de la página web de la institución (2020), debido a la pandemia de público conocimiento (COVID-19), se tomaron nuevas medidas protocolares. Se ha instalado en el ingreso a la guardia (Humberto 1º), una carpa sanitaria. Todos aquellos que hayan tenido contacto con el exterior de la institución deberán realizarse el control, incluyendo profesionales, personal auxiliar, enfermeras, proveedores, pacientes y visitas, entre otros. El control se realiza en el área de triage, en donde se evalúa y prioriza la urgencia de la visita. En segundo lugar, se revisa la temperatura corporal y la posibilidad de la existencia de cualquier otro síntoma que pueda relacionarse con el virus y/o otra enfermedad. En caso de no presentar ningún síntoma, el interesado tendrá permitido el ingreso. En el caso contrario, se le realizará un segundo control donde se le otorgará un diagnóstico.

3.7 ORGANIGRAMA



4. EJE DE SISTEMATIZACION

Los contactos virtuales con las distintas áreas de la institución han sido experiencias muy ricas y me han dado pie a reflexionar acerca de algunas cuestiones en torno al cambio de encuadre para la asistencia psicológica en el área de Consultorios Externos que se dio en el contexto de pandemia. Teniendo en cuenta lo planteado por García y Tirado (2010) acerca de que sistematizar no es cualquier acción, sino que debe perseguir el objetivo de transformación de la realidad, considero que sistematizar esta experiencia podría aportar a una transformación en el modo en que pensamos al encuadre dentro del ejercicio de la clínica. El eje de sistematización fue delimitado de la siguiente manera:

“La implementación del encuadre virtual, en respuesta a las necesidades actuales de la clínica psicoanalítica en el marco de pandemia por COVID-19, para la asistencia psicológica en el área de Consultorios Externos de Clínica psiquiátrica monovalente de la provincia de Córdoba”

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el encuadre virtual implementado para la asistencia psicológica en el área de Consultorios Externos de la clínica Saint Michel en contexto de pandemia por COVID-19

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar el encuadre virtual implementado para la asistencia psicológica en el área de Consultorios Externos.
- Identificar posibles factores facilitadores así como también obstaculizadores del encuadre virtual para la asistencia psicológica en Consultorios Externos
- Identificar en viñetas clínicas del área de Consultorios Externos características específicas del encuadre virtual y sus efectos clínicos.

6. PERSPECTIVA TEORICA

A continuación se desarrollará la perspectiva teórica en la que se basa el análisis de la experiencia práctica reflejada en el presente Trabajo Integrador Final. En primer lugar, se presenta la evolución del concepto de encuadre hasta arribar a las conceptualizaciones vigentes en la clínica psicoanalítica contemporánea. A continuación se contextualiza el paradigma psicoanalítico contemporáneo bajo el cual se enmarcan las prácticas actuales, luego se contextualizan los cambios socioculturales de la época actual relacionados al desarrollo de las tecnologías de la información y su impacto en el psicoanálisis, posteriormente se exponen los desafíos y cambios acaecidos a raíz de la pandemia por COVID-19 en lo que respecta a la atención psicológica ambulatoria psicoanalítica. Luego, en el marco de estos cambios epocales y desafíos actuales, se expondrá el concepto principal del eje de sistematización, el encuadre virtual.

6.1 EL ENCUADRE

6.1.1 La Evolución del Concepto de Encuadre en el Psicoanálisis

Tomando los aportes de Schroeder (2010) podemos hacer un breve recorrido en relación a la evolución del concepto de encuadre a partir de las principales ideas directrices elaboradas en relación al concepto, culminando en conceptualizaciones vigentes en la clínica psicoanalítica contemporánea.

Podemos encontrar los inicios en los escritos de Freud, que si bien no ha explicitado el concepto de encuadre, en *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* del año 1912, ha establecido una serie de indicaciones: relacionadas a cuestiones metodológicas, destacándose la Regla Fundamental de la asociación libre; referidas al contrato con el paciente en relación a la frecuencia, los honorarios, etc.; al lugar del analista y la necesaria abstinencia en su posicionamiento con el fin de promover el establecimiento de la transferencia y posibilitar así el trabajo con lo inconsciente.

Así, estas indicaciones han operado a modo de reglas instituidas que regulan la relación paciente-analista y durante mucho tiempo no habrían tenido modificaciones sustanciales. De este modo, en los inicios, el concepto de encuadre aludía a un ideal de fijeza, de un marco externo constante, de invariancia o a lo sumo de un cambio que se atribuía a normas generales.

Bleger (1967), citado en Schroeder (2010), es quien introduce el concepto de encuadre, señalando una distinción entre el *proceso* caracterizado por el análisis y la interpretación, y el *no-proceso*, que constituye el encuadre, es decir, las constantes que van conformando el marco en que se daba el proceso, entendido éste, como las variables. El marco externo así fijado permitía el despliegue del proceso analítico al interior del campo psicoanalítico.

Winnicott introduce el concepto de *setting* y comienza a interrogarse con respecto al abordaje de pacientes en quienes el yo no está suficientemente constituido y con los cuales el dispositivo psicoanalítico, al que podríamos denominar como *clásico*, no resulta útil en la medida en que se complejiza el papel de la regresión. A partir de esto, Winnicott comienza a introducir modificaciones al encuadre con el objetivo de promover y ampliar las posibilidades del trabajo psicoanalítico con pacientes que desbordan el campo de las neurosis (Schroeder, 2010).

Según lo planteado por Uribarri (2008) y, teniendo en cuenta los principales aportes de los autores anteriormente mencionados, es posible delimitar tres grandes momentos en el pensamiento psicoanalítico: en primer lugar encontramos el modelo freudiano, en segundo lugar, los desarrollos postfreudianos, y por último y más recientemente, podemos identificar un pensamiento psicoanalítico contemporáneo que intenta superar o cuestionar los reduccionismos de los primeros dos momentos.

Es en este último momento donde nace un concepto de encuadre contemporáneo, impulsado en primer lugar por la ampliación de las fronteras de la práctica psicoanalítica a raíz de la incorporación de la clínica con pacientes de estructuras no neuróticas. En segundo lugar encontramos lo que algunos autores denominan como el desmantelamiento del encuadre tradicional, situación que además de verse influida por la extensión de las fronteras de la clínica psicoanalítica, también estaría condicionada por factores epocales, ligados a los vertiginosos cambios en el ámbito sociocultural en las últimas cuatro décadas.

En este marco epistemológico se comienza a conceptualizar el encuadre desde otra perspectiva. Hamuy (2018) toma el concepto de psiquismo creador planteado por Fiorini (2006) definido a partir de la puesta en juego de:

Procesos terciarios en tanto organizaciones del pensamiento que dan lugar a los procesos y pulsiones creadoras, donde se articulan y distinguen el espacio de lo posible, lo dado y lo imposible. Desorganiza formas constituidas y reorganizan nuevas formas o sentidos. Convocan elementos diferentes, enlazan sus oposiciones haciéndolas converger, a la vez que diverge constituyen objetos abiertos a múltiples significaciones. (p.137)

Partiendo de este concepto la autora plantea una flexibilidad otorgada al encuadre desde la articulación entre el psiquismo creador del terapeuta, su creatividad, y la inclusión de diversas formas de intervenir que propicien movimientos, dando movilidad y elasticidad a los márgenes del encuadre, sin que esto implique la pérdida de la forma. “Plasticidad, que permita tanto cambios en el paciente como en la oferta, ampliando las posibilidades de concebir y ejercer la clínica” (p.138).

Green (2005) por su parte conceptualiza al encuadre como el conjunto de condiciones de posibilidad requeridas para el ejercicio del psicoanálisis. Abarca por un lado las disposiciones materiales, o a la parte que el autor denomina *estuche* del encuadre, que rigen las relaciones entre analizante y analista como el modo de pago de las sesiones, la coordinación conjunta de las vacaciones, la periodicidad de los encuentros, número y duración de las sesiones, etc. fijadas desde un primer momento. La otra parte del encuadre es la *matriz activa*: “compuesta por la asociación libre del paciente y la atención y la escucha flotante del analista, impregnadas de neutralidad benévola que forman el par dialógico donde se arraiga el análisis” (p.59).

La tesis del autor es que tanto el psicoanálisis como la psicoterapia psicoanalítica comparten muchos rasgos de esta *matriz*, pero difieren sobre todo en cuanto al *estuche* que la encierra, este último es variable. Plantea el interrogante: “si atribuimos tanta importancia al concepto de encuadre analítico, ¿Qué pasa cuando en psicoterapia se lo modifica tanto que puede llegarse a afirmar que desapareció?” (p.64).

En esta misma línea, Avenburg (2004) se plantea la posibilidad de un encuadre cambiante, partiendo de la idea de que

Un proceso ha de desarrollarse dentro de ciertos límites y, para que éste se aprecie como tal ha de referirse a un trasfondo constante. El

encuadre tiene que ver con la forma que se da a un determinado contenido, que es el proceso. El proceso es lo que está en movimiento y la forma que tiene un proceso psicoanalítico deberá ser adecuada a su contenido; si el contenido es cambiante ¿puede la forma ser constante?.

(p. 25)

6.1.2 El Encuadre Interno

Según Green (2000) citado en Uribarri (2012), ante la diversidad de la práctica, con sus encuadres variables, podemos encontrar unidad, fundamento y su condición de posibilidad en el encuadre interno del analista, el cual se presenta como garante del método.

Viñar (2002) por su parte sostiene que en el psicoanálisis

(...) lo que define la calidad del encuentro y el espesor de lo que allí ocurre no son las condiciones formales, sino la actitud y disposición de quienes llevan a cabo el proceso. Las pautas formales son mudas cuando el proceso marcha, y sólo son estridentes cuando hay dificultades. Es la actitud y disposición del analista el pivote que vertebrará el encuadre, las reglas del dispositivo son medidas accesorias para favorecer la emergencia de un diálogo analítico. (p. 32)

Entonces, podemos plantear que la ausencia de un encuadre análogo al del psicoanálisis obliga al analista a remitirse a un *encuadre interno*. Es decir, al que el mismo internalizó en su propio análisis y no deja de estar presente en su mente, rigiendo el límite de las variaciones que autoriza y llevándolo a conservar las condiciones necesarias para proseguir los intercambios, a pesar de cualquier cambio que acontezca en el encuadre (Green, 2005). Fainstein (2020) coincide con estas ideas, proponiendo que la práctica analítica se basa en el encuadre interno del analista, producto de su formación y su propia experiencia analítica, por lo que no deberían preocuparnos las necesarias variaciones, incluso de la neutralidad. Va más allá de cualquier formalidad y especialmente de las formalidades institucionales, dando espacio a la creatividad necesaria para cada paciente y cada momento.

En esta misma línea, Labarthe (2020) sostiene que el encuadre no basta por sí solo para definir la actitud analítica necesaria para el método que practicamos ya que

para que se instaure la actitud analítica resulta fundamental mantener el marco o encuadre interno del analista, uno que abarca a su vez todos los aspectos que afectan al encuadre, entre ellos, la imposibilidad de reunirse presencialmente. La confianza que los analistas establecen y transmiten al mantener ese marco o encuadre psicoanalítico interno hace posible el tratamiento y garantiza su continuidad, ya sea éste de carácter presencial o no. La autora afirma que gracias al encuadre interno pudieron adoptarse nuevos rasgos del encuadre primero ya que “uno y otro se vinculan estrechamente y si se modifican los rasgos de uno y ello suscita desconcierto, el otro tiene que poner su solidez al servicio del análisis” (p. 38).

Por su parte, Tabacof (2020) sostiene que la interiorización del encuadre analítico es condición para lograr ser un *analista sin diván*. El encuadre interno del analista es aquello por lo que un paciente construye también en su interior un marco para su propio psiquismo, más allá de las circunstancias en las que se lleve a cabo el análisis.

Alizade (2002) afirma que el encuadre interno:

No es ningún comodín práctico. Constituye una encrucijada de complejidades que nos obligarán a investigar en los procesos de la cura, en la eficacia analítica y en la inclusión de *lo nuevo* en nuestra praxis. El desmantelamiento del encuadre externo convencional es una realidad contemporánea que se presenta como hecho en sí y que plantea un desafío a la teoría de la técnica psicoanalítica. (p. 16)

En definitiva, en el marco de un psicoanálisis contemporáneo, el analista buscará desplegar el método psicoanalítico jugando entre lo interno y lo externo:

El desafío consistirá en buscar transicionalizar esta zona de frontera, que en estos tiempos de amor líquido y de avances tecnológicos, es preciso conceptualizar, más que como frontera, como red. Se postula la necesidad del plural, se trata de los encuadres, que lejos de estar ya dados, será preciso construirlos cada vez. (Schroeder, 2010, p.9)

6.2 LA CLINICA PSICOANALITICA EN LA ACTUALIDAD

6.2.1 *Psicoanálisis y Complejidad*

En la contemporaneidad, la lógica de la simplicidad ha dejado de ser funcional. Estas lógicas han sido muy eficaces al aplicarse en contextos relativamente estables y aislados, sin embargo, la transformación sociocultural que estamos viviendo actualmente, implica pasar de la búsqueda de certezas a la aceptación de la incertidumbre. Hoy, se requiere pensar de una manera no lineal, dar cuenta de paradojas que nos constituyen, ya que por un lado, el sujeto construye al objeto en su interacción con él, y por el otro, el propio sujeto es construido en la interacción con el ambiente natural y social. “No nacemos sujetos, sino que devenimos tales en y a través del juego social” (Najmanovich, 2005, p.46).

En la construcción de un paradigma psicoanalítico contemporáneo, se destacan los aportes de Green (2002) citado en Uribarri (2012), quien ha apostado a una relación interdisciplinaria con la epistemología de la complejidad. Así, este autor plantea al pensamiento clínico como una forma psicoanalítica del pensamiento hipercomplejo, tomando como eje al paradigma de la complejidad planteado por Morin (1990) citado en Uribarri (2012), caracterizado por tres principios: la *complejidad dialógica*, que afirma que la relación es más importante que los términos que ella reúne, coincidiendo con lo que el psicoanálisis contemporáneo denomina como la terceridad; la *recursividad*, que alude a no separar esquemáticamente las causas y los efectos ya que la causa produce efectos que retroactúan sobre la causa y el efecto deviene a su vez causa, lo que nos remite a conceptos como el après-coup y la resignificación. Por último, el punto de vista *hologramático* que implica que la parte está en el todo que se reencuentra él mismo dentro de la parte, y el todo está en la parte que a su vez está en el todo.

En esta misma línea, según lo planteado por Berenstein y Puget (1997), para pasar de un pensamiento simplista basado en seres aislados a un pensamiento complejo, no se puede prescindir de una lectura del sujeto, el vínculo con otros y la cultura en la que está inmerso. Estos tres registros, expresan la metáfora de un sujeto viviendo y teniendo raíces simultáneamente en varios mundos. El mundo interno conformado por representaciones, imágenes, sueños y fantasías, en donde el yo sostiene un código

vinculado a los deseos; el mundo interpersonal donde el yo está con otros, en alguna relación de privilegiada intimidad; y el mundo socio-cultural donde se establecen relaciones con conjuntos representantes de la sociedad: valores, creencias, ideología, principios morales, historia. Un análisis complejo no implica elegir uno u otro sino pensar desde la inherente interdependencia de los tres registros, ya que desde su constitución, entre el sujeto, los otros y la cultura hay lazos que pueden estar más o menos anudados.

En este modelo contemporáneo tendría un rol central la introducción y elaboración del concepto de encuadre ya que permite abarcar la complejidad que apremia a la práctica clínica psicoanalítica:

El encuadre se distingue de la mera situación material y se concibe como una función constituyente del encuentro y del proceso analítico. De naturaleza transicional (entre la realidad social y la realidad psíquica), el encuadre es institución y puesta en escena del método analítico, de su núcleo dialógico y de su matriz intersubjetiva simbolizante. (Schroeder, 2010, p.162)

6.2.2 Época de las Tecnologías de la Información y Psicoanálisis

En la época actual, una parte muy importante del intercambio social circula por los actuales medios tecnológicos de comunicación. Al modo tradicional de encuentro y de contacto se le fueron agregando otros, como producto de la influencia de la tecnología en la vida cotidiana, lo que fue constituyéndose como uno de los principales elementos que vienen transformando las costumbres y los paradigmas culturales de comportamiento. Las tecnologías de comunicación a distancia conforman un elemento fundamental en el desarrollo de la vida actual de las personas, habilitan un encuentro y un contacto con el otro, diferente del tradicional. Comunicarse por teléfono, por Internet o por mensaje de texto es una forma habitual de encuentro comunicativo (Carlino, 2010).

En este sentido Rodríguez Plasencia (2015) sostiene que las nuevas formas de relación posibilitadas por el desarrollo tecnológico han llevado a un giro impactante en las configuraciones sociales contemporáneas. La virtualidad como parte de la vida y la vida atravesada de muchas maneras por la virtualidad, constituye ahora un elemento

importante en la subjetividad de nuestra época en la que se están transformando radicalmente los modos de relación y de sentido.

En el procesamiento de la subjetividad y de lo que se considera como salud mental, se deben incluir los valores y los paradigmas vigentes de la época en que es abordado. Freud y sus seguidores desarrollaron el psicoanálisis en los comienzos del siglo pasado, donde el panorama sociocultural era totalmente distinto, sin embargo, el psicoanálisis se ofrece a personas que crecen, se articulan y operan con la concepción que promueven los avances tecnológicos mencionados, y esto es un fenómeno que tanto la práctica psicoanalítica como quienes la ejercen no pueden desconocer (Carlino, 2010).

Carlino (2020) plantea que es así como el entorno tecnocultural actual impulsó la implementación del abordaje clínico virtual. En los comienzos del psicoanálisis, era inimaginable practicarlo fuera del ámbito de un consultorio analítico. A finales del siglo pasado comenzaron las demandas de tratamientos desde distintos lugares geográficos y esto se debe en gran parte a los nuevos y accesibles recursos telecomunicativos para atenderlas. Esta situación operó como solicitud al psicoanálisis y a los psicoanalistas para que se actualizaran con otra manera de abordaje comunicativo que no sólo implicaba otra forma sino que aportaba una mayor repercusión y alcance social al psicoanálisis al hacer posible el protagonizar clínicamente en lugares lejanos o difíciles de acceder por el tiempo de traslado al consultorio. De este modo, el autor sostiene que

El analista debe dejar atrás una concepción atemporal que demandaba al analista *hacer psicoanálisis* para pasar ahora a *psicoanalizar* a personas reales en el entorno de sus circunstancias, insertas en su cultura y con paradigmas lógicos, a veces diferentes al *sentir-pensar-proceder* del analista, quien tiende espontáneamente a percibir y concebir desde sus propios paradigmas o lógicas de base. (Apartado Reflexiones epistemológicas. Habilidades y dificultades operativas. Párr 1.)

Carlino (2010) plantea que el hecho de incluir adecuadamente los adelantos técnicos comunicacionales puede constituir un acto de libertad enriquecedora, y no de sumisión. Resalta la importancia de que el psicoanálisis pueda sostener una postura crítica frente a lo que cambia, dejando de lado la terquedad y la resistencia al cambio,

adoptando “una postura de razonable equilibrio entre lo nuevo que le golpea la puerta al psicoanálisis pidiéndole que se renueve y lo ya valioso por conocido, probado y establecido” (p.35), de modo que le permita acompañar el devenir de la sociedad.

Así, en la clínica contemporánea, se vuelve necesario incluir el concepto de plasticidad, no sólo como aquello que se espera del lado del paciente como orden de lo saludable, sino también del lado de los terapeutas, es decir, la plasticidad como cualidad de sus funciones yóicas que puedan disponer para su trabajo (Hamuy, 2018).

6.2.3 Desafíos que Impone la Pandemia por COVID-19 a la Asistencia Psicológica Ambulatoria Psicoanalítica

A partir de la pandemia, el gobierno y el sistema de salud proponen que lo más adecuado en términos de medidas sanitarias es sostener las sesiones de manera virtual. Es decir, aplicarse a lo que en el ámbito de la salud se llama ya desde hace tiempo *telemedicina* o *e-Salud*. Esto al menos en lo que concierne a la atención de tratamientos ambulatorios en consultorio, ya sea de hospitales, centros de salud o de atención particular (Murillo, 2020).

La práctica psicoanalítica no podría estar ajena a este contexto de pandemia. Frente a esta situación, los analistas se vieron obligados en pocos días a adecuar su práctica a medios virtuales o suspenderla hasta que fuera posible seguirla en consultorios. Muchos de los que se oponían fuertemente a la posibilidad de hacerlo por considerarlo inviable, están hoy descubriendo sus posibilidades y solo algunos pocos han suspendido su tarea (Fainstein, 2020).

En esta misma línea, Labarthe (2020) plantea que se interrumpió súbitamente el análisis que conocíamos y fue necesario hacerle frente al caos, crear una versión que asegurara los logros alcanzados por los pacientes, que contuviera la ansiedad que provoca la amenaza del COVID-19, y reinstaurara un espacio analítico en el que el paciente siguiera avanzando cuando la cotidianeidad y el tiempo parecían detenerse. No hubo posibilidad de preparar el cambio ni adelantarse a los hechos. La disyuntiva era sesiones a distancia o interrupción del análisis, sin embargo la respuesta general ha sido la adopción necesaria de un encuadre analítico con nuevos rasgos.

Benyakar y Lezica (2005) plantean que una catástrofe, como una pandemia, constituye un evento disruptivo, por ser una situación fáctica que resulta desestabilizante, su capacidad de afectar potencialmente es inherente al evento proveniente de la realidad exterior al aparato psíquico, aunque deja sus improntas intrapsíquicas. Estos sucesos ponen a prueba la capacidad de elaboración de los sujetos. En esta misma línea Fainstein (2020) plantea que la práctica analítica se ha visto sorprendida por algo completamente inesperado, en pocos días ha obligado no solo a trabajar en forma remota sino a atender esta situación disruptiva que afecta por igual a paciente y analista. En algunos casos se produjo una fácil adaptación al nuevo dispositivo sosteniendo el método analítico, sobre todo con pacientes de estructura neurótica y con experiencia analítica. En otros, la experiencia se hace más difícil. “La realidad compartida es muy invasora por lo amenazante y muchas veces es difícil implementar la necesaria asimetría para la tarea analítica. Es nuestro desafío lograrlo” (p. 13).

En relación a esta situación, Castiñeras (2020) sostiene que gran parte de las sesiones en estos momentos de crisis están llenas de relatos vinculados a lo que está sucediendo socialmente, sin embargo:

...más tarde, cuando el analista puede descentrarse de ese personaje copartícipe, extraviado entre discursos anteriores y vacilaciones del relato actual, turbulencias, entre sueños, recuerdos, nombres y olvidos, tienta algo, un desvío, abrir algo hacia algún otro lugar que aún no parece claro cuál es, para que el paciente respire en el medio de esa perturbación otros aires y rutas posibles. (Párr. 15)

Retomando las ideas de Fainstein (2020) entendemos al contexto de pandemia como una situación de oportunidad, aunque no buscada, de poner a prueba la clínica psicoanalítica explorando en este nuevo contexto, evitando una actitud nostálgica de curas tipo o encuadres prefijados. Propone aprovechar el saber del analista, el cual solo permite la experiencia, evitando reproducir lo sabido, buscando lo nuevo que posibilita este contexto. Las frecuentes preocupaciones acerca del encuadre y la posibilidad de mantenerlo en esta situación que amenaza por sostenerse por varios meses, exige reconsiderar la importancia que muchos le otorgan. No debemos confundir presencia física con presencia emocional en relación al psicoanálisis remoto, ya que mientras que

hasta aquí la idea de remoto se asociaba frecuentemente a distancia, hoy vemos que muchos pacientes lo sienten más cercano, inclusive entrando en su intimidad y en la del analista.

La situación requiere de las más singulares maniobras transferenciales. Algunos pacientes quieren o simplemente se adaptan a continuar trabajando a través de sesiones virtuales, pero otros no quieren hacerlo. Por razones particulares en cada caso es evidente que no es lo mismo, ni resulta ser el mundo ni el sujeto el mismo que antes de la pandemia (Murillo, 2020).

Hernández Leyva, Martínez Alarcón y Pacheco García (2021) sostienen que toda crisis abre la posibilidad de que se despliegue la creatividad. En este contexto, la crisis que se ha presentado en cuanto a manifestaciones sintomáticas agudizadas a raíz del confinamiento, generó un aumento en la demanda de atención psicoterapéutica. Este aumento en la demanda ha motivado a la creatividad, ha permitido continuar el trabajo sosteniendo el encuadre que estructura la labor analítica, implementando una atención a distancia.

Khouri (2020) plantea que han surgido diversas reflexiones sobre la manera de hacer psicoanálisis hoy en día y quizá el camino más corto sería asustarnos menos con los cambios del encuadre, y hacer lo que sea posible en este momento extraordinario. Existen diversas formas de hacer psicoanálisis y “la potencia del método psicoanalítico está justamente en la posibilidad de sostener la extrañeza y dar espacio a la búsqueda de sentidos.” (p. 23), esta es la ética del psicoanálisis.

6.2.4 Psicoanálisis Más Allá del Consultorio: Encuadre Virtual

Carlino (2010) plantea que en el momento actual, con la disponibilidad social en las telecomunicaciones que suponen nuevas formas comunicativas, surge la oportunidad de habilitar la implementación del análisis más allá del consultorio. Esta innovación cobra importancia vital ante la necesidad del psicoanálisis clínico de ser acompañado con valores, paradigmas y recursos técnicos contextuales de cada momento y lugar.

Aryan et al (2015) sostienen que en el desarrollo del psicoanálisis a distancia, un factor que se destaca es la ausencia de un término preciso y específico para denominarlo: “psicoanálisis on-line, psicoanálisis a distancia, tele análisis,

cyberanálisis, análisis asistido por computadora e incluso análisis virtual o análisis no presencial; la mayoría de las veces son voces utilizadas indistintamente y todas como sinónimo de análisis más allá del consultorio” (p. 60).

Siguiendo con las ideas de Carlino (2010), podemos definir al encuadre virtual como un tipo de encuadre especial, donde cada uno de la dupla, en forma simétrica, debe aportar a la instalación, la calidad y el cuidado del aparato tecnológico utilizado, pagar el servicio de internet o el abono de la línea telefónica que los comunica, y muchas veces, el buen funcionamiento depende de la compañía proveedora del servicio. En este sentido, una vez aseguradas estas condiciones básicas, las interrupciones deben considerarse ajenas a la responsabilidad de la dupla, por lo que debe contarse con otros recursos comunicativos y considerar también si, en caso de atraso involuntario para comunicarse, cabe en el encuadre la posibilidad de postergar el momento de cierre de la sesión o bien ubicarla en otro momento. Esto, en contraste con los análisis de consultorio, donde la parte material del encuadre está a cargo del analista.

En relación a esta particularidad del encuadre virtual, el autor plantea que uno de los interrogantes que debemos hacernos refiere a la solidez de los recursos propios y materiales de quien solicita la entrevista como para establecer un compromiso analítico con una responsabilidad suficiente para poder hacerse cargo de su rol y de sí mismo, ya que el paciente debe responsabilizarse de la mitad de la parte material del encuadre y “además, la distancia geográfica que media en estos tratamientos requiere ciertos recursos propios de autocontención en situaciones angustiantes o críticas” (p.113).

Lutenberg (2014) sostiene que una respuesta creativa de cualquiera de los miembros de la pareja analítica ayuda a incrementar la confianza en el método y la fe en el diálogo psicoanalítico como factor terapéutico. Es importante considerar las objeciones del analizando al encuadre y dialogar sobre estas. Para que ello sea posible, resulta esencial que el analista establezca un encuadre que pueda ser mantenido por la pareja analítica a lo largo de todo proceso terapéutico. En este sentido Rodríguez Plasencia (2015) sostiene que al igual que el encuadre clásico, para posibilitar este tipo de encuadre virtual, es necesario encontrar una forma de continuidad que enmarque los encuentros ya que como en todo análisis, el encuadre debe ser claramente establecido y, en caso de ser alterado, también marcará pautas para la interpretación.

Carlino (2010) plantea que se debe tener en cuenta que en el setting a distancia:

El paciente se encuentra privado de la semántica que emana del ambiente que proporciona un consultorio, con su emblemático diván y el diploma profesional del analista, los que en algo hubieran intervenido en la determinación de los *lugares* y las cualidades correspondientes a cada uno de los roles. (p.109)

Ante esta situación el autor plantea la necesidad de instalar un clima de trabajo analítico a partir de la actitud del analista, de su encuadre interno y de las adecuadas interpretaciones con que logra procesar el material surgido en la sesión, así como también la pertinencia y entonación empleada al hablar y el espacio que se le otorga al paciente para que este pueda manifestarse.

En esta misma línea, el autor sostiene que psicoanalizarse intermediado por algún moderno aparato de comunicación lleva implícita la sensación imperativa de estar frente a una situación que requiere de una acelerada respuesta, y que esto atenta contra la producción de un diálogo reflexivo, en el que se requiere emplear un tiempo apacible con sensación opuesta a lo rápido y lo fugaz. Ante esta situación, el autor plantea que el hecho de que el diálogo analítico sólo ocurre dentro de la sesión de análisis puede ayudar a darle una identidad propia al diálogo y alcanzar el ritmo que requiere para hablar y escuchar con actitud analítica. Esto promueve que se instale un clima propenso y adecuado al pensamiento elaborativo.

En cuanto a los tratamientos realizados por vía telefónica, Scharf (2014) sostiene que al igual que el análisis tradicional, este tipo de tratamiento valora el estándar de los principios psicoanalíticos:

Un encuadre firme, una postura no directiva, asociación libre, comunicación inconsciente, análisis de la resistencia, de los sueños y de la transferencia-contratransferencia, interpretación, escuchar cómo el paciente recibe la interpretación, más interpretación, transformación, trabajo y desarrollo de una función autoanalítica. (p. 158)

En lo que respecta a la transferencia, el autor sostiene que algunos analistas pioneros en el uso del teléfono, la videollamada y los auriculares, demostraron que “la transferencia erótica, negativa o paranoica puede madurar o ser intensificada,

abiertamente o de manera escondida a la vista, así como en las sesiones en persona, y puede ser analizada de forma efectiva” (p. 157).

Gutierrez (2013) sostiene que cuando el análisis virtual es parte de un trabajo extendido presencial, permite cierto conocimiento mutuo y un establecimiento del interjuego transferencia-contratransferencia que se mantiene luego en las sesiones por videocámaras, sobre todo si estas no se constituyen como un marco relativamente estable en la regularidad de sus encuentros. El autor plantea que este conocimiento mutuo alude a “la capacidad que se establece en una díada analítica de anticipar las orientaciones de mundo su contraparte, y que permiten que lo desconocido en el ámbito transferencial surja, ya que ha sido enmarcado en una relación conocida” (Apartado: Alcance de las observaciones. Párr. 4).

Con respecto a la contratransferencia, Carlino (2006) plantea que en el caso del setting telefónico el proceso contratransferencial es la respuesta a un estímulo que llega a la mente del analista únicamente por la vía auditiva:

No se perciben gestos, olores, aspecto físico, actitud corporal, etc. que influirían en la producción contratransferencial. Sin embargo, los sentimientos contratransferenciales tienen incrementada la posibilidad de ser estimulados por las deducciones o inferencias que el analista realiza a partir de lo percibido únicamente por la vía auditiva.
(p.7)

Carlino (2010) sostiene que el analista puede percibir las señales contratransferenciales de sí mismo, que debido a su entrenamiento, le permitirán contactar con el cuerpo libidinal del paciente. Es decir, ciertas sensaciones corporales del analista en sesión pueden dar cuenta de algo por lo que el paciente está atravesando.

Por otro lado, el autor plantea que apriorísticamente se considera más confiable una entrevista en el consultorio que una mediada por algún medio técnico de comunicación. El analista no confía en que pueda conocer a un paciente solo si lo ha entrevistado a través de este medio. Todo aquel que concurre a una consulta es en principio un desconocido, por ello es conveniente realizar una evaluación diagnóstica psicopatológica y situacional en los inicios de un tratamiento. En los análisis a distancia también debe realizarse, implementando un método específico de evaluación acorde al

setting adoptado, una estrategia que permita obtener los elementos de identificación necesarios ya que se requiere otra manera de procesar el acto de *conocer al paciente*.

Avenburg (1998) sostiene que el diálogo psicoanalítico es el proceso a través del cual se desarrolla el tratamiento psicoanalítico, es decir, el tratamiento mismo se despliega como diálogo: lo intrasubjetivo se convierte en el tema del diálogo y en tanto tal, se hace intersubjetivo. Es un diálogo acerca del diálogo, y este diálogo acerca del cual se habla es el despliegue de un diálogo intrasubjetivo que quedó congelado por obra de la censura intrapsíquica. Si bien es un tipo de diálogo particular, con un objetivo específico y centrado en los conflictos de uno de los participantes, no deja de ser un diálogo, que debe desarrollarse con toda la fluidez y naturalidad que las posibilidades y limitaciones lo permitan. En este sentido, Carlino (2010) sostiene que partiendo de la base de que el diálogo cumple un rol fundamental en el tratamiento psicoanalítico, es factible concebir y realizar psicoanálisis mediado por las tecnologías comunicativas, ya que en lo básico dicho intercambio es posible. Sin embargo, es importante considerar algunas variables propias de este encuadre.

Rodríguez Plasencia (2015) sostiene que en la virtualidad:

...la cualidad del vínculo que se logre establecer depende de muchas condiciones que se ponen en juego en el uno a uno de cada situación. Por ejemplo, si hubo un proceso previo vivencial antes de las circunstancias por las cuales se pase a la virtualidad. Si la virtualidad es un modo intercalado con sesiones presenciales. Si la posibilidad de una sesión por Skype es herramienta de ayuda que posibilite la continuidad de un proceso cuando algún factor externo realmente lo imposibilite o si por el contrario, está al servicio de la resistencia o de la incapacidad de tolerar la falta, como sería el de obturar lo fecundo de ciertos cortes tales como interrupciones por vacaciones, viajes, etcétera, sorteando la frustración o las angustias de separación recurriendo al Skype. (p.60)

Carlino (2006) por su parte, plantea que en este tipo de encuadre es importante tener en cuenta que “cuando la llamada que se hace o la que se espera no se realiza, el otro del vínculo es vivenciado como más inasible e incierto, lo que puede dar lugar a la emergencia de sentimientos arcaicos intensos” (p.9). Por ello, con este setting es

necesario que cada integrante de la dupla, cada uno desde su rol, incremente la responsabilidad en el cuidado y mantenimiento del mismo.

Por otro lado, Urman (2020) plantea que en el teleanálisis realidades físicas, familiares y sociales, que habitualmente pasan desapercibidas o son invisibilizadas en el análisis presencial, encuentran ocasión de hacerse presentes a través de la pantalla. El autor sostiene que en el encuentro a través del teleanálisis nuestros cuerpos están más expuestos, con menor elaboración secundaria, y que ilustran un diferente clima de intimidad y confianza.

En esta misma línea, Rodríguez Plasencia (2015) sostiene que en la virtualidad las posibilidades espaciales son múltiples. En los encuadres psicoanalíticos habituales, la ubicación del analizando en el espacio del consultorio es un tema importante, si debe utilizarse el diván, si debe ser cara a cara o sin contacto visual, etc. A través de medios virtuales, se pueden plantear nuevas situaciones, relacionadas a la ubicación de la pantalla mediante la que hace presencia el analista. Lo transferencial sostiene las pautas del encuentro y puede determinar estas posiciones, en las que en cada movimiento, todo se pone en juego, de un modo similar a cualquier otra modalidad de análisis basada en la interpretación. Aryan et al (2015) plantean que el espacio físico en esta modalidad de análisis tiene la cualidad de ser variable y proporciona datos del paciente que también integran el dispositivo analítico; por ejemplo, cuando muestran su casa, oficina, cuando informan sobre su aspecto físico, el orden o desorden, y de objetos significativos que el analista no tendría posibilidad de observar ni conocer en el contexto del consultorio.

Carlino (2010) plantea que la ausencia de la cercanía corporal es la gran diferencia que tiende a compararse con el análisis clásico, ya que en este, las palabras del diálogo analítico vienen ligadas inherentemente a conductas, gestos y actitudes que informan acerca del paciente, del analista y del estado transferencial del vínculo. Sin embargo, respecto al componente paraverbal (entonación dada a las palabras), también se emiten manifestaciones incluidas en lo auditivo a través de los medios virtuales, plenas de significados, para lo cual el analista debe estar preparado para una captación minuciosa de estos significados. El componente extraverbal (gesticulaciones que acompañan el discurso) tampoco queda del todo excluido en este encuadre, el autor sostiene que:

El cuerpo puede arrojar manifestación de sí cuando el hablante mastica, bebe, fuma, camina o aleja la boca del micrófono, etc. Si se percibe el ruido proveniente del teclear del tablero de una computadora o de otra naturaleza, se infiere que el paciente escribe o manipula algo. Otros sonidos o ruidos pueden informar si el paciente está acompañado o con la puerta de la habitación abierta o si habla desde un espacio público o privado, etc. (p. 153)

No obstante, el autor plantea que debe aceptarse que muchas de las señales corporales emitidas no podrán ser captadas, ya que hay ciertos aspectos o algún tipo de información que los pacientes omiten ya sea consciente o inconscientemente, mientras que en una sesión en consultorio, aunque no se diga verbalmente, estos suelen aparecer de otra manera, al campo visual del analista. De estas limitaciones se deriva, particularmente en los tratamientos telefónicos, que el paciente debe tener claro que, si él no expresa verbalmente lo que le sucede más allá de sus palabras, el analista no tiene manera de averiguarlo. Con respecto a esto se puede señalar que sólo podrá comunicar lo que puede hacer consciente del preconscious, pero no así del inconsciente reprimido. Esto último sería un límite. No obstante, el autor sugiere que hay momentos de insight que son estimulados por la actitud analítica que el setting promueve, ayudando a que algo reprimido aflore a la conciencia y sea comunicado.

En el caso de los análisis por videollamada, Di Biasi (2020) señala que el cara a cara es lo habitual, que cuando se trabaja frente a la pantalla, el otro queda reducido a una cara a diferencia del encuadre presencial donde se ve todo el cuerpo del paciente, su postura y sus movimientos corporales. Sin embargo, respecto a esto Tabacof (2020) sostiene que si bien en la pantalla solo se ven rostros “una vez que el vínculo está establecido, los movimientos afectivos son identificables y lo que llega del cuerpo, tan importante en la clínica, entra de todos modos en la interacción” (p. 4).

En este sentido, Aryan et al (2015) plantean que es importante considerar también la necesidad del paciente por comunicar (motivada de manera tanto consciente como inconsciente) como la autoimpuesta obligación del analista por comprender. Esta situación llevará a ambos a encontrar nuevas formas de simbolización, algún equivalente con los medios a su alcance.

Así, alguna, diversas o todas las carencias relacionadas con la distancia son modificadas por variaciones: en el discurso, sea en su contenido, tono, ritmo, volumen, carga emocional, etcétera.; en los silencios, distintos entre sí por su duración, su profundidad, su carácter intempestivo, imprevisto, cómplice, etcétera; o en cualquier otra manifestación conductual, y es labor del analista traducirlas al lenguaje verbal propio del proceso analítico. (p. 73)

Los autores sostienen que en un diálogo por telecomunicación, las palabras adquieren un rol protagónico:

Asumen el papel de continente y, a la vez, de vehículo interconector del intercambio ideo-afectivo. Las palabras van acompañadas de una actitud y un comportamiento percibidos en la cualidad del desempeño de cada uno de la dupla, ya sea este pertinente o evasivo, inesperado o actuador. Es posible observar, también, la interrupción o superposición al discurso del otro, junto con momentos de silencio que informan acerca del paciente, del analista y del clima transferencial del vínculo. (p. 65)

Gutierrez (2013) sostiene que uno de los fenómenos más llamativos en este tipo de diálogo es que:

(...) la polifonía de voces tiende a aplanarse, a volverse monológica, lo que tiene una serie de consecuencias: hay un efecto de saturación yoica en los contenidos de la sesión que dificulta sostener la asociación libre y su contraparte en la atención parejamente flotante. Ligado a ello, sostener los silencios conversacionales resulta más incómodo, lo que es sumamente relevante en la conversación analítica. Los tiempos de silencio se hacen más breves y observamos una mayor tendencia a interrumpirles a través de un decir en impostura, aspectos que llevan a una yoificación del material que interfiere con la potencialidad de profundizar y establecer formas más intensas de regresión. (Apartado: Obs. 2. Alteraciones de la cualidad viviente: monologización de las prácticas enunciativas y efecto de saturación yoica. Párr. 2)

En esta línea, un aspecto importante a tener en cuenta es el tema del silencio en las sesiones. Rea (2020) sostiene que a diferencia de lo que sucede en los encuentros presenciales, en el setting virtual hay una singular angustia en lo que refiere al silencio. Se trata de una reacción que puede ser fruto de la relación con los medios virtuales y no con el paciente. Cuando se genera un silencio, surge la sensación de no tener referencias en las que apoyarse, no se comprende si se trata de una falla técnica o de un legítimo silencio del paciente, generando una angustia que lleva a emitir algún sonido o llamar al paciente por su nombre para confirmar la comunicación. El silencio sin embargo es propio del derecho del paciente a no comunicarse y es algo que merece ser respetado y mantenido por el analista, ya que es fundamental para el proceso de adquisición de la capacidad para estar a solas en presencia de la madre, esencial para el sentimiento de confianza (Winnicott, 1963/1990 citado en Rea, 2020).

A su vez, Carlino (2014) agrega que en esta modalidad de encuadre los silencios muy largos incomunican, son más difíciles de soportar precisamente porque el hablar es uno de los soportes de la comunicación a distancia. Cuando los silencios “se instalan con cierta o mucha frecuencia, obstaculizan y/o impiden que haya un buen contacto y encuentro coloquial transferencial, imprescindibles para lograr una presencia comunicativa” (p. 189).

Gutierrez (2013) por su parte, sostiene que este tipo de encuadre no es la mejor opción para los pacientes fronterizos, debido a que estos son particularmente sensibles al compromiso y presencia atenta del analista, por lo que tanto la fragmentación de la expectativa sensorial en el intercambio por videocámaras como la turbulencia emocional percibida en el analista fruto de dichas condiciones pueden interferir en la capacidad efectiva de contener al paciente. Sostiene que este tipo de pacientes ponen a prueba el vínculo ya que en la transferencia se le impone una y otra vez el fracaso ambiental, y ello en ocasiones toma la forma de la demanda de la presencia física e incluso de la contención corporal, ausente en estos encuadres. En este punto Nemirovsky (2009) sostiene que el analista debe disponerse a aceptar las transferencias del paciente grave para poder posicionarse como un objeto sin disrupciones traumáticas. Es decir, comprender el proceso por el cual estos pacientes necesitan no interrumpir la continuidad vivida como presencia del vínculo terapéutico una vez logrado cierta constancia en su relación profesional. El autor sostiene que herramientas como el correo electrónico o el teléfono celular están al servicio de esta disposición.

En este sentido Aryan et al (2015) sostienen que en estos encuadres, para pacientes con más debilidad y alteraciones yoicas, son necesarios reaseguramientos narcisistas.

La presencia y constancia física del analista en el consultorio favorece ese efecto, pero mediante un dispositivo a distancia es necesario reforzar la presencia virtual armando una red confiable; por ejemplo, con el intercambio de mensajes de texto o de correo electrónico que contengan al yo para el momento en el que reciba la noticia de un señalamiento o la sorpresa de una interpretación, en una situación analítica restablecida. (p. 64)

Sin embargo, otras autoras como Czerlowski et al (2008) sostienen que es importante prestar atención al uso que hacemos de estas herramientas. Las autoras toman las ideas de Winnicott para plantear que lo que importa del objeto, es el uso que de él se haga, ya sea el paciente o el analista. Por ello sostienen que el uso de la tecnología como una herramienta “no implica sustituir ni un espacio ni un vínculo, pero sí pensar cuándo beneficia y cuándo perjudica. Es beneficioso si ayuda a elaborar la separación, y perjudicial cuando dificulta la creación de la representación interna.” (p.3). En este sentido las autoras plantean que

La posibilidad de que el paciente ubique a toda hora al analista con el celular o le deje mensajes de textos, o lo busque en Google produce una ilusión de presencia permanente que anula el momento inevitable de la separación. Entre la ilusión y la desilusión, se da el espacio y el tiempo necesarios para el trabajo de la sublimación. Este espacio es el que no debemos perder más allá de los innumerables beneficios que la tecnología ha incorporado a nuestra vida. (p.4)

Mazzuca et al (2017) plantean que en muchas ocasiones para un paciente o analizante puede ser crucial saber que si lo necesita puede llamar a su analista, aún si nunca lo llama, el simple hecho de saber que puede hacerlo alivia. Suele pasar que en la transferencia se vuelve fundamental para algunos sujetos que haya un Otro al que se pueda llamar y lo mismo ocurre en ocasiones con el WhatsApp. Los autores sostienen que un audio, un texto o un

mail pueden devenir un factor fundamental en el marco de la cura signada por la relación transferencial.

Muriel (2012) plantea que conceptos como la *presencia*, el *contacto*, lo *real*, y lo *virtual* han sido definidas a partir del encuentro físico entre dos cuerpos y por eso su resignificación en las nuevas formas de encuentro presenta nuevos matices:

La distancia y la presencia, no son entendidas como el camino que separa dos cuerpos sino como el nivel de empatía y disponibilidad que un psicoterapeuta tiene respecto de su paciente. Así, lo cerca y lo lejos son considerados como medidas de tiempo, no de longitud (...) (p.355)

Carlino (2010) sostiene que aunque la presencia no sea corporal, cuando se logra establecer un clima de encuentro y de contacto, no es posible concebir una ausencia, o una sensación de lejanía en el contacto y el encuentro analítico. El autor conceptualiza esta idea como *presencia comunicativa* e implica tener en cuenta que:

Por la sensación que les queda a los participantes del diálogo analítico durante y después de su realización, se está en condiciones de afirmar que la idea de presencia en este contexto no es sólo una mera sensación subjetiva; los que participan del diálogo están realmente *allí* presentes en esos espacios recién descriptos, creados a partir del momento en que se inicia la comunicación, aunque medien grandes distancias geográficas. Ambos participantes sentirán la sensación de presencia en relación directa con el clima de amalgama habido en el contacto y el encuentro dado por el signo de la transferencia (p. 150)

Di Biasi (2020) sostiene que la terapia online tiene beneficios específicos: es posible tener una sesión mediante la pc, la tablet o el celular, desde cualquier lugar del mundo, con horarios programados. No requiere el traslado del paciente ni del terapeuta, con ahorro de tiempo y dinero, es decir, es eficiente. Por su parte, Gómez (2021) sostiene que “la supresión del tiempo insumido en viajes, las distancias a recorrer para llegar al consultorio, las dificultades allanadas cuando se tenían niños, mayores o

enfermos a cargo para dejar con alguien, las mayores disponibilidades horarias” (p. 90) hacen tentadora la opción de continuidad de este tipo de encuadre en un futuro.

Sin embargo, retomando las ideas de Di Biasi (2020), una limitación radica en el hecho de que muchos pacientes luego de la sesión en consultorio se van a tomar un café o vuelven caminando a casa, y que ese tiempo posterior a la sesión suele ser vivido como un tiempo de inferencia, de decantación. Con respecto a esto, Carlino (2010) plantea que el tiempo que se emplea para arribar a destino aporta a la disolución del clima mental de la sesión y que esto es algo que no se da en los análisis a distancia:

“Lleva un espacio de tiempo ir abandonando una actitud analítica —regresiva y reflexiva— que la situación analítica moldea y facilita su instalación en el paciente. En este tiempo de retorno a lo cotidiano, el yo encuentra un espacio propicio para irse reacomodando a la realidad material y social que adviene.” (p. 174)

Algo similar ocurre con el momento previo a la sesión. Carlino (2014) sostiene que el momento “pre-sesión” incluye el recorrido hasta llegar al consultorio, donde el paciente va tomando contacto con su estado mental a la manera de un sueño diurno mientras que simultáneamente va retrayendo y debilitando su investidura libidinal con el mundo exterior, lo que va dando lugar a la regresión. Este trayecto geográfico y tiempo previo no existe en el análisis a distancia, el paciente deja lo que estaba haciendo y se conecta al instante con el analista, no hay un pre-comienzo, e incluso puede contaminarse de lo que ocurrió en los momentos previos a la conexión. Con respecto a esto, el autor sostiene que

“...el hecho de que esté ausente dicha disposición regresiva, de alguna manera, influirá en las ocurrencias espontáneas, tal como lo necesita el clima mental requerido por la Regla Fundamental. Quizás resulte conveniente que en la primera parte de la sesión el analista adopte una actitud de receptividad silenciosa como un aporte a resolver la carencia de lo que denominé pre-sesión.” (p.190)

En lo que respecta a la labor del terapeuta en estos tipos de encuadre, surgen algunas dificultades. Gutierrez (2013) propone que pareciera haber una suerte de esfuerzo por parte del analista para hacerse presente en la díaada, que no se requiere

presencialmente. Se siente compelido a abandonar la atención flotante para mostrarse a través de su actividad, bajo la impresión de que no alcanza con su presencia.

El terapeuta se esfuerza en la sesión: por mostrarse actitudinalmente presente, por mostrarse atento en el ejercicio de su mirada, por mostrarse particularmente dispuesto al otro en lo que refiere a sus dichos, incluyendo expresiones de diversa índole con el objetivo de dar a entender que se ha comprendido lo dicho y que se está comprometido en la escucha de lo dicho. (Apartado: Obs. 1. Imposturas del terapeuta. Párr. 1)

En lo que respecta a la transferencia, Murillo (2020) sostiene que el hecho de tener que “pasar” a sesiones virtuales, supone una particular maniobra transferencial y subjetiva sobre lo doméstico, ligada al poder instituir un espacio donde poder hablar con intimidad, ya sea en algún ambiente del hogar o incluso hasta en el auto, en un momento y tiempo donde la familia, pareja, hijos/as puedan soportar que quien consulta disponga de ese tiempo y espacio. En esta misma línea, Carlino (2010) plantea que instituir un espacio de intimidad es fundamental en tanto “no se puede sostener una actitud de libre asociación ni de atención flotante si se tiene la sensación de que esa comunicación no tiene garantías de privacidad total en el momento de la sesión” (p. 143).

Retomando las ideas de Murillo (2020), otra interesante maniobra transferencial en este tipo de encuadre es considerar en el caso por caso, si ofrecemos trabajar por llamada de voz o videollamada, abriéndole la posibilidad de elección al paciente. O si por alguna razón transferencial que el caso requiere, ofrecemos nosotros una vía u otra. Ya sea, por ejemplo, porque consideramos con algún paciente que las sesiones *sin imagen* no podrán sostenerse, como si pensamos que la *imagen virtual* será un obstáculo del cual será difícil separarse. El autor plantea que en estas coordenadas transferenciales mencionadas:

...se pone en juego una regla fundamental de la transferencia que es por un lado no invertir la demanda y no poner el análisis por delante de la demanda, pero por otro, una sutil operación por la cual no debemos retener ni expulsar al paciente. Invertir la demanda, retener al paciente o intentar continuar el trabajo analítico sin que el paciente lo

pida –consciente o inconscientemente– lo único que logra es que el paciente se adapte al dispositivo, como podría adaptarse a cualquier exigencia de su entorno, o bien directamente frustrarse como tal la posibilidad del análisis. Es la peor manera en que puede destituirse la transferencia. (Apartado: 3. No invertir la demanda, ni anteponer la interpretación a la transferencia. Párr. 10)

A pesar de estas limitaciones mencionadas, Carlino (2010) sostiene que el psicoanálisis a distancia ofrece nuevas posibilidades en lo que respecta a abrir un abanico de posibilidades que aumenta el espectro de pacientes que pueden acceder a él. Puede ser un método útil en situaciones excepcionales o permanentes, ya sea debido a viajes (del paciente o del analista), o enfermedades transitorias que impidan la deambulación o cualquier otro inconveniente, así como también en pacientes con inestabilidad de residencia, a quienes les resulta muy difícil aceptar el encuadre clásico de concurrencia a un consultorio. A su vez, algunos de los pacientes que consultan por esta vía suelen tener dificultad para pedir ayuda terapéutica; sienten que hablar de sí mismos es algo equivalente a quedar expuestos y encuentran en Internet un lugar adecuado para poder hablar sobre ellos mismos, sus inseguridades, sus complejos y, en general, sobre sus sentimientos, sin tener que enfrentarse más que a unas palabras, orales o escritas. Esto mismo puede servir para pacientes con un alto grado de retraimiento social, el análisis a distancia podría ser una primera puerta abierta a la introspección con un otro. El autor plantea que en los tratamientos mediados por este tipo de encuadre

...se observa que a ciertos pacientes les sucede que sienten que pueden llegar a establecer con mayor facilidad un vínculo sincero y transparente, con un menor grado de disociación. Logran una mayor integración en su espontáneo decir debido al efecto desinhibidor que les produce no tener a su lado a la persona del analista. Por el contrario, sienten a éste como a alguien que es "todo oídos" y que, de no ser así, sentirían trabas a su libre expresión espontánea. (p.88)

Gutierrez (2013) por su parte, sostiene que estas ofertas terapéuticas producen un efecto presumiblemente favorable de desinhibición en el paciente, asociado a que esta pueda mantener el grado de anonimato que se desee y que favorece la apertura y

confidencialidad. Así, el paciente se siente menos tenso y avergonzado si cree que lo que va a contar puede provocar rechazo, lo cual facilita la comunicación incluso en personas con cierto déficit de asertividad.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

La experiencia como practicante supervisada de la Universidad Católica de Córdoba se llevó a cabo mediante la modalidad virtual en la clínica privada monovalente Saint Michel, con inicio en el mes de abril y su finalización en el mes de noviembre, con una carga horaria aproximadamente de 250 horas en la totalidad de la práctica. A diferencia de años anteriores, esta práctica fue llevada a cabo mediante videollamadas con el personal de la institución, y la participación virtual por plataformas como Zoom y Meet en actividades de formación propuestas por la misma. Allí se asumió el rol de observadora participante en los ateneos clínicos y de entrevistadora de profesionales de distintos sectores de la clínica.

La modalidad de trabajo que se utilizó en este trabajo final es una sistematización de experiencia la cual es definida por Jara (2013) como una:

“interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. (...) produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora.” (p.4)

Para ello, se recuperó la información obtenida a partir de registros de las actividades realizadas, es decir, la participación en ateneos clínicos y las entrevistas semidirigidas realizadas a profesionales de las diferentes áreas que conforman la Clínica Saint Michel. A partir de ello se realizó un proceso de revisión bibliográfica sobre el tema elegido y un análisis de la información adquirida en la experiencia.

7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES DE LA EXPERIENCIA

La población estuvo conformada por profesionales psicólogas/os y psiquiatras que desarrollan su actividad profesional en las distintas áreas de la Clínica Saint Michel. Fueron entrevistadas/os una psiquiatra y ocho psicólogas/os quienes brindan sus servicios en el área de Consultorios Externos y algunos de ellos además participan en Hospital de Día, Programa Infanto-juvenil e Internación.

7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos se realizó a través de registros escritos de las actividades en las que se formó parte de manera virtual, es decir, los ateneos clínicos y entrevistas semidirigidas a profesionales de la institución llevadas a cabo durante la práctica. A partir de la reconstrucción, ordenamiento y clasificación de la información brindada por los profesionales, se realizó un análisis cualitativo que permitió la construcción de aprendizajes y una interpretación crítica de la experiencia (Jara, 2013).

La transcripción de estas entrevistas y ateneos clínicos se encuentra resguardada en los archivos de la plataforma virtual de la Universidad Católica de Córdoba, contemplando la debida confidencialidad de los datos. Han sido entregados en tiempo y forma al finalizar la práctica durante el año 2020.

7.3 ASPECTOS ÉTICOS

Tomando lo planteado en el Proyecto de Investigación *Formación en ética profesional de la psicología en países de Mercosur* (Ferrero, s.f), se entiende que las prácticas pre profesionales en psicología se vinculan con consideraciones éticas y obligaciones propias del estudiantado que no están presentes en códigos de ética profesional. La perspectiva ética adoptada como practicante y reflejada en la redacción del presente trabajo supone en primer lugar, el seguimiento del principio de Respeto por la Dignidad y los Derechos de las Personas y los Pueblos. Este principio se relaciona con el respeto de libre decisión de los sujetos a participar en la práctica o no, en este caso, los profesionales entrevistados de manera virtual. A su vez, en este contexto de virtualidad, implica respetar la decisión de los sujetos respecto a la grabación de las entrevistas y de que la confidencialidad de los datos sea respetada.

Por otro lado, el principio de Integridad se basa en el desarrollo de comunicaciones y actitudes honestas, abiertas y precisas. Incluye reconocer y evitar involucrarse en situaciones de deshonestidad académica al realizar las prácticas, de modo que impliquen un crédito o beneficio inmerecido, o un perjuicio para terceras personas, o que se asocien a conflictos de intereses y relaciones múltiples. Este principio se relaciona a que los datos proporcionados en el presente trabajo sean obtenidos como productos de las entrevistas y actividades en las cuales se participó, y manifiesten los datos con exactitud y veracidad, a fines meramente académicos.

Por último, el principio de Responsabilidades científicas y académicas se relaciona con el compromiso asumido como practicantes de que las actividades prácticas plasmadas en el presente trabajo se desenvuelven en un marco de actualización científica y académica, y respeta pautas establecidas por docentes supervisores para la realización de las mismas.

8. ANALISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

La recuperación del proceso vivido se llevó a cabo en forma de etapas, a las que les fue colocado un título representativo del contenido de cada una de ellas. Incluye el material de registros de entrevistas a profesionales, de ateneos clínicos y el registro de las clases de la materia Práctica Profesional Supervisada.

- **Recorrido desde la incertidumbre hacia la práctica**

Al recibir el mail que avisaba sobre el primer encuentro con el contexto me surgieron una mezcla de emociones, en un primer momento me sentí ansiosa, ya que iba a ser la primera vez que tuviéramos una noticias sobre las instituciones. Al mismo tiempo, me sentía aliviada de tener la posibilidad de escuchar a mis otros compañeros del contexto y sentirme más acompañada en estos sentimientos que me venían surgiendo.

En este primer encuentro la tutora abrió el espacio para pensar a esta situación de incertidumbre como una oportunidad, me hizo reflexionar que más allá de que no sabemos qué va a pasar con el mundo luego de esta pandemia, se puede rescatar como positivo la importancia que está tomando la salud mental, y como luego de todo esto las/os psicólogas/os tendremos mucho trabajo por hacer, ya que creo que esta situación va a dejar grandes secuelas en la subjetividad. En este encuentro, la tutora nos planteó que ya podíamos comenzar nuestros contactos con las/os referentes institucionales, lo cual me tomó por sorpresa, empecé a hacerme la idea de que la práctica sí se iba a llevar a cabo, aunque fuera por esta modalidad virtual. Sin embargo, al intentar contactar con la institución tuvimos algunas dificultades. La incertidumbre de no saber cómo actuar ante esta situación le sumó un peso más a la ya de por sí difícil situación que estamos viviendo al no poder realizar las prácticas en la institución como hemos estado esperando durante toda nuestra carrera con mucha ilusión.

Las semanas transcurrían y continuábamos sin poder contactar, en este tiempo me sentí bastante perdida, mis compañeros avanzaban e incluso ya estaban pensando en su eje de sistematización, mientras que yo aún no había podido tomar un primer contacto con la institución, era una situación que me tenía preocupada.

Finalmente, con mi compañera nos comunicamos con la referente institucional para tener nuestra primera entrevista el día el viernes 15 de mayo a las 11:30 am. En esta entrevista la referente nos recibió cálidamente y compartió su opinión acerca de que le parecía que una práctica se hace en terreno y que esta experiencia virtual podía permitirnos hacer entrevistas pero le parecía difícil llamarle práctica, lo cual era algo que yo venía pensando en ese momento de tanta incertidumbre. Se explayó bastante contándonos las divisiones de la institución, como está compuesto el servicio, como se vio alterada la dinámica institucional con la pandemia, entre otras temáticas que teníamos pensado indagar. Al finalizar la entrevista nos sugiere ir haciendo algunas lecturas, lo cual yo interpreté que fue una manera de motivarnos para que sintamos que estamos haciendo algo de la práctica y me sentí agradecida de ello.

Luego de este primer encuentro, tuvimos algunas dificultades para concretar una siguiente entrevista. Con mi compañera le escribimos a la referente para reprogramar una nueva entrevista y nos llevamos la grata sorpresa de que ya tenía pensado invitarnos al ateneo clínico que se hacia el día viernes 22 de mayo, esto nos alegró muchísimo. A partir de este momento es cuando realmente sentí que por fin logramos ser parte de esta práctica. Además, acordamos comunicarnos por la mañana, antes del ateneo, para aclarar algunas cosas y que la referente nos cuente como son los ateneos, para luego entrar a la videollamada por Zoom en la que los mismos se llevan a cabo. Allí la referente nos propuso pensar un nuevo nombre para esto que no es una pasantía pero que *algo es* y planteó esta posibilidad de ir aprendiendo cómo manejar el dispositivo virtual, haciendo una analogía a como los niños les enseñan a los terapeutas a trabajar en la virtualidad, lo cual me resultó muy interesante y me abrió algunos interrogantes sobre la atención virtual.

- **Comienzo de la práctica**

Comenzamos a participar de los primeros ateneos, donde fuimos presentadas como las nuevas practicantes y todas estas participaciones han sido experiencias sumamente ricas. Sentí el comienzo de una nueva etapa en la práctica en la que empecé a sentirme más motivada y más alojada por la institución. En una de las reuniones que tenemos con la referente institucional, nos comenta que nosotras ya somos casi colegas y que debemos empezar a ejercitar todo lo que hace a cuestiones del encuadre y el secreto profesional ya que formaríamos parte del equipo de la Clínica por 6 meses,

tendríamos de alguna manera un rol profesional en estos meses. Nos plantea la idea que nos vamos a *ir acomodando*. Respecto a las actividades que podríamos desarrollar, nos propone que podríamos participar en todos los ateneos y hacer entrevistas a profesionales. A raíz de los registros de los ateneos, me iban surgiendo preguntas, que anotaba para hacerle a la referente en nuestras reuniones y para tenerlas en cuenta en futuras entrevistas a otros profesionales de la Clínica.

Cuando comenté en clase como me sentía con respecto a la práctica, la tutora del contexto hizo una analogía que me pareció muy interesante en relación a como hubo en mi un antes y un después en la relación con la institución al participar de este ateneo, que es algo similar a lo que sucede en la transferencia en el análisis, hay un acto que marca un cambio. Creo que ella comprendió muy bien y puso en palabras lo que yo venía sintiendo.

Dedicamos una reunión por la mañana con la referente el día viernes 29 de mayo para conocer acerca del funcionamiento de la Clínica, su división edilicia y estructural, ya que nos surgieron dudas a raíz de la participación en el ateneo, al no comprender a que se refería cada profesional cuando hacía alusión al *sector rojo, blanco*. A raíz de esto, la referente nos cuenta sobre los cambios que ha atravesado la Clínica por la situación de pandemia, que incluso supuso un cambio en la división de sectores, ya que uno ha quedado destinado como sector de aislamiento, donde los pacientes permanecen 15 días antes de ser derivados a otro sector. Tomar conocimiento de esto nos permitió situarnos un poco más en la institución. En el ateneo clínico que tuvimos ese mismo día por la tarde, empezaron a ponerse de relieve estos cambios por la pandemia, y como están viéndose reflejados en casos clínicos y comencé a sentir mayor interés por los cambios en relación al encuadre.

- **Reinventarse en la pandemia**

Al asistir al primer ateneo del área de Consultorios Externos, a medida que los profesionales iban haciendo sus aportes tan detallados, me sentí un poco aliviada por la cantidad de información que nos estaban proporcionando, ya que yo aún sentía que no tenía material para empezar a pensar en un eje de sistematización, lo cual nos pedían para el primer parcial, cuya fecha de entrega estaba muy próxima. Con las cuestiones que surgieron acerca del dispositivo virtual, comencé a pensar en delimitar mi eje por ese lado.

En este ateneo la profesional a cargo comenta que a partir de tres sesiones que ella tuvo, considera que con algunas creatividades se puede intervenir en este dispositivo virtual, así como uno interviene en el dispositivo presencial, y que en esto también hay un compromiso del lado del paciente a apropiarse de su lugar terapéutico. Comentó algo que me resultó muy interesante y cierto, y es que los lugares se conservan más allá de que no sean concretamente habitados, pueden ser habitados simbólicamente y la función se cumple. Señaló que los roles son funciones y en tanto funciones se pueden construir desde lo simbólico y que esto es lo que nos da pie para hacerle frente a esta situación de pandemia, ya que más allá de no estar presentes físicamente, podemos continuar trabajando desde el lugar de nuestra función. A su vez, esta profesional plantea la idea de que los efectos de las intervenciones siempre son a posteriori y podemos preguntarnos qué efectos a posteriori tendrá todo esta situación, esta gran intervención de acomodarnos a la pandemia, ya nos tocará verlo después de que suceda, aun la estamos vivenciando, primero tenemos que poder hacerle frente para luego ver los cambios. Este ateneo para mi marco un punto importante en mi práctica, ya que allí comenzó mi interés en considerar al dispositivo virtual como una herramienta, y teniendo en cuenta que el objetivo de la sistematización es buscar una transformación de la realidad, empecé a pensar que basar mi trabajo en este tema podría ser una ayuda para futuros profesionales que más allá del contexto de pandemia, puedan pensar en abrir el abanico de posibilidades de atención teniendo en cuenta la singularidad de cada paciente y poder ir actualizándonos en un mundo en el que la tecnología ocupa gran parte de nuestras vidas. También siento que poder presenciar y conceptualizar cambios en esta situación de aislamiento que nos atraviesa a todos, quizá pueda hacernos reflexionar acerca de las implicancias de la presencia física de los otros en nuestro día a día, como esto se vio alterado. En relación a esto la profesional que contaba los casos señalaba como se han agudizado algunas patologías pero también en algunos casos le permitió a algunos pacientes poder guiarse por sus deseos que se ven obturados por las exigencias de la rutina, al estar sin la presión del *qué dirán* y tener un tiempo libre para dedicarse a sí mismos. Considero que hay mucho que pensar y replantearse a partir de esta pandemia en términos de salud mental.

- **Apertura a nuevas posibilidades**

A partir de las cuestiones que iban surgiendo en los distintos ateneos en relación a la modalidad virtual, fui sintiéndome más segura acerca de la elección de mi eje de

sistematización. Creo que más allá de esta situación de pandemia, que permitió que se ponga de relieve la utilidad de este tipo de dispositivo, se puede pensar en una apertura de posibilidades más allá de la coyuntura. Aspiro a que sea una herramienta más porque tengo la convicción de que es necesario hacer a la salud mental más accesible para todos los sujetos, y que si bien no podremos abarcar nunca la diversidad humana, abrir lo más que se pueda el abanico de posibilidades es importante.

Algo que también me pareció muy interesante fue la adaptación del Hospital de Día a la modalidad virtual, como trasladaron todas las actividades a tareas para la casa enviadas mediante un mensaje de WhatsApp o una llamada. La profesional coordinadora de esta área comentaba que ella necesitaba sentirse de alguna manera presente, y contaba como redefinieron sus roles, el desafío que fue armar actividades que sean acordes a todos y a la hora de enviarlas, ir discriminando que se mandaba a cada uno, tener en cuenta que algunos pacientes no tenían WhatsApp, por lo que tuvieron que apelar a la creatividad: a una paciente le enviaron actividades por correo electrónico; otro paciente no tiene internet, pero se contactaba por mensaje de texto entonces por allí fueron enviadas las actividades. Todas situaciones particulares en las que las y los profesionales tuvieron que poner en juego su creatividad y hacer uso de la virtualidad. A su vez esta situación fue una oportunidad para que pacientes que inicialmente habían elegido determinada actividad a realizar, pudieran probar de todo un poco, ya que fueron enviadas todas las actividades y muchos pacientes se engancharon con actividades de las que nunca participaron presencialmente. Esto me hizo pensar en la importancia de la creatividad tanto en los profesionales como en los pacientes que tomaron la iniciativa de probar nuevas actividades y a su vez aportar sus propuestas además de las actividades que les enviaban, tomando un rol más activo ante esta situación. También se veía como algunos pacientes que solo iban al Hospital de Día para *pasar el tiempo* o cumplir con la rehabilitación, mantienen esta misma dinámica al no realizar las actividades que les enviaban, lo cual creo que denota como en la modalidad virtual se mantiene la singularidad de cada uno.

Además de los ateneos, que fueron de mucha ayuda para conocer como estaba funcionando la Clínica y escuchar casos clínicos, en el mes de junio comencé a realizar entrevistas a profesionales. Comencé a realizar algunas preguntas más relacionadas a mi tema de interés, el dispositivo virtual, acotado al área de Consultorios Externos. Luego

de hacer entrevistas a profesionales de distintos sectores, fui eligiendo estratégicamente a los profesionales que trabajan particularmente en el área de Consultorios Externos.

Una de las primeras profesionales que entrevisté, me comentó como la Clínica se amoldó al dispositivo virtual, como hubo todo un trabajo de logística para organizar las sesiones virtuales. Se necesitó asignar a cada profesional un día y posteriormente, cuando aumentaron las consultas, cuando los pacientes necesitaron retomar o pedir consultas nuevas o cuando la gente ya se habituó a lo que era virtual, pidieron extender más los días. Así, empezaron a notar que había personas que podían acceder al zoom, otras que empezaron a pedir por videollamada de WhatsApp, otras por llamada común. Es decir, el encuadre virtual fue flexible acorde a las necesidades y preferencias de cada paciente. Hay algunos pacientes que si o si solicitaban llamada común, como por ejemplo, un paciente que argumentaba que en su casa estaban los albañiles y no quería mostrarla. La mayoría de las personas pidieron videollamada de WhatsApp, y después restaban los que manejan zoom que generalmente son las personas más jóvenes, o son las personas más habituadas a la tecnología, más allá de la edad.

Esta misma profesional me comentó que al principio esta forma de atención era vista más como un dispositivo de contención, enfatizando en acompañar y no indagar mucho, sin embargo, me comenta que sus pacientes (que atendía antes de la pandemia) seguían desplegando cuestiones, que ella poco a poco fue animándose a intervenir, con más interpretaciones, señalamientos, y que ahora en sus sesiones hay contención, sostén, interpretaciones, *de todo*.

Otro profesional relata como con la pandemia, la virtualidad empezó a tener otro peso en muchísimas otras instituciones, ya sea educativas, recreativas, familiares. Hubo cierta incorporación de lo virtual y esto es algo que repercutió en la clínica, ya que ha resurgido mucho la demanda y la asistencia. El profesional cuenta como hoy está con el turnero lleno y que si bien entiende que hay una diferencia con la presencialidad, sostiene que hay que analizar esto en el uno por uno, ya que algunos pacientes están más cómodos de esta forma. Comenta como este encuadre es más flexible, partiendo desde el momento en que se introducen las variables tecnológicas que pueden introducir un error de conectividad, de datos de alcance, de cobertura, de espacio. Relata cómo algunos pacientes que atiende están en el auto, otros están en una terraza, otros están en lugares difíciles de identificar. Considera que para los pacientes ir al consultorio es

complicado en cuestiones de organización de la familia, en pacientes con hijos por ejemplo. Plantea que para dirigirse al consultorio hay que disponer del doble de tiempo o quizás más en tiempo de lo que dure la consulta puntual. Relata como en muchos casos está viendo una mayor adherencia ahora en relación al encuadre, que es un encuadre que igual organiza pero que en cuestiones de tiempo es un poco más flexible.

El mismo profesional comenta que ha notado un cambio en relación a las primeras entrevistas en este encuadre virtual, considera que se extienden un poco más debido a que hay que hacer entrar al sujeto en el dispositivo. Esto supone un mayor desgaste a nivel profesional, ya que a criterio del profesional, es más un acto social que un acto terapéutico, desgastante cuando deben atenderse muchos pacientes en un mismo día.

Otra profesional me comenta acerca de la particularidad de tomar pacientes nuevos mediante este dispositivo virtual, pacientes con los que no se conoce personalmente pero con los que sin embargo ha podido entablar un vínculo terapéutico. Plantea que hay pacientes con los que no ha podido, pero que esto es algo que también sucede en lo presencial. Siente que se ha podido adaptar bien a este nuevo encuadre.

La mayoría de los profesionales a los que he entrevistado sostienen que este dispositivo funciona, y que incluso abre nuevas posibilidades, por ejemplo, hay pacientes que hacen vínculo transferencial sin la videollamada, sino por llamada común, sin verse, y esto permite al profesional tener una escucha mucho más atenta. Una de las profesionales entrevistadas me comenta que uno de sus pacientes le expresó su comodidad con el encuadre virtual *“Ay al final estoy re cómodo, te estoy diciendo cosas que quizá cara a cara no te hubiese dicho pero con esto del teléfono me libero un poco más”*. Sin embargo, también hay pacientes que expresan la necesidad de verse presencialmente *“¿cuándo la voy a conocer?” “cuando la vea le voy a mostrar esta cicatriz”*. Por otro lado, muchos profesionales destacan la cuestión del tiempo, ya que la virtualidad permite aprovechar huecos y momentos que en lo presencial se dedican a trasladarse de un lugar a otro.

En todas las entrevistas fui preguntando a los profesionales si creían que este dispositivo venía para quedarse, y todos coincidieron en que será una herramienta muy valiosa para el futuro, reconocían que antes se utilizaba para algunos casos especiales como pacientes que se mudaban o por alguna razón particular no podían asistir

presencialmente a la Clínica, pero que en esta situación de pandemia donde todos tuvieron que adecuarse a este dispositivo, se está demostrando que se puede trabajar y que puede servir a otros fines más allá de casos excepcionales. Se destaca el factor comodidad. Una de las profesionales comenta que cree que se va a implementar a futuro por la comodidad de la videollamada, plantea que a veces resulta complicado ir hasta la Clínica, ya que no queda en un lugar cómodo o céntrico, piensa que muchos prefieren y que van a poder optar por la virtualidad, instalándose en cierta forma una modalidad mixta en la Clínica.

8.2 ANALISIS DE LA EXPERIENCIA

8.2.1 Caracterizar el encuadre virtual implementado para la asistencia psicológica en el área de Consultorios Externos.

En este apartado se caracteriza el encuadre virtual implementado en el área de Consultorios Externos de la Clínica Saint Michel durante el año 2020, basado en el discurso de nueve profesionales de la Clínica sobre su experiencia con el encuadre virtual, a partir del registro de entrevistas, como así también a partir del registro de comentarios de estos profesionales en ateneos clínicos. Se analiza la información en relación al material teórico recopilado en la perspectiva teórica. La información de ambas fuentes fue recabada a través de la modalidad virtual por Zoom o videollamada de WhatsApp.

- **Primeras experiencias con el encuadre virtual en Consultorios Externos**

Distintas/os profesionales que fueron entrevistadas/os comentaron acerca de sus primeras experiencias con este tipo de encuadre:

“(...) yo ya lo había hecho con algunos pacientes, algunos profesionales ya lo habían hecho en algún momento cuando el paciente estaba enfermo y no podía venir a la institución, digamos esto es algo a lo que también estamos acostumbrados a hacer, llamar al paciente si está enfermo por cualquier patología, una gripe, ha faltado algunas veces a la terapia o a la consulta entonces uno lo llama por teléfono o hacemos videollamada, digamos, el teléfono es algo que está más o menos instaurado en todos” (Profesional N°3, Registro N°21, 20/07/2020).

“En mi experiencia, en los distintos espacios que estoy, es una experiencia en algunos casos no tan inédita, yo ya tenía experiencia virtual, con pacientes que estaban en el extranjero, o que se iban por varias meses seguíamos trabajando” (Profesional N°1, Registro N°11, 05/06/2020).

“De hecho ya existía desde antes de la pandemia la modalidad virtual, no tan desarrollada ni todos la hacían, pero sí estoy segura que se va a quedar porque además me parece que en muchos casos ha funcionado (...) Tenía dos o tres pacientes que habían dejado la ciudad por distintos motivos y que no habían querido cambiar de terapeuta en el lugar en el que estaban y eventualmente tenían algún tipo de atención

virtual pero dos o tres no más de eso, y bueno una paciente oncológica por ejemplo que no podía, no tenía posibilidad de movilizarse por su enfermedad entonces los últimos meses tuvimos esta opción, digo bueno se venía abriendo la posibilidad para personas con ciertas limitaciones” (Profesional N°6, Registro N°29, 20/07/2020).

En estos fragmentos, las/os profesionales explicitan que este tipo de encuadre no es totalmente novedoso en la Clínica, sino que venía implementándose con algunos pacientes en el extranjero o pacientes que por alguna razón no podían asistir presencialmente. Esto podría estar relacionado con lo planteado por Carlino (2020), quien sostiene que el entorno tecnocultural actual impulsó la implementación del abordaje clínico virtual. A finales del siglo pasado comenzaron las demandas de tratamientos desde distintos lugares geográficos y esto se debe en gran parte a los nuevos y accesibles recursos telecomunicativos para atenderlas.

Otras/os profesionales relatan la manera en la que se ha adecuado el área de Consultorios Externos a la situación de pandemia y confinamiento:

“Lo que es consultorio externo la mayoría es online y algunos hay presenciales. Al principio hubo una oleada de disminución de pacientes, no todos aceptaban la videollamada. Se armó la plataforma por zoom (...) Yo diría que el dispositivo analítico sigue en funcionamiento, desde el psicoanálisis yo tengo muy buenas experiencias. Hasta pacientes nuevos virtuales, consultas, primeras entrevistas. (...) Ningún profesional se negó a atender por esta vía, de ninguna manera” (Profesional N°1, Registro N°11, 05/06/2020).

“El consultorio externo está funcionando de manera virtual con mucha demanda, me decía la secretaria que ya no hay más turnos, ya no tienen más turnos los profesionales para que habiliten nuevos espacios, o sea que esto está funcionando muy bien. Sobre todo no pacientes tantos nuevos, sino los pacientes que venían en tratamiento y continúan de esta forma” (Profesional N°2, Registro N°14, 17/06/2020).

En estos fragmentos, vemos como el dispositivo analítico continúa en funcionamiento a pesar de los cambios en el encuadre, incluso con mayor demanda que antes. Podríamos entender esta situación desde las ideas de Fainstein (2020) quien sostiene que la práctica psicoanalítica no podría estar ajena a este contexto de pandemia. Los analistas se vieron obligados en pocos días a adecuar su práctica a medios virtuales

o suspenderla hasta que fuera posible seguirla en consultorios. Muchos de los que se oponían fuertemente a la posibilidad de hacerlo por considerarlo inviable están hoy descubriendo sus posibilidades y solo algunos pocos han suspendido su tarea. En el área de Consultorios Externos de la Clínica, todos los analistas aceptaron este modo de atención. Podemos plantear que en esta situación se puso en juego la plasticidad de los profesionales como una cualidad de sus funciones yojicas al servicio de continuar con su labor (Hamuy, 2018).

En esta misma línea, se puede observar como algunas/os profesionales se encuentran a sí mismas/os descubriendo las posibilidades de este tipo de encuadre ofrece:

“Tengo la mayoría en videollamada y tengo dos pacientes telefónicos que para mi sorpresa trabajan súper bien. Los dos que tengo telefónicos a mí me súper sorprendió claramente...” (Profesional N°9, Registro N°36, 14/09/2020).

“(...) me parece como que al principio fue una cuestión nueva a aprender, sobretodo que cosas cambian en este tipo de llamadas, muchos decíamos no es lo mismo que venir a un consultorio y resulta que cuando uno tiene que proseguir una terapia en el caso de los psicólogos que ya lo venían haciendo, se han dado cuenta que no hay mucho que se modifica” (Profesional N°3, Registro N°21, 20/07/2020).

“La verdad que me impresiona haberme sentido cómoda, si se puede decir de alguna manera, con esto de que es diferente, incluso el hecho de hablarles desde acá, yo con mi comodidad, lo único que yo sigo respetando los tiempos, no están las mismas pausas, pero yo entro al consultorio y entro al consultorio, en ese sentido” (Profesional N°4, Registro N°25, 12/07/2020).

“Tengo pacientes que no conocía antes de la pandemia y los he visto solamente así... no solo que trabajo con pacientes de hace mucho tiempo y que por supuesto es otro tipo de posibilidad porque con ellos ya hay un vínculo terapéutico, además de eso pacientes nuevos, que no nos conocíamos mutuamente pero hemos podido entablar un vínculo terapéutico” (Profesional N°6, Registro N°29, 20/07/2020).

A esta posibilidad de entablar un vínculo terapéutico y de proseguir con las terapias, podemos entenderla desde los aportes de Avenburg (1998), quien sostiene que el diálogo psicoanalítico es el proceso a través del cual se desarrolla el tratamiento

psicoanalítico, es decir, el tratamiento mismo se despliega como diálogo: Es un diálogo acerca del diálogo, y este diálogo acerca del cual se habla es el despliegue de un diálogo intrasubjetivo que quedó congelado por obra de la censura intrapsíquica. Si bien es un tipo de diálogo particular, con un objetivo específico y centrado en los conflictos de uno de los participantes, no deja de ser un diálogo, que debe desarrollarse con toda la fluidez y naturalidad que las posibilidades y limitaciones lo permitan. En el área de Consultorios Externos, las profesionales notan que el tratamiento psicoanalítico sigue en pie, el diálogo analítico se desarrolla más allá del aparato tecnológico utilizado.

A su vez, vemos que la profesional N°4 remarca que sigue respetando los tiempos y que *entra al consultorio y entra al consultorio* más allá de que la forma de atención sea virtual. A esto podemos entenderlo desde los aportes de Rodríguez Plasencia (2015) quien sostiene que al igual que el encuadre clásico, para posibilitar este tipo de encuadre virtual, es necesario encontrar una forma de continuidad que enmarque los encuentros ya que como en todo análisis, el encuadre debe ser claramente establecido y, en caso de ser alterado, también marcará pautas para la interpretación. Es decir, el hincapié de la profesional en delimitar el tiempo y espacio de consultorio, puede entenderse como la búsqueda de enmarcar estos encuentros virtuales.

Por otro lado, vemos que la profesional N°6 percibe *otro tipo de posibilidad* con pacientes que comenzaron su tratamiento previo a la situación de pandemia. Esto podría estar ligado con lo planteado por Gutierrez (2013), quien sostiene que cuando el análisis virtual es parte de un trabajo extendido presencial, permite cierto conocimiento mutuo y un establecimiento del interjuego transferencia-contratransferencia que se mantiene luego en las sesiones por videollamada. El autor plantea que este conocimiento mutuo alude a “la capacidad que se establece en una diada analítica de anticipar las orientaciones de mundo de su contraparte, y que permiten que lo desconocido en el ámbito transferencial surja, ya que ha sido enmarcado en una relación conocida.” (Apartado: Alcance de las observaciones. Párr. 4).

- **Cambios en las condiciones del encuadre**

Distintos profesionales comentan los cambios acaecidos en el encuadre de la Clínica. Estos son: atención virtual mediante Zoom, videollamada de WhatsApp o llamada de línea que a su vez implica un cambio del lugar donde transcurre la sesión

(desde el hogar, desde el consultorio particular, desde la Clínica etc.); tiempos de sesión más acotados; cambios de cronograma de sesiones; cambios en el modo de pago de la sesión; solicitud de confirmación de turno previa, uso de teléfonos particulares para comunicarse con el paciente; implementación de entrevistas de admisión como modo de hacer frente a la gran demanda de atención; cambios en la modalidad de las primeras sesiones con el fin de introducir a la persona a las nuevas plataformas o medios virtuales. Tomando los aportes de Green (2005) podemos entender estos cambios como cambios en las disposiciones materiales del encuadre. El autor sostiene que el encuadre es el conjunto de condiciones de posibilidad requeridas para el ejercicio del psicoanálisis. Por un lado, abarca las disposiciones materiales, o a la parte que el autor denomina *estuche* del encuadre, que rigen las relaciones entre analizante y analista como el modo de pago de las sesiones, la coordinación conjunta de las vacaciones, la periodicidad de los encuentros, número y duración de las sesiones, etc. fijadas desde un primer momento. El autor sostiene que el estuche del encuadre es su parte variable, y es esta posibilidad de cambio que introduce el autor la que nos permite hablar de un tipo de encuadre analítico virtual implementado en el área de Consultorios Externos. A continuación, se exponen fragmentos de entrevistas con profesionales que describen estos cambios:

“Tuve que acomodarme a un dispositivo de sesiones más breves a lo que yo acostumbro porque son de media hora yo en mi consultorio estoy acostumbrado un dispositivo un poquito más largo son 45 minutos entonces fue agilizar y acostumbrarme y descubrir que funciona” (Profesional N°9, Registro N°36, 14/09/2020).

“Al ser telefónico u online hay como un tiempo que debe ser respetado más a rajatabla porque si no se te corta, son 40 minutos. No ha habido quejas en líneas generales, si algún profesional tuvo la necesidad de volver a engancharse con ese paciente en la comunicación, se ha hecho” (Profesional N°3, Registro N°21, 20/07/2020).

Podemos analizar este cambio en los tiempos de sesión desde los aportes de Carlino (2010) quien sostiene que psicoanalizarse intermediado por algún moderno aparato de comunicación lleva implícita la sensación imperativa de estar frente a una situación que requiere una rápida respuesta, y que esto atenta contra la producción de un diálogo reflexivo en el que se requiere emplear un tiempo apacible con sensación

opuesta a lo rápido y lo fugaz. Sin embargo, el autor sostiene que el hecho de que el diálogo analítico sólo ocurre dentro de la sesión de análisis puede ayudar a darle una identidad propia al diálogo y alcanzar el ritmo que requiere para hablar y escuchar con actitud analítica, de modo que se instale un clima propenso y adecuado al pensamiento elaborativo. Podemos inferir que, según lo que comentan acerca de *respetar a rajatabla los tiempos*, estas profesionales tienen la sensación imperativa de necesitar agilizar el tiempo de la sesión pero que sin embargo sostienen que se han acostumbrado y han descubierto que funciona, y que ante la necesidad de extender el tiempo se ha respondido de una manera flexible, lo que podemos entender como la posibilidad de instalar un clima adecuado para el pensamiento elaborativo en la sesión.

“Nuestra Clínica enseguida armó un dispositivo y después lo fue flexibilizando, entonces hay algunos pacientes que yo los atiendo por zoom y otros que directamente los llamo porque para mí es más simple...” (Profesional N°9, Registro N°36, 14/09/2020).

“Con esto de la pandemia tuvimos que reorganizar todo, entonces teniendo consultorios que trabajaban de lunes a viernes de 8.30, 9 de la mañana a 20 horas, tuvimos que achicar todo eso, y ahora tenemos en cinco días de la semana distribuidos los pacientes PAMI, más los de obras sociales prepagas y particulares y la atención del consultorio se hace telefónicamente u online, tanto desde la Clínica como desde la casa o los consultorios de los profesionales que no vienen a la Clínica” (Profesional N°3, Registro N°21, 20/07/2020).

“Empezamos a ver que hay personas que podían acceder al zoom, otras que empezaron a pedir por videollamada, otras por llamada común. Y se manejan, hay digamos, de veinte personas que puedo llegar a atender, hay una que si o si quiere llamada común, porque dice que en su casa están los albañiles y no quiere saber nada de mostrar su casa. La mayoría de las personas piden videollamada, y después restan los que manejan zoom que generalmente o son las personas más jóvenes, o son las personas más habituadas a la tecnología de cualquier edad, que se manejan por zoom” (Profesional N°4, Registro N°25, 12/07/2020).

Respecto a este cambio, se observa cierta flexibilidad en la plataforma o medio a través del cual se llevan a cabo las sesiones, según las posibilidades y necesidades de cada paciente. Esto coincide con lo planteado por Murillo (2020) quien sostiene que una

interesante maniobra transferencial en este tipo de encuadre es considerar en el caso por caso, si ofrecemos trabajar por llamada de voz o videollamada, abriéndole la posibilidad de elección al paciente. O si por alguna razón transferencial que el caso requiere, se ofrece una vía u otra. Vemos que la profesional N°4 se encuentra dispuesta a considerar el dispositivo más adecuado para trabajar en cada caso, lo que podemos inferir como maniobras transferenciales que atienden a la demanda de cada paciente.

“Esa es la razón de la admisión, la gran lista de pacientes que teníamos y la necesidad de contención inmediata del paciente. Hoy por ejemplo hubo 6 o 7 admisiones que tuvo P, que se pasó de la hora. A esos pacientes, seguro es como una hora porque no solamente es admitir, sino que también es contener” (Profesional N°3, Registro N°21, 20/07/2020).

Este aumento en la demanda, y la forma que encontraron los/as profesionales de hacerle frente coincide con lo que los autores Hernández Leyva et al (2021) sostienen acerca de que se ha presentado una crisis en cuanto a manifestaciones sintomáticas agudizadas a raíz del confinamiento, generando un aumento en la demanda de atención psicoterapéutica. Podríamos plantear que una crisis, muchas veces abre la posibilidad de que se despliegue la creatividad, y en este caso, este aumento en la demanda ha motivado de una manera creativa a las/os profesionales de la Clínica a implementar entrevistas de admisión, y así sostener el encuadre que estructura la labor analítica.

“(…) ahora las secretarias cambiaron totalmente su rol, ahora es todo autorización online también de las consultas, las consultas tienen que estar abonadas o digamos la cosa con la obra social tiene que estar hecha, lista, antes de que la persona entre a sesión. Entonces se necesitó asignar a cada profesional un día, por ejemplo, y después hubo tantas consultas, más adelante ya cuando la gente necesito retomar o pedir consultas nuevas o cuando la gente ya se habituó a lo que era virtual, me pidieron extender más los días” (Profesional N°4, Registro N°25, 12/07/2020).

“Lo que pasa que nosotros lo que hacemos es confirmar el turno antes. Ahí habilitas al terapeuta. (...) Es más, antes tenías la sorpresa de que dabas turno y el paciente no llegaba. Ahora hay más seguimiento, porque antes sabes si se va a conectar o no” (Profesional N°3, Registro N°21, 20/07/2020).

Con respecto a este cambio, podemos inferir que la implementación de este sistema de confirmación previa de sesiones en el encuadre virtual se relaciona con lo que plantea Carlino (2006) acerca de que en este tipo de encuadre es importante tener en cuenta que “cuando la llamada que se hace o la que se espera no se realiza, el otro del vínculo es vivenciado como más inasible e incierto, lo que puede dar lugar a la emergencia de sentimientos arcaicos intensos.” (p.9) Por ello, con este encuadre es necesario que cada integrante de la dupla, cada uno desde su rol, incremente la responsabilidad en el cuidado y mantenimiento del mismo. Podríamos inferir que además de una cuestión administrativa, el mayor seguimiento del paciente se debe a esta necesidad de encontrar reaseguramientos y orden en un vínculo que es vivenciado como incierto, tanto para pacientes como para los terapeutas.

“(…) la entrevista preliminar en lo telefónico y en lo virtual es como que se extiende un poco más en algún punto, hay que hacerlo entrar al sujeto en el dispositivo y creo que no tiene ningún sentido apurar eso, esto es uno por uno” (Profesional N°5, Registro N°28, 17/07/2020).

“Me parece que se ha perdido proximidad con el paciente sobre todo en lo institucional cómo que depende mucho más de cada profesional, el vínculo, pero no el vínculo terapéutico, sino que queden transferenciados a la institución. (...) En las primeras sesiones yo a todos les agradezco que estén apostando a este espacio de esta forma, comienzo como valorando mucho que la gente pueda y se atreva y haga la apuesta de consultar en esta modalidad y con este encuadre y eso enseguida tiene como un efecto de relajarse, de ingresar en el espacio de cierta confianza. Yo me veo como haciendo un trabajito de transferencia del paciente a la institución también (...) Trabajo como mucho los primeros dos encuentros sobre todo en transferenciar, en tratar de transferenciar sin tratar de hacer demasiada investigación casuística sino más bien tratar de anudar a la persona al espacio. (...) en esta modalidad es como más difícil, ellos no ven la institución, no van, no tienen que ir hasta allá, y ver que los consultorios son lindos, que la institución está bien presentada, que funciona todo” (Profesional N°9, Registro N°36, 14/09/2020).

Vemos como tanto el profesional N°5 y la profesional N°9 coinciden en que la modalidad de las primeras sesiones ha cambiado y atribuyen este cambio al nuevo encuadre. Tomando las ideas de Carlino (2010) podríamos plantear que este cambio se

encuentra ligado a que el encuadre virtual se define como un tipo de encuadre especial, donde cada uno de la dupla, en forma simétrica, debe aportar a la instalación, la calidad y el cuidado del aparato tecnológico utilizado, pagar el servicio de internet o el abono de la línea telefónica que los comunica, todo esto en contraste con los análisis de consultorio presencial, donde la parte material del encuadre está a cargo del analista. Podríamos plantear que esta simetría requiere una mayor participación del paciente, y por ello estos profesionales consideran que deben explicitarlo en las primeras sesiones y extenderse un poco más, para asegurarse de que el paciente comprenda la nueva dinámica. La profesional N°9 agradece a sus pacientes por animarse a un funcionamiento de encuadre distinto, lo que podemos entender como un agradecimiento por el rol más activo que están tomando en la parte material de este tipo de encuadre.

A su vez, la profesional N°9 remarca que se dificulta la transferencia del paciente con la institución y con el nuevo dispositivo, lo cual podemos entender desde los aportes de Carlino (2010), quien plantea que se debe tener en cuenta que en el setting a distancia:

“el paciente se encuentra privado de la semántica que emana del ambiente que proporciona un consultorio, con su emblemático diván y el diploma profesional del analista, los que en algo hubieran intervenido en la determinación de los ‘lugares’ y las cualidades correspondientes a cada uno de los roles” (p.109).

Podríamos plantear que esta imposibilidad de asistir a la Clínica y al consultorio (lo que generaría un ambiente facilitador para el análisis), tiene como correlato la extensión de las primeras sesiones para trabajar sobre la instalación de un clima de trabajo analítico a partir de la actitud del analista (Carlino 2010).

“...Sí, eso sí, todos tienen mi celular, por la videollamada así que ya lo tienen. Si me ha pasado, mensajes fuera de hora o tener que asistir por fuera de la sesión y vos bueno entendés que tenés que estar ahí, no podés dejar ese mensaje sin dejar de contestar, esa demanda suelta” (Profesional N°9, Registro N°36, 14/09/2020).

“Ahora todos los pacientes quieren el celular. Lo que me pareció muy importante es el hecho de marcar una disponibilidad, crear un canal en donde el paciente siente que uno estaría disponible, y esto mismo genera que no nos llame tanto.

Creo que en este contexto de cuarentena esto de tener el teléfono apunta a la sensación subjetiva de sostén” (Profesional N°4, Registro N°22, 24/07/2020).

Respecto a este cambio en el encuadre, vemos como las profesionales resaltan que la herramienta del celular está al servicio de sostener una presencia por parte del analista. Podríamos inferir que estas profesionales coinciden con lo que proponen Mazzuca et al (2017) acerca de que en ocasiones para un paciente o analizante puede ser crucial saber que, si lo necesita, puede llamar a su analista, aún si nunca lo llama el simple hecho de saber que puede hacerlo alivia. Podríamos plantear que en el establecimiento de la transferencia se vuelve fundamental para algunos sujetos que haya alguien al que se pueda llamar y lo mismo ocurre en ocasiones con el WhatsApp.

La profesional N°4 agrega: “(...) uno ya ve algunas cuestiones, de esto que ellos llaman o lo que sea que pase, uno lo pone en la historia clínica y uno lo considera como parte del tratamiento de esta persona (...) lo que pasa es que por ejemplo, en estos pacientes que son graves, por más que volvamos a la presencialidad, hay pacientes que van a mandarte un mensaje, hay que volver a encuadrarse. ¿Cuándo el paciente va a dejar de mandarte mensajes? Cuando esté estabilizado, tome la medicación, concurra a las sesiones, concurra al psiquiatra, ahí no va a necesitar, no va a llamar. (...) Es una cuestión, como que la persona sabe que uno está, ellos saben que su atención está en la sesión, pero si ellos te escriben es porque algo está pasando y eso después lo trabajamos en la sesión” (Profesional N°4, Registro N°25, 12/07/2020).

Aquí, retomando las ideas de Mazzuca et al (2017) podemos inferir que la profesional contempla que estos contactos telefónicos son parte del tratamiento, más allá que se den por fuera de la sesión, y por lo tanto, considera que pueden devenir en un factor fundamental en el marco de la cura signada por la relación transferencial.

La profesional N°9 continúa: “según como yo veía el paciente, si estaba muy angustiado, si no tenía recursos en la casa, si no tenía una red, bueno, ahí yo daba mi teléfono. Si yo veía que tenía una red o no estaba angustiado, me tomaba más tiempo para darlo. En general yo doy mi celular, pero antes quizá me tomaba mucho más tiempo (...)” (Profesional N°9, Registro N°36, 14/09/2020).

Podríamos inferir que tanto la profesional N°4 como la N°9 adhieren a lo planteado por Aryan et al (2015) en cuanto a que para algunos pacientes son necesarios reaseguramientos narcisistas. La presencia y constancia física del analista en el consultorio favorece ese efecto, pero mediante un dispositivo a distancia es necesario reforzar la presencia virtual armando una red confiable; por ejemplo, con el intercambio de mensajes de texto de modo que contengan al yo para el momento en el que reciba un señalamiento o la sorpresa de una interpretación, en una situación analítica restablecida.

En esta misma línea, la profesional N°9 remarca que si el paciente está muy angustiado y sin recursos, el teléfono es una herramienta útil, lo cual coincide a lo planteado por Nemirovsky (2009) acerca de que el analista debe disponerse a aceptar las transferencias del paciente grave para poder posicionarse como un objeto sin interrupciones traumáticas. Es decir, comprender el proceso por el cual estos pacientes necesitan no interrumpir la continuidad vivida como presencia del vínculo terapéutico una vez logrado cierta constancia en su relación profesional. El autor sostiene que herramientas como el correo electrónico o el teléfono celular están al servicio de esta disposición.

La profesional N°9 agrega: (...) *Pero en la pandemia todos lo tienen. Y bastantes respetuosos. Salvo algunas cuestiones puntuales. Hay que tener cuidado de no caer en un lugar como de asistencialista, que esto permanezca siendo un encuadre terapéutico y no una función asistencialista, que de nada le serviría al paciente porque él tiene que construir sus propios recursos, no una cuestión dependiente que ante cualquier cosa me llamen o escriben y no, hay que cuidar también, medir un poco los tiempos y modalidades* (Profesional N°9, Registro N°36, 14/09/2020).

En esta misma línea, la profesional N°4 sostiene que “*el tema de la disponibilidad de este otro que se está comunicando a través de las redes y que hay que ser muy respetuoso, también de que uno empieza una sesión y termina, y no es que uno se convierte en amigo, familiar por estar atendiendo online. El tema del encuadre, es fundamental en lo online al igual que en lo presencial*” (Profesional N°4, Registro N°25, 12/07/2020).

Aquí, podemos inferir que las profesionales adhieren a las ideas de Czerlowski et al (2008), quienes toman aportes de Winnicott para plantear la importancia de prestar atención al uso que hacemos de estos recursos, ya que implementar la tecnología como

una herramienta “no implica sustituir ni un espacio ni un vínculo, pero sí pensar cuándo beneficia y cuándo perjudica. Es beneficioso si ayuda a elaborar la separación, y perjudicial cuando dificulta la creación de la representación interna.” (p.3)

“La posibilidad de que el paciente ubique a toda hora al analista con el celular o le deje mensajes de textos, o lo busque en Google produce una ilusión de presencia permanente que anula el momento inevitable de la separación. Entre la ilusión y la desilusión, se da el espacio y el tiempo necesarios para el trabajo de la sublimación. Este espacio es el que no debemos perder más allá de los innumerables beneficios que la tecnología ha incorporado a nuestra vida”. (p.4)

A su vez, podríamos plantear que estos comentarios de las profesionales adhieren a lo planteado por Rodríguez Plasencia (2015) en tanto que al igual que en el encuadre clásico, para posibilitar este tipo de encuadre virtual, es necesario encontrar una forma de continuidad que enmarque los encuentros ya que como en todo análisis, el encuadre debe ser claramente establecido y, en caso de ser alterado, también marcará pautas para la interpretación. Podemos inferir que por este motivo las profesionales resaltan la importancia de marcar límites en el uso de estas nuevas herramientas.

Retomando lo planteado por Green (2005) acerca de que la parte variable del encuadre son fundamentalmente las disposiciones materiales, podemos decir que si bien en el área de Consultorios Externos se trabaja bajo nuevos acuerdos, el encuadre analítico se sigue sosteniendo. La profesional N°6 sostiene:

“Tal vez sí por supuesto esto implica hacer un replanteo y volver a llegar a acuerdos, me parece que sí, que se ha modificado el encuadre, pero también los encuadres suelen ser cambiantes, cuando uno trabaja en distintos lugares también el encuadre va cambiando según la clase de pacientes con la que trabajás” (Profesional N°6, Registro N°29, 20/07/2020).

- **Cambios en el modo de conducir las sesiones**

Las/os profesionales relatan que además de los cambios en las condiciones del encuadre a raíz de la virtualidad, en los primeros encuentros ocurrieron cambios en la manera de conducir las sesiones. En un principio, comentan haber tenido un rol más

activo en tanto sentían que debían dirigirlas más, realizaban intervenciones más directivas, principalmente de apoyo.

Las profesionales comentan:

“... lo que me he encontrado haciendo mucho en este periodo es andamiar, en muchos casos no tratar de bucear tanto ni de ir una búsqueda tan profunda abrir cosas que después la gente va a estar sola en su casa sino más bien de sostener, hacer un trabajo de sostener transferencialmente (...) centrar el trabajo en una cuestión de apoyo, acompañamiento, construcción (...) me he visto así cambiando un poco el rol” (Profesional N°9, Registro N°36, 14/09/2020).

“...en la capacitación que yo recibía hablaban mucho de la contención y el sostén como principales tipos de intervención. Y a mí me parecía muy adecuado, porque era una manera cauta de comenzar con estas atenciones, donde lo primordial es que el paciente tenga, cuente con un servicio profesional (...) apareció la posibilidad de que sea online y al principio fue muy raro y después, ahora, la gente está habituada, nos podemos comunicar, la gente como que se siente en confianza para hablar, se pueden llevar adelante los procesos, al principio se lo veía más como una contención chicas, como una cuestión de acompañar y contener, no indagar mucho... ¡pero qué!, resulta que mis pacientes que estaban de antes seguían desplegando cuestiones, y yo empecé a intervenir, con más interpretaciones, señalamientos, hasta que yo también me solté y ahora, hablamos, hay contención, sostén, interpretaciones, señalamientos, hay de todo” (Profesional N°4, Registro N°25, 12/07/2020).

Tomando los aportes de Green (2005) podemos plantear que estos cambios suceden en la matriz del encuadre virtual. El autor plantea que además de las disposiciones materiales, la otra parte del encuadre es la *matriz activa*: “compuesta por la asociación libre del paciente y la atención y la escucha flotante del analista, impregnadas de neutralidad benévola y que ambas forman el par dialógico donde se arraiga el análisis” (p.59). A pesar de estos cambios ocurridos en los inicios de la implementación del encuadre virtual, donde las/os profesionales abandonaron una actitud de atención flotante para mostrarse más activa/os, paulatinamente fueron descubriendo que la matriz activa del encuadre seguía allí, que con muchos pacientes pudieron entrar en análisis y sostener su regla fundamental, la asociación libre y su

contraparte, la atención flotante. Descubrieron que todo esto podía sostenerse a través de la virtualidad.

Asimismo, podemos entender estas turbulencias iniciales como una respuesta ante la interrupción súbita del análisis que conocíamos, como la manera que encontraron estas profesionales de hacerle frente a una situación disruptiva, creando una versión que asegurara los logros alcanzados por los pacientes, que contuviera la ansiedad que provoca la amenaza del COVID-19 y reinstaurara un espacio analítico en el que el paciente siguiera avanzando aún en un contexto incierto (Labarthe, 2020). Respecto a esto, Fainstein (2020) agrega que los analistas se han visto obligados no solo a trabajar en forma remota sino a atender esta situación disruptiva que afecta por igual a analizado y analista. En algunos casos se produjo una fácil adaptación al nuevo dispositivo, sin embargo, en otros la experiencia se hizo más difícil, según la singularidad de cada caso. “La realidad compartida es muy invasora por lo amenazante y muchas veces es difícil implementar la necesaria asimetría para la tarea analítica. Es nuestro desafío lograrlo.” (p.13). Podríamos plantear que en un comienzo la realidad del COVID-19 y el confinamiento eclipsó la tarea analítica, conduciendo a las profesionales a querer contener al paciente en una situación que las afectaba también a ellas. Sin embargo, han logrado anteponerse y retomar el análisis con los pacientes.

La posibilidad de las/os profesionales de dar respuesta a esta situación inédita podría remitirnos a las ideas de Hamuy (2018) acerca de que la flexibilidad otorgada al encuadre surge en la articulación entre el psiquismo creador del terapeuta, su creatividad, y la inclusión de diversas formas de intervenir que propicien movimientos, dando movilidad y elasticidad a los márgenes del encuadre, sin que esto implique la pérdida de la forma. “Plasticidad, que permita tanto cambios en el paciente como en la oferta, ampliando las posibilidades de concebir y ejercer la clínica” (p.138).

Asimismo, el hecho de que en algunos casos se haya logrado retomar plenamente el análisis más allá de los cambios en el encuadre que menciona la profesional N°4, podría remitirnos a la noción de encuadre interno. Retomando las ideas de Labarthe (2020), se sostiene que para que se instaure la actitud analítica resulta fundamental mantener el marco o encuadre interno del analista, uno que pudiera abarcar a su vez todos los aspectos que afectan al encuadre, entre ellos, la imposibilidad de reunirse presencialmente. La confianza que los analistas establecen y transmiten al

mantener ese marco o encuadre psicoanalítico interno hace posible el tratamiento y garantiza su continuidad, ya sea éste de carácter presencial o no. En esta misma línea, desde los aportes de Fainstein (2020) podemos agregar que la posibilidad de continuar ofreciendo asistencia a estos pacientes se ve garantizada por la posibilidad de introducir necesarias variaciones en el encuadre, incluso de la neutralidad. Va más allá de cualquier formalidad y especialmente de las formalidades institucionales, dando espacio a la creatividad necesaria para cada paciente y cada momento.

En el siguiente fragmento, la profesional N°9 explicita la importancia de sostener el lugar de analista y que es ello lo que permite sostener el análisis más allá de las contingencias, más allá de los cambios en el encuadre, lo que podríamos entender como la puesta en escena del encuadre interno del analista: *“Que esta cuestión de la virtualidad no nos distraiga de lo que es verdaderamente nuestro oficio, que tiene que ver más con alojar angustias y hacerlas trabajar de alguna manera. (...) Poder tener presente que los lugares se conservan más allá de que no sean concretamente habitados, sino que se puede habitarlos simbólicamente y la función se cumple, no distraernos de esto. Nuestros roles son funciones y en tanto funciones se pueden construir desde lo simbólico”* (Profesional N°9, Registro N°9, 29/05/2020).

A su vez la profesional N°9 coincide con lo planteado con Viñar (2002) en tanto que lo que define la calidad del encuentro analítico y de lo que allí ocurre no son las condiciones formales, sino la actitud y disposición de quienes llevan a cabo el proceso, la actitud y disposición del analista son aquello que vertebra el encuadre, las reglas del dispositivo son medidas accesorias para favorecer la emergencia de un diálogo analítico.

Retomando lo planteado por Green (2005) acerca de que la parte del encuadre que se sostiene invariante en todo análisis es la matriz activa, podemos plantear que el encuadre interno de las/os profesionales del área de Consultorios Externos estuvo al servicio de sostener esta matriz, es decir, el autor plantea que el encuadre que cada analista internalizó en su propio análisis no deja de estar presente en su mente, rige el límite de las variaciones que autoriza y lo lleva a conservar las condiciones necesarias para proseguir los intercambios, a pesar de cualquier cambio que acontezca en el encuadre, como sucedió en el área de Consultorios Externos. A su vez, el hecho de que los pacientes pudieron continuar desplegando sus cuestiones como menciona la profesional N°4, puede estar ligado a que el encuadre interno del analista es aquello por

lo que un paciente construye también en su interior un marco para su propio psiquismo, más allá de las circunstancias en las que se lleve a cabo el análisis (Tabacof, 2020).

- **Excepciones a la implementación del encuadre virtual**

Distintos profesionales de la Clínica Saint Michel remarcan que existen excepciones a la implementación del encuadre virtual. En su mayoría, los profesionales sostienen que son los pacientes con criterios de fragilidad psíquica de diferentes grados, o referidos a estructuras no neuróticas, o bien, pacientes con cuadros psicopatológicos descompensados, quienes necesitan de la presencialidad:

“Pacientes graves, que son los menos, son los pacientes que no toleran la virtualidad. (...) Pacientes más rígidos, con cuestiones persecutorias, es el uno por uno, de toda mi casuística solo 4 no aceptaron virtual. (...) les pedimos que vengan, hay situaciones en que uno necesita que el paciente venga” (Profesional N°1, Registro N°11, 05/06/2020).

“Yo al menos solo tomo de manera presencial algunos pacientes que no estén en condiciones, que estén en crisis, que necesiten una contención personal excepcional y básicamente son pacientes que se han ido de alta hace poquito y todavía no están en condiciones de largarlos solos (...)” (Profesional N°6, Registro N°29, 20/07/2020).

“Y por otro lado tenemos algunos turnos presenciales porque bueno, hay pacientes, sobre todo los con diagnóstico de psicosis, a los cuales el teléfono o el online yo diría, aparecen ciertas cuestiones persecutorias entonces uno ya sabe más o menos a qué pacientes va a citar al consultorio y a cuales va a poder atender online. (...) Vuelvo a decirlo, algunos casos en los que todos sabemos que no, el dispositivo que sea tiene que ser el cara a cara o el presencial, nosotros acá no tenemos diván, todo lo que hablamos es cara a cara” (Profesional N°2, Registro N°14, 17/06/2020).

Estas excepciones con determinados pacientes, podrían estar ligadas a que este tipo de encuadre requiere de un paciente que de forma simétrica con el analista, pueda hacerse cargo de la parte material del encuadre, por lo tanto, uno de los interrogantes que podríamos hacernos refiere a la solidez de los recursos yoicos y materiales de quien solicita la entrevista como para establecer un compromiso analítico con una responsabilidad suficiente en la línea de hacerse cargo de su rol y de sí mismo, ya que el paciente debe responsabilizarse de la mitad de la parte material del encuadre y además,

la distancia geográfica que media en estos tratamientos requiere ciertos recursos y/oicos de autocontención en situaciones angustiantes o críticas (Carlino, 2010).

A su vez, esta necesidad de presencia física que remarca la profesional N°2 en algunos pacientes, podría estar ligada a lo planteado por Gutierrez (2013) respecto a que el encuadre virtual no es la mejor opción para los pacientes fronterizos, debido a que estos son particularmente sensibles al compromiso y presencia atenta del analista, por lo que tanto la fragmentación de la expectativa sensorial en el intercambio por videocámaras, como la turbulencia emocional percibida en el analista fruto de dichas condiciones pueden interferir en la capacidad efectiva de contener al paciente. Sostiene que este tipo de pacientes ponen a prueba el vínculo ya que en la transferencia se le impone una y otra vez el fracaso ambiental, y ello en ocasiones toma la forma de la demanda de la presencia física e incluso de la contención corporal, ausente en estos encuadres.

Por otro lado, la insistencia de las profesionales en que algunos pacientes solo pueden atenderse presencialmente también podría estar relacionada a lo que plantea Carlino (2010) acerca de que apriorísticamente se considera más confiable una entrevista en el consultorio que una mediada por algún medio técnico de comunicación. El analista no confiaría en un primer momento en que pudiera llegar a conocer a un paciente solo si lo ha entrevistado a través de este medio. Ante esto el autor propone que en los análisis a distancia debe implementarse un método específico de evaluación acorde al setting adoptado, una estrategia que permita obtener los elementos de identificación necesarios ya que se requiere otra manera de procesar el acto de conocer al paciente.

“(...) Ha pasado que hay pacientes que desestiman lo virtual y prefieren lo presencial, entonces algunos esperaron un poco, hicimos excepciones y los seguimos atendiendo, como en mi caso” (Profesional N°1, Registro N°11, 05/06/2020).

En este fragmento, vemos que la profesional atiende no solo a los criterios de fragilidad psíquica, sino también a las preferencias de los pacientes que no se sentían cómodos con la virtualidad. Tomando los aportes de Murillo (2020) podemos entender estas excepciones como una maniobra transferencial considerada en cada caso particular para procurar la continuación del tratamiento de estos consultantes, teniendo en cuenta que:

...se pone en juego una regla fundamental de la transferencia que es por un lado no invertir la demanda y no poner el análisis por delante de la demanda, pero por otro, una sutil operación por la cual no debemos retener ni expulsar al paciente. Invertir la demanda, retener al paciente o intentar continuar el trabajo analítico sin que el paciente lo pida –consciente o inconscientemente– lo único que logra es que el paciente se adapte al dispositivo, como podría adaptarse a cualquier exigencia de su entorno, o bien directamente frustrarse como tal la posibilidad del análisis. Es la peor manera en que puede destituirse la transferencia. (Apartado: 3. No invertir la demanda, ni anteponer la interpretación a la transferencia. Párr. 10)

8.2.2 Identificar posibles factores facilitadores así como también obstaculizadores del encuadre virtual para la asistencia psicológica en Consultorios Externos.

En este apartado se describen los posibles factores facilitadores así como también obstaculizadores que han identificado los profesionales del área de Consultorios Externos respecto a la implementación del encuadre virtual para la asistencia psicológica en la Clínica Saint Michel durante el año 2020. Para ello, se toma el discurso de ocho profesionales, a partir del registro de entrevistas, como así también a partir del registro de comentarios de estos profesionales en ateneos clínicos. Se analiza la información en relación al material teórico recopilado en la perspectiva teórica. La información de ambas fuentes fue recabada a través de la modalidad virtual por Zoom o videollamada de WhatsApp.

- **Factores facilitadores del encuadre virtual**

Distintos profesionales comentan acerca de los factores facilitadores para la asistencia psicológica identificados tras la implementación del encuadre virtual en el área de Consultorios Externos. A continuación se exponen fragmentos de comentarios de las/os profesionales:

“A ver, va a haber gente que siempre va a preferir lo presencial y gente que no, y que a esas otras personas que no, que no lo pueden llevar a cabo, les va a dar una posibilidad de un acompañamiento profesional” (Profesional N°6, Registro N°29, 20/07/2020).

“Qué interesante esto porque me parece que lo que hace es resaltar una vez más que nosotros trabajamos con individualidades, cada uno es un sujeto y esto de que uno no quiera presencial, otro sí, hay muchos que quieren ir sí o sí, llamadas telefónicas o videollamadas, todos los dispositivos y la posibilidad del paciente de poder elegir cuál es para él en ese momento la mejor manera de poder trabajar algo con un terapeuta, esto es lo que nos marca, la necesidad de preguntarle al paciente cuando pide un turno ‘¿qué es lo que usted prefiere?’, darle estas posibilidades, respetar la individualidad de cada uno y con cuál dispositivo cada uno se siente más cómodo para poder hablar expresarse” (Profesional N°3, Registro N°9, 09/05/2020).

En estos fragmentos las profesionales sostienen que la implementación del encuadre virtual ha ampliado la posibilidad de elección del paciente, permitiéndole elegir el medio por el cual tener su sesión. A esta posibilidad podríamos analizarla desde los aportes de Carlino (2010) quien plantea que el psicoanálisis a distancia abre un abanico de posibilidades que aumenta el espectro de pacientes que pueden acceder a él, no solo para pacientes en situaciones excepcionales (como enfermedades transitorias) o permanentes (como cambios de residencia), sino también, como plantea la profesional N°3, para cada paciente con sus individualidades. El autor sostiene que algunos de los pacientes que consultan por esta vía suelen tener dificultad para pedir ayuda terapéutica; sienten que hablar de sí mismos es algo equivalente a quedar expuestos y encuentran en Internet un lugar adecuado para poder hablar sobre ellos mismos, sobre sus sentimientos, sin tener que enfrentarse más que a unas palabras, orales o escritas. Esto mismo puede servir para pacientes con un alto grado de retraimiento social, el análisis a distancia podría ser una primera puerta abierta a la introspección con un otro. Tanto la profesional N°6 como la N°3 podrían estar considerando estas posibilidades, al expresar que algunos pacientes no pueden o no desean llevar a cabo el análisis presencial y que cada paciente debe poder elegir cual es la mejor manera de trabajar con el terapeuta.

A su vez, podríamos plantear que la profesional N°3, al remarcar la necesidad de respetar el pedido de cada paciente, podría coincidir con los aportes de Murillo (2016) respecto a que una regla fundamental de la transferencia es, por un lado, no invertir la demanda y no poner el análisis por delante de la demanda, y por otro lado, una sutil operación por la cual no debemos retener ni expulsar al paciente. Es decir, el hecho de retener al paciente en un tratamiento que no sea parte de su demanda,

generaría que el paciente se adapte, como a cualquier exigencia de su entorno, o bien directamente que se frustre la posibilidad del análisis. En esta misma línea, lo planteado por la profesional N°3 también podría deberse a que considera que una respuesta creativa de cualquiera de los miembros de la pareja analítica ayuda a incrementar la confianza en el método y la fe en el diálogo psicoanalítico como factor terapéutico, y por ello es importante considerar las objeciones del analizando al encuadre y dialogar sobre estas (Lutenberg, 2014).

De este modo, retomando lo planteado por las profesionales, los factores facilitadores para la asistencia de este tipo de encuadre radicarían en las posibilidades de ampliar el abanico de pacientes que tienen acceso al análisis (Carlino, 2010), la posibilidad de atender a la demanda de cada paciente, aumentando la confianza en el método y el diálogo analítico (Lutenberg, 2014) y respetando la regla fundamental de la transferencia (Murillo, 2016).

“Te dicen ‘Ay al final estoy re cómodo, te estoy diciendo cosas que quizá cara a cara no te hubiese dicho pero con esto del teléfono me libero un poco más’” (Profesional N°7, Registro N°30, 21/08/20).

“Hay pacientes que también hacen vínculo transferencial sin la videollamada, sino por la otra, llamada común sin verse, y también uno tiene una escucha mucho más atenta también y es interesante. Me parece que son recursos que se van a venir en el después, que van a quedar, y bueno, no están mal” (Profesional N°2, Registro N°14, 17/06/2020).

“Hay pacientes que hasta se meten más en sesión, con esto de la imagen, hay un momento que se olvidan de la cámara, y se ponen a hablar. Hasta les diría pacientes que no hacen diván y de pronto hacen llamada telefónica y es como si estuviera en el diván y se meten de lleno en la sesión” (Profesional N°1, Registro N°11, 05/06/2020).

En estos fragmentos, las/os profesionales comentan acerca de la comodidad que sienten algunos pacientes respecto al encuadre virtual. Esta posibilidad de llevar a cabo el análisis a través de un medio telefónico y que según lo percibido por las/os profesionales, los pacientes puedan incluso sentir que están en el diván, podría coincidir con lo planteado por Scharf (2014) quien sostiene que al igual que el análisis tradicional, este tipo de tratamiento valora el estándar de los principios psicoanalíticos:

Un encuadre firme, una postura no directiva, asociación libre, comunicación inconsciente, análisis de la resistencia, de los sueños y de la transferencia-contratransferencia, interpretación, escuchar cómo el paciente recibe la interpretación, más interpretación, transformación, trabajo y desarrollo de una función autoanalítica. (p. 158)

A su vez, el hecho de que los pacientes puedan *meterse de lleno en la sesión*, como resalta la profesional N°1, podría analizarse desde los aportes de Aryan et al (2015), quienes plantean que en este tipo de encuadre es importante considerar también la necesidad del paciente por comunicar (motivada de manera tanto consciente como inconsciente) como la autoimpuesta obligación del analista por comprender. Esta situación llevará a ambos a encontrar nuevas formas de simbolización, algún equivalente con los medios a su alcance. Según los comentarios de las/os profesionales, vemos que tanto pacientes como analistas, encontraron la forma de llevar a cabo el análisis por nuevos medios.

Por otro lado, la profesional N°7 comenta que este tipo de encuadre posibilita en algunos pacientes mayor comodidad para expresarse libremente. Esto podría estar ligado con lo planteado por Carlino (2010) acerca de que en los tratamientos mediados por este tipo de encuadre

...se observa que a ciertos pacientes les sucede que sienten que pueden llegar a establecer con mayor facilidad un vínculo sincero y transparente, con un menor grado de disociación. Logran una mayor integración en su espontáneo decir debido al efecto desinhibidor que les produce no tener a su lado a la persona del analista. Por el contrario, sienten a éste como a alguien que es *todo oídos* y que, de no ser así, sentirían trabas a su libre expresión espontánea. (p.88)

En esta misma línea, Gutiérrez (2013) por su parte, sostiene que estas ofertas terapéuticas producen un efecto favorable de desinhibición en el paciente, asociado a que este pueda mantener el grado de anonimato que se desee y que favorece la apertura y confidencialidad. Así, el paciente se siente menos tenso y avergonzado si cree que lo que va a contar puede provocar rechazo, lo cual facilita la comunicación incluso en personas con déficit de asertividad.

“(...) el niño te va haciendo el recorrido por toda la casa, no se queda quieto, entonces vos conoces, te metes un poquito en el mundo de él, un poco más íntimo, lo cual es un dato interesante, la cocina, la pieza, el baño, te lleva por todos lados hasta que vos podés hacer un encuadre con las madres, si puede que se quede quieto en un espacio. Pero bueno, te habilita a conocer otras cosas” (Profesional N°2, Registro N°14, 17/06/2020).

En este fragmento, la profesional N°2 comenta que en el trabajo con niños, el encuadre virtual posibilita adentrarse en la intimidad del paciente. Esta posibilidad que plantea la profesional coincide con los aportes de Urman (2020), quien plantea que en el teleanálisis realidades físicas, familiares y sociales, que habitualmente pasan desapercibidas o son invisibilizadas en el análisis presencial, encuentran ocasión de hacerse presentes a través de la pantalla. El autor sostiene que en el encuentro a través del teleanálisis los cuerpos están más expuestos, con menor elaboración secundaria, y que ilustran un diferente clima de intimidad y confianza. A su vez, estas *otras cosas* que plantea la profesional, puede referirse a lo planteado por Aryan et al (2015) en tanto que el espacio físico en esta modalidad de análisis tiene la cualidad de ser variable y proporciona datos del paciente que también integran el dispositivo analítico; por ejemplo, cuando muestran su casa, cuando informan sobre su aspecto físico, el orden o desorden, y de objetos significativos que el analista no tendría posibilidad de observar ni conocer en el contexto del consultorio.

“Se va a sostener, hay mucha gente que por cuestión de proximidad o comodidad, lo cual habrá que evaluar el caso por caso. Pero creo que sí, no en todos los casos pero en muchos, se va a sostener virtual. Ha abierto una puerta que no se de otra manera si se hubiera podido abrir como con tanta firmeza” (Profesional N°9, Registro N°36, 14/09/2020).

“(...) muchos nos hemos encontrado muy cómodos atendiendo en nuestras casas. Tenemos casas que nos permiten hacerlo por cómo están dispuestos los ambientes, nos hemos organizado familiarmente. Y la verdad que también es lindo estar atendiendo y poder ir a tu cocina y hacerte un té, te brinda otro tipo de confortabilidad que al estar en la Clínica no, que no tenés cocina, no podés hacerte un té, estás a las corridas y salís a comprarte un café que sale 100 pesos, trasladarte. Yo vivo en X, para mí ir a la Clínica es media hora, a muchos nos pasa que nos queda lejos, entonces

también eso de poder arrancar el día más tranquila o terminarlo y desenchufar” (Profesional N°9, Registro N°36, 14/09/2020).

“Yo creo que la modalidad virtual tiene eso de poder ahorrar en tiempo, capaz no te podés trasladar pero sí en el momento estar presente. (...) es como que todo se acomoda de una forma más fácil en relación al tiempo, y en relación a la operatividad no creo que cambie mucho” (Profesional N°2, Registro N°14, 17/06/2020).

“el profesional puede tener horas desde su domicilio particular entonces vos no tenés tan atiborrados los consultorios acá con gente dando vuelta, y tenés mayor capacidad de tiempo de consultorio para ofrecerle al paciente” (Profesional N°3, Registro N°21, 20/07/2020).

“por una cuestión económica, gente que se tomaba dos colectivos para llegar o que vive en otra ciudad y que venía para esto, va a pedir online, se evita todo el viaje, se evita cambiarse, se evita el costo que tiene trasladarse (...) por una cuestión de a veces aquerenciarse, el que se acostumbre y dice ‘ay bueno, si puede ser online tal cosa, tal otra’, como ese arraigo a la costumbre de quedarse más en la casa, o de quedarse online o tener la disponibilidad, es decir, saber que puede contar con un buen servicio digamos, lo digo, lo subrayo, porque no es menor, no hay que tomarlo como algo menor, peyorativamente a la atención online” (Profesional N°4, Registro N°25, 12/07/2020).

“me parece que ir al consultorio es un mambo también en cuestiones de organización de la familia, si tenés hijos, todo un movimiento ¿no? Tenés que disponer del doble de tiempo o quizás más en tiempo de lo que dure la consulta puntual” (Profesional N°5, Registro N°28, 17/07/2020).

“Lo que también permite esta modalidad virtual más allá de la pandemia es poder continuar tratamientos, por ejemplo con gente que ya no está en la misma ciudad o que no tiene posibilidad de movilizarse, (...) se puede llegar a personas que no sólo por la distancia sino también por la parte de disponibilidad horaria no podían acceder a un espacio terapéutico. Gente que trabaja muchas horas o que vive lejos entonces te dice ‘yo necesito un turno después de las 7 de la tarde’, pero acá cierran a las 7, bueno ese tipo de cosas que si vos lo pensás desde lo virtual, hay muchas posibilidades también” (Profesional N°6, Registro N°29, 20/07/2020).

Vemos que en estos fragmentos las/os profesionales resaltan principalmente la comodidad, tanto para los terapeutas como para los pacientes, de poder llevar a cabo las sesiones desde el hogar. Comentan que permite continuar tratamientos a pesar de las distancias; perciben una mejor gestión del tiempo relacionada a que no es necesario trasladarse hacia la Clínica o consultorio. Estos beneficios planteados por profesionales coinciden con los aportes de Di Biasi (2020) quien sostiene que la terapia online tiene beneficios específicos: es posible tener una sesión mediante la pc, la tablet o el celular, desde cualquier lugar del mundo, con horarios programados. No requiere el traslado del paciente ni del terapeuta, lo cual supone un ahorro de tiempo y dinero. El profesional N°5 explicita el beneficio que supone este encuadre frente a cuestiones de organización familiar, coincidiendo con las ideas de Gómez (2021) quien sostiene que entre las motivaciones para sostener este tipo de encuadre a futuro encontraríamos que el mismo permitirá sortear las dificultades que surjan cuando se trate de la organización con niños, personas mayores o enfermos a cargo, en relación a dejarlos al cuidado de alguien a fin de poder asistir a terapia.

La profesional N°4 por su parte sostiene que la preferencia por este tipo de encuadre podría radicar en el acostumbramiento a estos medios virtuales, coincidiendo con las ideas de Carlino (2010) quien plantea que al modo tradicional de encuentro y de contacto se le fueron agregando otros, como producto de la influencia de la tecnología en la vida cotidiana, lo que fue constituyéndose como uno de los principales elementos que viene transformando las costumbres y los paradigmas culturales de comportamiento. Las tecnologías de comunicación a distancia conforman un elemento fundamental en el desarrollo de la vida actual de las personas, habilitan un encuentro y un contacto con el otro, diferente del tradicional. En esta misma línea, Rodríguez Plasencia (2015) sostiene que la virtualidad como parte de la vida y la vida atravesada de muchas maneras por la virtualidad, constituye ahora un elemento importante en la subjetividad de nuestra época en la que se están transformando radicalmente los modos de relación y de sentido. Lo que la profesional plantea como un acostumbramiento o acostumbramiento, podría estar ligado al atravesamiento de la virtualidad en la subjetividad de época y el beneficio de este tipo de encuadre radicaría en la posibilidad de incorporar nuevos modos de encuentro presentes en la actualidad, permitiendo al psicoanálisis aggiornarse a su contexto sociocultural.

- **Factores obstaculizadores**

Algunos profesionales identificaron factores obstaculizadores o aspectos negativos respecto a la implementación del encuadre virtual en el área de Consultorios Externos. A continuación se exponen fragmentos de estos profesionales:

La profesional N°9 explicita distintas cuestiones relacionadas al nuevo encuadre:

“Es otro ritmo y quizás es mucho más cansador para uno, porque tenés que estar como todo el tiempo atento de rescatar algo para hacer una intervención no esperar los tiempos hasta que el paciente pueda... sino como estar vos ahí más activa. Es el modo que encontré yo, no? No sé cómo lo hará cada profesional en su espacio. El modo que encontré yo para que el paciente vaya armando recursos, estar un poco más atenta o es estar yo más a la pesca de algo para poder convertirlo en una intervención y la verdad es que me súper funciona, los resultados se ven un montón, la gente hace cosas espectaculares” (Profesional N°9, Registro N°36, 14/09/2020).

Esta necesidad de *estar más activa* y el consecuente cansancio que trae esta mayor atención podría estar ligado con lo planteado por Ayran et al (2015) respecto a que algunas carencias relacionadas con la distancia corporal en este tipo de sesiones, son modificadas o compensadas con algunas variaciones:

En el discurso, sea en su contenido, tono, ritmo, volumen, carga emocional, etcétera.; en los silencios, distintos entre sí por su duración, su profundidad, su carácter intempestivo, imprevisto, cómplice, etcétera; o en cualquier otra manifestación conductual, y es labor del analista traducirlas al lenguaje verbal propio del proceso analítico. (p. 73)

Así, la profesional N°9, cuando refiere a lo cansador que resulta convertir lo que trae el paciente en una intervención, puede estar refiriéndose a esta labor de traducir a un diálogo analítico todos estos aspectos que percibe atentamente en las sesiones.

A su vez este rol más activo podría estar relacionado con lo planteado por Gutierrez (2013) acerca de que pareciera haber una suerte de esfuerzo por parte del analista para hacerse presente en la díada, lo cual, pareciera, no se requiere presencialmente. Podemos inferir que la terapeuta se siente compelida a abandonar la atención flotante para mostrarse a través de su actividad, bajo la impresión de que no alcanza con su presencia, hay un esfuerzo mayor en mostrarse atenta con su mirada, o

mostrarse particularmente dispuesta ante los dichos del paciente, muchas veces incluyendo expresiones con el objetivo de dar a entender que se ha comprendido lo dicho y que se está comprometido en la escucha de aquello que el paciente expresa.

En esta misma línea, el profesional N°5 sostiene que: *“me parece que al paciente nuevo hay que alojarlo y eso lleva tiempo, yo ahí personalmente encuentro más desgaste a nivel profesional porque a veces no tengo ganas de eso, no tengo tantas ganas, lo veo como un acto social y a veces cuando en el acto social número 10... uf!”* (Profesional N°5, Registro N°28, 17/07/2020).

La profesional N°9 agrega: *“Me resulta mucho más difícil acotar el tiempo en media hora en lo virtual. Es como que media hora y virtual, no pasa nada, siempre me termino demorando unos minutitos más y bueno me súper estreso la verdad”* (Profesional N°9, Registro N°36, 14/09/2020).

Aquí, tanto el cansancio relacionado a la necesidad de mantener un rol activo frente al paciente nuevo que plantea el profesional N°5, como la necesidad de extender el tiempo de sesión ya que al comienzo *no pasa nada*, como plantea la profesional N°9, podría estar relacionado con lo planteado por Gutierrez (2013) respecto a que uno de los fenómenos más llamativos en este tipo de diálogo es que:

(...) la polifonía de voces tiende a aplanarse, a volverse monológica, lo que tiene una serie de consecuencias: hay un efecto de saturación yoica en los contenidos de la sesión que dificulta sostener la asociación libre y su contraparte en la atención parejamente flotante. Ligado a ello, sostener los silencios conversacionales resulta más incómodo, lo que es sumamente relevante en la conversación analítica. Los tiempos de silencio se hacen más breves y observamos una mayor tendencia a interrumpirles a través de un decir en impostura, aspectos que llevan a una yoificación del material que interfiere con la potencialidad de profundizar y establecer formas más intensas de regresión. (Apartado: Obs. 2. Alteraciones de la cualidad viviente: monologización de las prácticas enunciativas y efecto de saturación yoica. Párr. 2)

Así, este *acto social* que plantea el profesional N°5 y este *no pasa nada*, que plantea la profesional N°9 podrían interpretarse como el sostenimiento de un dialogo coloquial en las sesiones que estaría al servicio de alojar al paciente en el nuevo encuadre, llevando al terapeuta a sostener la atención con este objetivo, interfiriendo en la profundización del material y, a su vez, generando un mayor desgaste atencional.

Asimismo, estas dificultades podrían estar relacionadas a la ausencia de un tiempo previo a la sesión que se da en la presencialidad. Carlino (2014) sostiene que el momento *pre-sesión* incluye el recorrido hasta llegar al consultorio, donde el paciente va tomando contacto con su estado mental a la manera de un sueño diurno mientras que simultáneamente va retrayendo y debilitando su investidura libidinal con el mundo exterior, lo que va dando lugar a la regresión. Este trayecto geográfico y tiempo previo no existe en el análisis a distancia, el paciente deja lo que estaba haciendo y se conecta al instante con el analista, no hay un pre-comienzo, e incluso puede contaminarse de lo que ocurrió en los momentos previos a la conexión. Con respecto a esto, el autor sostiene que

“...el hecho de que esté ausente dicha disposición regresiva, de alguna manera, influirá en las ocurrencias espontáneas, tal como lo necesita el clima mental requerido por la Regla Fundamental. Quizás resulte conveniente que en la primera parte de la sesión el analista adopte una actitud de receptividad silenciosa como un aporte a resolver la carencia de lo que denominé pre-sesión.” (p.190)

Así, podemos plantear que esta falta de disposición regresiva otorgada por el hecho de dirigirse al consultorio, interfiere en la disposición del paciente a comenzar a asociar libremente, conduciendo una mayor yoificación del material, que requiere de la intervención activa del analista, generando un mayor desgaste para el profesional.

Esta situación deriva muchas veces en la extensión del tiempo de las sesiones como señala la profesional N°3, lo cual trae dificultades en la organización de los turnos del área de Consultorios Externos y en ocasiones requiere de una ruptura del encuadre virtual, solicitando un turno presencial: “(...) *tenemos que tener mucho cuidado, con el tiempo de la consulta y de respetarlo para que ninguno se quede sin ser atendido. Y en ese caso, si hay un paciente que necesite más tiempo lo cito por consultorio presencial.*

Pero bueno, eso es lo que hemos visto como dificultad” (Profesional N°3, Registro N°21, 20/07/2020).

Con respecto al lenguaje no verbal la profesional N°9 agrega: *“me parece que es ir al caso por caso, hay casos en los que se puede hacer una lectura igual y hay casos en los que si se pierde muchísimo eso y hay momentos también en los que yo, por ejemplo, estoy muy cansada porque es el paciente número 10 que atiende ese día por videollamada y no me da la atención. (...) Entonces me parece que lo que apelo es centrar la atención y el trabajo en la escucha y en una cuestión discursiva y en hacer movimientos de lo discursivo” (Profesional N°9, Registro N°36, 14/09/2020).*

La profesional sostiene que hay casos en los que se pierde mucha información respecto al lenguaje no verbal, lo cual coincide con las ideas de Di Biasi (2020) quien señala que el cara a cara es lo habitual, que cuando se trabaja frente a la pantalla, el otro queda reducido a una cara a diferencia del encuadre presencial donde se ve todo el cuerpo del paciente, su postura y sus movimientos corporales. Sin embargo, la profesional sostiene que hay casos en los que esta lectura no verbal es posible, coincidiendo con las ideas de Tabacof (2020) quien sostiene que si bien en la pantalla solo se ven rostros “una vez que el vínculo está establecido, los movimientos afectivos son identificables y lo que llega del cuerpo, tan importante en la clínica, entra de todos modos en la interacción” (p.4). Carlino (2010) agrega que respecto al componente paraverbal (entonación dada a las palabras), también se emiten manifestaciones incluidas en lo auditivo a través de los medios virtuales, plenas de significados, para lo cual el analista debe estar preparado para una captación minuciosa e instantánea de estos significados. El componente extraverbal (gesticulaciones que acompañan el discurso) tampoco queda del todo excluido en este encuadre ya que el cuerpo puede arrojar manifestación de sí mediante sonidos que informan acerca de la actividad del paciente.

Por otro lado, esta mayor atención en una cuestión discursiva a la que refiere la profesional, coincide con lo planteado por Aryan et al (2015) quienes sostienen que en un diálogo por telecomunicación, las palabras adquieren un rol protagónico, constituyéndose en el eje axial del vínculo analítico.

Asumen el papel de continente y, a la vez, de vehículo interconector del intercambio ideo-afectivo. Las palabras van acompañadas

de una actitud y un comportamiento percibidos en la cualidad del desempeño de cada uno de la dupla, ya sea este pertinente o evasivo, inesperado o actuador. Es posible observar, también, la interrupción o superposición al discurso del otro, junto con momentos de silencio que informan acerca del paciente, del analista y del clima transferencial del vínculo. (p. 65)

“Porque esto es lo que pasa en lo online, que tiene que ver mucho con la capacitación específica, lo online tiene algo de parecido a la tele o a la radio, como que si hay un hueco o un silencio todos nos desesperamos, nos sube la presión, estamos mal porque pareciera que no puede haber silencio. En cambio en lo presencial, podemos tomar silencios para reflexionar, respirar, para procesar, en cambio acá parece que todo tiene que ser como en la tele, sin huecos” (Profesional N°4, Registro N°25, 12/07/2020).

Aquí, la profesional sostiene que en este tipo de encuadre, los silencios son menos tolerados, que generan cierta desesperación. Podemos inferir que esto se debe a que a diferencia de lo que sucede en los encuentros presenciales, en el setting virtual hay una singular angustia en lo que refiere al silencio, y esto puede ser el resultado de la relación con los medios virtuales y no con el paciente. Cuando se genera un silencio, surge la sensación de no tener referencias en las que apoyarse, no se comprende si se trata de una falla técnica o de un legítimo silencio del paciente, generando una angustia que lleva a emitir algún sonido o llamar al paciente por su nombre para confirmar la comunicación (Rea, 2020). Carlino por su parte (2014) agrega que en esta modalidad de encuadre los silencios muy largos incomunican, son más difíciles de soportar precisamente porque el hablar es uno de los soportes de la comunicación a distancia. Cuando los silencios “se instalan con cierta o mucha frecuencia, obstaculizan y/o impiden que haya un buen contacto y encuentro coloquial transferencial, imprescindibles para lograr una presencia comunicativa” (p. 189).

“Creo que entre una opción y la otra prefiero la de seguir yendo. Uno se contacta con los compañeros, es un trabajo muy solitario este, entonces si perdemos los vínculos... aunque sea el cruzarte con tus compañeros en los pasillos y comentas algo, que se yo, yo comparto pacientes con una psiquiatra entonces entre paciente y paciente nos tomamos cinco minutos, hablamos un poco de determinado paciente, trazamos

algunas cuestiones en conjuntas, y eso si se perdió” (Profesional N°9, Registro N°36, 14/09/2020).

La profesional N°9 señala como un factor que dificulta la asistencia mediante este encuadre a la soledad que supone el atender sola desde el hogar, estar aislada de sus colegas de la Clínica. Aquí, partiendo de las ideas de Berenstein y Puget (1997) acerca de que para sostener un pensamiento complejo, no se puede prescindir de una lectura del sujeto, el vínculo con otros y la cultura en la que está inmerso, en este caso sería importante atender a cómo este contexto de pandemia, confinamiento e incertidumbre, y la implementación de la atención virtual como modo de hacerle frente a este contexto, no solo tiene consecuencias en el campo intersubjetivo de lo que ocurre entre paciente-terapeuta, sino también, es importante atender a cómo todo esto impacta en los deseos y necesidades de las/os terapeutas respecto a su labor. Podríamos inferir que aquí la profesional expresa el deseo de poder sostener un trabajo en equipo, más allá de que en el consultorio se encuentre a solas con el paciente, quizá para ella el intercambio casual con sus colegas sostiene y enriquece tanto a su profesión como a su persona, y este tipo de intercambios se ve obturado en la implementación del nuevo encuadre.

8.2.3 Identificar en viñetas clínicas características específicas del encuadre virtual y sus efectos clínicos

En este apartado se identifican en viñetas clínicas algunas características específicas del encuadre virtual implementado en el área de Consultorios Externos de la Clínica Saint Michel durante el año 2020 y el efecto que tienen las mismas sobre experiencias clínicas con pacientes, a partir del relato de seis profesionales quienes compartieron sus experiencias, tanto en ateneos clínicos como en entrevistas. Se analiza la información en relación al material teórico recopilado en la perspectiva teórica.

- **El uso del celular como herramienta dentro del encuadre virtual**

Una de las características propias del encuadre virtual implementado es el uso del celular como una herramienta de comunicación tanto para las sesiones como para mantener contacto con los pacientes fuera del horario de sesión. La profesional N°4 relata distintas viñetas clínicas en las cuales el uso de este dispositivo tomó protagonismo:

“Tengo una paciente de 20 que solo ha tenido videollamadas (...) cuando ella necesitaba una llamada era porque estaba acostada, y en relación a sus síntomas, a ella le dolía la panza cuando tenía que rendir. Qué importante ver cómo nos comunicamos y qué nos pasa a los terapeutas también, qué tipos de disponibilidades ponemos en juego, me parece muy interesante lo que nos ha pasado, algo de todo esto va a quedar, cuánto de esta disponibilidad después cuando volvamos, porque siempre damos turnos presenciales y no se nos ocurría poner en juego estas otras cuestiones” (Profesional N°4, Registro 9, 29/05/2020).

En esta viñeta, la profesional rescata la disponibilidad puesta en juego con esta paciente, ya que la necesidad por comunicarse con su analista surgía cuando estaba acostada en su cama. La profesional respondía a esa demanda realizando llamadas en esos momentos. Estas *otras cuestiones* que se ponen en juego que comenta la profesional podrían relacionarse con lo planteado por Rodríguez Plasencia (2015) respecto a que en la virtualidad las posibilidades espaciales son múltiples, se pueden plantear nuevas situaciones relacionadas a la ubicación del paciente en este caso. Lo transferencial sostiene las pautas del encuentro y puede determinar estas posiciones, en las que en cada movimiento, todo se pone en juego, de un modo similar a cualquier otra modalidad de análisis basada en la interpretación. Aquí, la posición de la paciente y su necesidad de llamar a la analista en esos momentos, podría estar marcando cuestiones transferenciales importantes a tener en cuenta en el análisis con esta paciente. A su vez, la disponibilidad de la profesional a responder a estas llamadas podría estar relacionada con que considera que en la relación transferencial con esta paciente, el hecho de estar disponible para ella, puede devenir un factor estratégico en el camino hacia la cura (Mazzuca et al, 2017).

Esta misma profesional relata una situación con otro paciente:

“Él me llama el domingo, yo le doy mi teléfono a él, él llama diciendo que estaba sin levantarse de la cama, que no podía hablar con las hermanas, “ellas no me entienden, tengo ganas de tomarme muchas pastillas por eso yo te llamo”, después de contenerlo, le explico que en este caso él tendría que recurrir a la guardia, el me pasa el teléfono con la hermana que es el único que él había referido como su referente de tratamiento (...) a él lo veo una vez por semana, pero en todo abril y todo mayo era por lo menos una vez más por semana por mensajes, era responder mensajes, o de las

hermanas, siempre era un tiempo extra. Era porque consumía alcohol o pastillas de más, siempre así con algo extra, o se sentía mal y llamaba. En ningún momento fue a la guardia” (Profesional N°4, Registro N°22, 24/07/20).

En esta viñeta vemos como la profesional relata haberle dado su teléfono personal a este paciente (en otros extractos comenta que todos los pacientes desde el periodo de aislamiento por la pandemia en 2020 tenían su contacto de whatsapp) y recibe tanto mensajes como llamadas telefónicas fuera del horario de sesión. Esta decisión podría deberse a que el paciente está en riesgo, por lo que los reaseguramientos narcisistas mediante un refuerzo en la presencia virtual se vuelven necesarios. Mediante la respuesta a sus mensajes o llamadas fuera del horario de sesión, se lograría armar una red confiable para este paciente y disminuir el riesgo (Aryan et al, 2015). Asimismo, de este modo la analista se posicionaría como un objeto sin interrupciones traumáticas, sin interrumpir la continuidad vivida como presencia del vínculo terapéutico una vez lograda cierta constancia en su relación profesional, lo cual es fundamental en la transferencia con los pacientes graves (Nemirovsky, 2009).

Ante la pregunta acerca de si el encuadre virtual funciona en pacientes graves, la profesional comenta sobre su experiencia con el dispositivo virtual con otra paciente: *“Yo creo que los pacientes psicóticos estabilizados, que pueden lograr una alianza terapéutica, lo necesitan, de hecho tengo una paciente psicótica que venía una vez al mes antes y ahora la veo cada quince días, y necesita simplemente que uno la escuche, y se calma. Sigue con su psicosis digamos, por supuesto ya que consideramos estructura psíquica. (...) Mi objetivo no va a ser ahí que ella tenga otra contacto con la realidad porque su estructura de personalidad no lo permite (...) mi rol es escucharla, contenerla, ver si está siendo tomando la medicación” (Profesional N°4, Registro N°25, 12/07/2020).*

En esta viñeta, la profesional sostiene que esta paciente que cursa una psicosis estabilizada necesita del recurso de la llamada, por lo que nuevamente estaríamos ante un uso de la llamada telefónica como un reaseguramiento narcisista (Aryan et al, 2015) y de sostener una presencia sin interrupciones, disponerse a aceptar las transferencias del paciente grave (Nemirovsky, 2009).

- **Lejanía corporal**

El hecho de que el encuadre virtual suponga una distancia entre los cuerpos del paciente y el terapeuta tuvo sus efectos clínicos:

“Paciente que empiezo a atender de manera virtual, sólo por teléfono, no conozco a la persona y sin embargo lo que ha pasado en este caso yo todavía no doy crédito, para mí fue una sorpresa enorme. (...) Es una chica de 34 años que yo hablo por teléfono 3 veces con ella, la primera vez muy angustiada, mucho llanto durante el llamado, uno desde este lado tratando de alojar esta angustia por teléfono sin ni siquiera verle la cara, super fuerte ese momento, apelar a la creatividad. (...), segundo llamado, ella empieza a hablar con muchísima angustia, ella tenía alucinaciones, cuando se iba a dormir veía bichos en la cama y al momento de irse dormir sentía presencias, que alguien la iba a lastimar y se desesperaba y no podía dormir y en un momento hace una pausa y dice ‘yo no lo quiero decir, me parece que no paso, pero yo creo que mi papá abusaba de mí’ y que ella nunca le había dicho esto a nadie (...) La llamó el jueves y esta vez no lloró, sólo al final cuando retomé el tema de la sesión anterior, ya no tenía esta angustia desbordante. Ella decía que no podía creer que sin conocerme se había animado a contarme un secreto que en años no ha contado a nadie, que no puede creer que me lo contó en un segundo llamado telefónico. (...) esto permitió que se conecte con la vergüenza que le genera, expresiones que encontramos en mujeres que han sido víctima de abusos sexuales. Ella ahora puede empezar a nombrar éstas cosas, yo creo que por algo ella no accede a la videollamada. (...) Hice una intervención que sirvió bastante, ella me decía que se sentía perdida en un laberinto hace años, yo le relaté el mito de Teseo, Ariadna y el Minotauro. También traer algo de lo imaginario, en esta conversación sin rostros, de dos personas desconocidas, le digo “me parece que vos algo de esa sensación tenés, por eso pudiste contarme esto la semana pasada, vos entendiste que hay alguien agarrando la otra punta de la lana, que hay alguien que te está acompañando en el proceso de desintoxicarte de esta historia” (Profesional N°9, Registro N°9, 29/05/2020).

En esta viñeta clínica, la profesional N°9 relata distintas cuestiones. Por un lado, resalta su sorpresa ante la posibilidad de lograr un clima de intimidad y comprensión con una paciente que no conocía presencialmente, ni siquiera su rostro ya que el dispositivo elegido por la paciente fue la llamada telefónica. La paciente misma expresa no poder creer haberse animado a contar algo que tanto la angustiaba sin conocer a la analista. Esta posibilidad de generar un clima de intimidad de modo tal que la paciente

sienta la confianza necesaria para contar un suceso angustiante podría remitirnos al concepto de presencia comunicativa planteado por Carlino (2010) quien sostiene que aunque la presencia no sea corporal, cuando se logra establecer un clima de encuentro y de contacto, no es posible concebir una ausencia, o una sensación de lejanía en el contacto y el encuentro analítico.

Por la sensación que les queda a los participantes del diálogo analítico durante y después de su realización, se está en condiciones de afirmar que la idea de presencia en este contexto no es sólo una mera sensación subjetiva; los que participan del diálogo están realmente *allí* presentes en esos espacios recién descritos, creados a partir del momento en que se inicia la comunicación, aunque medien grandes distancias geográficas. Ambos participantes sentirán la sensación de presencia en relación directa con el clima de amalgama habido en el contacto y el encuentro dado por el signo de la transferencia. (p. 150)

A partir de este concepto, podemos plantear que el encuentro entre la analista y la paciente está marcado por la transferencia establecida, generando una sensación de presencia, sensación que es puesta en palabras por la analista “*me parece que algo de esa sensación tenés (...) que hay alguien acompañando (...)*”. La intervención de la analista, a pesar de la distancia geográfica, genera en la paciente la sensación de estar siendo acompañada en su proceso, la sensación de que “*alguien sostiene la otra punta del ovillo*”.

Por otro lado, podríamos plantear que la actitud analítica de la profesional en este caso permitió que la paciente misma pueda poner en palabras aquello que la angustiaba y que nunca había sido capaz de expresar. Podemos plantear que la escucha de la analista bastó para que la paciente pudiera asociar libremente. Esta situación nos remite nuevamente a las ideas de Carlino (2010), quien sostiene que en los tratamientos telefónicos, el paciente debe tener claro que, si él no expresa verbalmente lo que le sucede más allá de sus palabras, el analista no tiene manera de averiguarlo. Sin embargo, sugiere que hay momentos de insight que son estimulados por la actitud analítica que el setting promueve, que ayuda a que algo reprimido aflora a la conciencia y sea comunicado. Tomando esta idea, podemos plantear que la paciente, estimulada por la actitud de la analista, además de poder describir sus síntomas, pudo comunicar un

suceso que nunca había podido verbalizar, y que la analista interpreta como del orden de lo reprimido.

“(...) ella me menciona que dormía muchas horas, no adhiere al tratamiento farmacológico pero el manejo de la medicación es según su estado anímico y me hablaba de que ella estaba incapacitada para todo, que quien se ocupaba era su pareja, y cuando esta pareja no estaba, estaba su hijo de 14 años. (...) Yo me la imaginé como una persona muy deteriorada sin poderse mover demasiado, pero cuando yo la veo en la entrevista presencial, la veo como una persona arreglada, acorde su vestimenta, maquillada y que tenía una férula porque se había quebrado, en una de esas veces que se levantaba se había quebrado. No sabemos si se autolesionó. (...) Pero bueno, es eso, fueron un par de entrevistas que yo tuve y al momento de conocerla yo no sabía con qué me iba a encontrar. (...) En las entrevistas designadas conmigo es ahora la semana que viene. Es intermitente y es telefónico. Hubo presencial por una cuestión de un informe, solo una entrevista presencial, donde nos conocimos” (Profesional N°11, Registro N°40, 09/10/20).

En esta viñeta, podemos inferir una respuesta contratransferencial por parte de la profesional durante las sesiones telefónicas con esta paciente. Con respecto esto, Carlino (2006) plantea que en el caso del setting telefónico el proceso contratransferencial es la respuesta a un estímulo que llega a la mente del analista únicamente por la vía auditiva, donde no se percibe ni el aspecto ni la actitud corporal y todo ello influiría en la producción contratransferencial, y sostiene que “tienen incrementada la posibilidad de ser estimulados por las deducciones o inferencias que el analista realiza a partir de lo percibido únicamente por la vía auditiva” (p.7). Aquí vemos cómo a partir del relato de la paciente, la analista dedujo cierto deterioro, que esperaba encontrarlo reflejado en su imagen. En este punto podemos señalar lo planteado por Carlino (2010) respecto a que las señales contratransferenciales que el analista percibe le permitirán contactar con el cuerpo libidinal del paciente, dar cuenta de algo por lo que el paciente está atravesando. Podríamos hipotetizar que la profesional pudo conectarse con el cuerpo libidinal de esta paciente, aunque este no muestre coherencia con la imagen aseada y arreglada con la que se encontró al reunirse presencialmente con ella.

- **Características que dificultan la asistencia psicológica**

Las características específicas del encuadre virtual implementado en Consultorios Externos, en algunos casos también tuvieron sus efectos clínicos negativos, dificultando la asistencia psicológica con determinados pacientes:

(...) Todo esto hace a la internación, porque empieza él a quedar como muy solo, en los últimos días estaba todo el tiempo en su habitación. Yo tuve 2 sesiones virtuales con él, y estaba muy tomado por el llanto y podía parar y seguir pero era como que en ese momento no había nada más, él y su angustia. Se quedaba él en un vacío, difícil de poder significar. Me parece que la cuestión es apuntar un poco con él a acompañarlo a restablecer el lazo con la palabra, con el otro, que se vio como roto con eso que irrumpe, el queda afuera del campo del otro que es lo que lo sostiene como sujeto. En un momento dice que él en su casa no estaba bien, ya no estaban los amigos, la casa no era un espacio donde él podía estar tranquilo, entonces es como que la internación venía a hacer un poco de borde porque era una angustia como muy invasiva. Le costaba mucho terminar las sesiones, poner un corte le costaba mucho, él me decía si no podía tomar 2 o 3 turnos porque nada le alcanzaba (...) (Profesional N°8, Registro N°37, 18/09/2020).

En esta viñeta vemos que el paciente no puede sostener el dispositivo virtual, por un lado, por las sesiones más acotadas que este encuadre ofrece, que para él no son suficientes, y por otro lado, el hecho de no poder contenerlo desde la presencia física dificulta la intervención, debido a que presenta una angustia desbordante y un contexto social poco contenedor. En este sentido, tomando las ideas de Carlino (2010), podríamos plantear que la decisión de interrumpir el encuadre virtual y optar por la internación podría estar relacionada a la solidez de los recursos yoicos y materiales de este paciente y su capacidad o no establecer un compromiso analítico con una responsabilidad suficiente para poder hacerse cargo de su rol y de sí mismo, y además, la distancia geográfica que media en estos tratamientos requiere ciertos recursos yoicos de autocontención en situaciones angustiantes o críticas, y como vemos en este caso, la angustia es desbordante y el paciente mismo demanda mayor contención de la analista al solicitarle turnos extra.

“La primera vez que se intenta tener contacto con ella, en situación de pandemia, se la llama por teléfono, no atiende a la primera, no atiende a la segunda, llama ella tarde, como a las 5. (...) En el corto tiempo que puedo atenderla, conversó

un rato y evidentemente es una paciente que necesita a tratamiento psiquiátrico (...) Yo la vuelvo a ver en una 2da entrevista, yo me demore media hora por cuestiones del Zoom y ella se vino inmediatamente a la Clínica, paciente totalmente expansiva en su ánimo, muy verborrágica, con serias dificultades para tener un hilo conductual en sus pensamientos, muy irritable (...) tratarla así ambulatoriamente es muy difícil, queremos ver cómo podemos hacer el seguimiento, presencial no siempre se puede, hoy por hoy es todo virtual. (...) Veíamos la internación como intervención de tope en una situación tan compleja que no conocemos a la paciente. Era una posibilidad de recortar algo, saber dónde estamos parados” (Profesional N°10, Registro N°11, 05/06/2020).

En este fragmento la profesional plantea dificultades para llevar a cabo el análisis mediante el dispositivo virtual con esta paciente, expresa que la complejidad de la situación de la paciente requiere de una internación, la cual es pensada como una intervención para *saber dónde están parados*. Esta situación relatada por la profesional nos remite a las ideas de Avenburg (2004) quien sostiene que en el análisis hay momentos en donde se pierde la constancia otorgada por el encuadre, que invade la sensación de no saber dónde hacer pie. Estos momentos suelen ser temporarios, en caso de no serlos y no poder lograr con el psicoanálisis un mínimo equilibrio compatible con el tratamiento, se deberá recurrir a otros medios, como la medicación o la internación, siendo esta última la intervención adoptada por la profesional para este paciente. A su vez, podemos inferir que esta sensación de que no conocen a la paciente se relaciona a por lo planteado por Carlino (2010) acerca de que apriorísticamente se considera más confiable una entrevista en el consultorio que una mediada por algún medio técnico de comunicación, ya que el analista muchas veces no confía en que pueda conocer a un paciente solo si lo ha entrevistado a través de este medio.

Por otro lado, vemos que por las dificultades de esta paciente, se ponen de manifiesto características del encuadre virtual que hacen que no pueda sostenerlo, como por ejemplo, el tiempo de espera que implica lograr una buena conectividad mediante la plataforma Zoom, el cual la paciente no pudo tolerar e inmediatamente se dirigió hacia la Clínica. Podemos inferir que esta intolerancia a la espera está ligada a que en este tipo de encuadre, al no estar presente físicamente el analista, “cuando la llamada que se hace o la que se espera no se realiza, el otro del vínculo es vivenciado como más inasible e incierto, lo que puede dar lugar a la emergencia de sentimientos arcaicos intensos” (Carlino, 2006, p.9). A su vez, podemos comprender esta situación desde las ideas de

Viñar (2002) quien plantea que las pautas formales del encuadre son mudas cuando el proceso marcha, y sólo son estridentes cuando hay dificultades, ya que en otros casos, esta característica del encuadre virtual no interfirió en la posibilidad de llevar a cabo la sesión.

“Tuve dos pacientes que no quisieron virtual, para colmo una me re divertía la extraño un montón, era muy divertida. Ella en realidad siempre venía y se quejaba del novio y convive con el novio en un departamento chico entonces eso es lo que me explicó ‘yo no puedo hablar tranquila y no voy a hablar de otras cosas de las que tengo ganas de hablar’ y claramente está en todo su derecho. Y la otra es una señora grande de 65 años que también ella vive con el marido y no se siente cómoda hablando porque por más que pueda y ella gestionar un poco de privacidad, ella manifiesta que no va a estar tranquila y nunca me dejó de llamar, ella cada dos o tres semanas me pregunta si ya volvimos presencial” (Profesional N°7, Registro N°30, 21/08/20).

En estas viñetas clínicas que relata la profesional N°7 podemos observar que la característica del encuadre virtual que impidió que pueda llevarse a cabo el tratamiento con estos pacientes fue el hecho de que muchas veces la sesión se lleva a cabo en el seno del hogar, coartando la privacidad del paciente cuando hay convivientes presentes. Para comprender esta situación, podemos tomar las ideas de Murillo (2020) quien sostiene que el hecho de tener que hacer el pasaje a sesiones virtuales, supone una particular maniobra transferencial y subjetiva sobre lo doméstico, ligada al poder instituir un espacio donde poder hablar con intimidad, en un momento y tiempo donde la familia, pareja, hijos/as puedan soportar que el paciente disponga de ese tiempo y espacio y en este caso, no ha podido instituirse ese espacio. En esta misma línea, Carlino (2010) plantea que establecer un espacio de intimidad es fundamental en tanto “no se puede sostener una actitud de libre asociación ni de atención flotante si se tiene la sensación de que esa comunicación no tiene garantías de privacidad total en el momento de la sesión” (p. 143). Estas pacientes no lograron encontrar el clima de intimidad y privacidad necesarias para un adecuado establecimiento del encuadre virtual, por lo que decidieron interrumpir su tratamiento.

9. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se ha sistematizado la experiencia de la Práctica Pre-profesional supervisada, dentro del contexto Clínico, llevada a cabo durante el año 2020, en el contexto de la pandemia por COVID-19. Ante la imposibilidad de llevar a cabo prácticas presenciales en razón de la emergencia sanitaria que nos excede, el material aquí analizado se basó tanto en entrevistas mediante videollamadas de WhatsApp realizadas a 9 profesionales cuya experiencia profesional es coherente con la temática abordada en este trabajo, como también en el material clínico brindado por distintos profesionales de la Clínica en los ateneos clínicos realizados a través de las plataformas Zoom y Google Meet.

Cabe señalar que las conclusiones a las que se arriban aquí se encuentran contextualizadas en relación a este trabajo de sistematización de la experiencia de práctica, la cual se circunscribe a la asistencia psicológica brindada en Consultorios Externos y fue llevada a cabo en un contexto particular e inédito como lo fue la situación de pandemia que atravesamos durante el año 2020.

Teniendo en cuenta el material surgido en las entrevistas y analizado en relación a la teoría, se podría en primer lugar plantear que la implementación del encuadre virtual en la Clínica Saint Michel; con los cambios y novedades que implicó; con sus características particulares y efectos clínicos, estuvo atravesada por la complejidad de la clínica psicoanalítica contemporánea. No podemos ignorar las implicancias transubjetivas de un contexto sociocultural complejo y cambiante, particularmente, en lo referido a los avances tecnológicos actuales y el creciente desarrollo de las tecnologías de la comunicación a distancia, que generan a su vez un impacto en el registro intersubjetivo, transformando los modos de concebir los encuentros comunicacionales, y al mismo tiempo impactan en la subjetividad de cada una de las personas que habitan este contexto. Esto es algo que no puede ser ajeno a la práctica clínica psicoanalítica.

En la Clínica Saint Michel, las/os profesionales plantean que el encuadre virtual nació como una respuesta frente a una demanda. Las primeras experiencias con el mismo respondieron a necesidades de algunos pacientes, que en situaciones excepcionales, ya sea por distancias geográficas o situaciones de salud, requerían de una atención remota. Con el advenimiento de la pandemia por COVID-19, el encuadre virtual dejó de ser un recurso excepcional, para convertirse en el encuadre que posibilitó

continuar brindando asistencia a los pacientes que asistían a la Clínica, así como también a pacientes nuevos, que iniciaron sus tratamientos en este contexto adverso.

Es fundamental poder contextualizar los puntos de llegada a partir de esta experiencia que surge de la práctica, situándonos en el paradigma de la complejidad que marca tanto desde un punto de vista epistemológico como clínico, una nueva forma de concebir la práctica psicoanalítica. Las/os profesionales de la Clínica Saint Michel coinciden con que lo inédito, la poiesis, la creatividad, fueron aquello que caracterizó al proceso de instalación del encuadre virtual. La totalidad de las/os profesionales se adaptaron a la virtualidad, y esta capacidad para hacerle frente a una situación disruptiva como lo fue el confinamiento y la suspensión de sus actividades como las conocían hasta ese entonces, adaptándose a un nuevo dispositivo que posibilitó continuar con su labor, podría hablarnos de la puesta en juego de la plasticidad y de la creatividad de estos profesionales.

Las/os analistas sostienen que la gran mayoría de los pacientes han podido continuar con sus tratamientos, quienes previo a la situación de pandemia asistían a la Clínica presencialmente como modo exclusivo de atención. Se observó que solo unos pocos se habrían negado a continuar de manera virtual. Incluso se han iniciado tratamientos con pacientes con quienes no se habían reunido en ningún momento de manera presencial. Las comunicaciones se realizaron mediante videollamadas con algunos, otros sólo utilizando la llamada telefónica. Esta situación particular condujo a descubrimientos y nuevos interrogantes. Es importante señalar que, en general, se ha percibido una mayor adaptación al nuevo encuadre por parte de pacientes que iniciaron su tratamiento anteriormente al confinamiento, lo cual podría deberse a cuestiones transferenciales del vínculo ya iniciado previamente entre paciente y terapeuta.

Podríamos plantear que el encuadre virtual ha estado al servicio de sostener un diálogo analítico, que si bien tiene la característica de ser un diálogo enfocado en lo intrasubjetivo del analizado, transformando lo intrasubjetivo en intersubjetivo en ese acto, no deja de ser un intercambio, más allá del medio por el cual se lleve a cabo, como en este caso, el virtual. Las/os profesionales han logrado encontrar un marco, establecer un encuadre, que a pesar de tener nuevas características, como todo encuadre sigue marcando las pautas para el análisis y es condición de posibilidad del mismo.

Estas nuevas condiciones del encuadre que describieron las/os profesionales se resumen en que las sesiones fueron realizadas mediante la plataforma Zoom, videollamada de WhatsApp o llamada de línea; los tiempos de sesión se volvieron más acotados; se modificó el cronograma de sesiones; se comenzó a solicitar previamente el pago de la sesión y confirmación de turno, las/os profesionales utilizaron sus teléfonos particulares para comunicarse con el paciente; comenzaron a implementar entrevistas de admisión como modo de hacer frente a la gran demanda de atención y se cambiaron ciertas modalidades de intervención de los analistas en las primeras sesiones con el fin de anudar a la persona a las nuevas plataformas virtuales.

Todos estos cambios plantean situaciones inéditas para las/os profesionales: en primer lugar, la necesidad de flexibilizar el encuadre, atendiendo a la singularidad de cada paciente respecto a la plataforma a elegir para llevar a cabo la sesión (por Zoom, videollamada de WhatsApp, llamada de línea). En relación a estas elecciones que se realizaron de manera particular según cada consultante, podríamos hipotetizar que implicaron la puesta en consideración de cuestiones transferenciales en cada caso singular.

En segundo lugar, el manejo de un nuevo tiempo, el de la virtualidad, que según lo planteado por las/os profesionales se podría inferir que generó la sensación de necesitar dar respuestas rápidas, de agilizar los tiempos de sesión, entrando en conflicto muchas veces con el tiempo elaborativo que requiere el análisis. Sin embargo, poco a poco han logrado adecuarse a esta nueva modalidad, han logrado establecer un clima elaborativo en las sesiones.

En tercer lugar, adaptarse a una nueva organización administrativa en lo que respecta al pago de sesiones y confirmaciones de turno con anticipación. Podríamos concluir que este pedido de confirmación ha implicado un intento de traer certezas y reaseguramientos ante un vínculo con el otro, que al estar intermediado por la virtualidad, fue vivenciado como incierto.

En cuarto lugar, se comenzaron a utilizar los teléfonos particulares de cada profesional como medio para contactar con el paciente, lo que muchas veces implicó mantener un contacto fuera del horario de sesión. Podríamos inferir que en este contexto particular, el uso del celular no fue solo un medio para llevar a cabo la sesión, sino que

estuvo al servicio de sostener una presencia por parte del analista en un contexto tan incierto. Podríamos plantear un uso estratégico de la llamada, mensaje de texto o WhatsApp que se enmarcó en cuestiones transferenciales de cada caso, lo cual implicó atender a las necesidades y posibilidades de cada paciente. Se puede hipotetizar que para algunos pacientes, en un contexto de pandemia y confinamiento, se tornó fundamental emplear esta herramienta, a modo de un reaseguramiento narcisista, reforzando la presencia virtual y así armando una red confiable, de modo tal que el paciente pudiera estar contenido para llevar a cabo su tratamiento. Sin embargo, las/os profesionales se mostraron críticos ante el uso de esta herramienta fuera del horario de sesión, atentos a no caer en un lugar asistencialista o perder el encuadre que permite la labor analítica, planteando que el encuadre virtual, como todo encuadre, debe ser claramente establecido.

En quinto lugar, se implementaron entrevistas de admisión debido a la creciente demanda de atención a través de este nuevo tipo de encuadre, y según lo planteado por las/os profesionales, podemos hipotetizar que esta decisión supuso una respuesta creativa, ante la crisis que se había presentado, para atender a la mayor cantidad de consultas generadas por diferentes manifestaciones psíquicas sintomáticas agudizadas por la situación de confinamiento. Por último, hubo cambios en relación a las primeras sesiones con los pacientes que, según lo planteado por las/os profesionales, podríamos inferir que se encuentra relacionado a que en este tipo de encuadre, tanto terapeuta como paciente estuvieron a cargo de sostener las condiciones materiales que lo posibilitaban (ya sea poseer un dispositivo con internet, abonar la línea telefónica o internet, etc.). Por este motivo, se volvió importante colaborar con el paciente para introducirlo en esta nueva modalidad, lograr un anudamiento al nuevo espacio y, al mismo tiempo, establecer un clima elaborativo mediante el establecimiento de una transferencia con la institución, ya que el paciente no asiste a la Clínica y no dispone de la semántica que emana de este espacio, lo que ayudaba a delimitar los lugares de terapeuta-paciente.

Los cambios no solo ocurrieron en aspectos administrativos o materiales del encuadre, sino que también las/os profesionales percibieron cambios en la manera en la que intervenían en las sesiones. En los inicios de la implementación de este nuevo encuadre, las/os profesionales realizaron intervenciones directivas, principalmente de contención y apoyo. Sin embargo, fueron observando con el tiempo que se lograban

realizar procesos de análisis con algunos pacientes, procesos de psicoterapia psicoanalítica con otros, se pudo dar lugar a la asociación libre y comenzaron a realizar interpretaciones, señalamientos, entre otras intervenciones. Podemos hipotetizar que aquí, el encuadre interno, encarnado por la figura del analista, ha operado al servicio de sostener el análisis incluso en un contexto de cambios y adversidades.

Más allá de estas posibilidades que han descubierto la/os profesionales con la implementación del nuevo encuadre, también es importante destacar que no todos los pacientes han podido continuar o comenzar tratamientos de manera remota. Según lo comentado por las/os profesionales, se puede inferir que los motivos de estas excepciones estuvieron relacionadas principalmente a criterios de fragilidad psíquica de diferentes grados, o referidos a estructuras no neuróticas, o bien, pacientes con cuadros psicopatológicos descompensados. Este tipo de pacientes por cuestiones transferenciales particulares han demandado de la presencia física del terapeuta e incluso de la contención corporal, ausente en este encuadre. En este mismo sentido, podríamos concluir que se requiere de una evaluación del paciente para determinar si posee ciertos recursos yoicos que posibiliten una autocontención en situaciones angustiantes o críticas, es decir, que logre sobreponerse ante cuestiones que se hayan movilizado en el transcurso de la sesión, y por otro lado, que pueda asumir una responsabilidad sobre su parte material del encuadre.

Por otra parte, algunas excepciones a la atención virtual, estuvieron motivadas por la preferencia de cada paciente, tal es el caso de quienes no se sentían cómodos con la virtualidad y fueron atendidos de manera presencial. Se podría inferir que la decisión de realizar excepciones con estos pacientes que desestimaban lo virtual podría haber estado relacionada a maniobras transferenciales por parte de los terapeutas para asegurar la continuidad del tratamiento.

Es importante señalar que las nuevas características adoptadas en el encuadre, según lo percibido por las/os profesionales de la Clínica Saint Michel actuaron muchas veces como factores facilitadores de la asistencia psicológica en Consultorios Externos, así como también muchas veces obstaculizaron la misma. Respecto a los factores facilitadores, las/os profesionales plantean que el encuadre virtual ha ampliado la posibilidad de elección del paciente, permitiéndole elegir la plataforma por la cual tener su sesión o permitiéndole objetar si desea una atención presencial, y podríamos plantear

que esto tiene como consecuencia un aumento en el espectro de pacientes que llega a acceder a la terapia. Además, podría concluirse que el respeto del terapeuta por la elección del paciente tuvo que ver con evitar anteponer el análisis por delante de la demanda, ya que no sería fructífero para el análisis que el paciente se adapte al tratamiento como una exigencia. En esta misma línea, podríamos hipotetizar que el hecho de que el encuadre virtual haya sido flexible, al darle la posibilidad de elegir a cada paciente la plataforma que le resultara más cómoda, atendiendo a su demanda, podría haber operado como un factor que aumentó la confianza del paciente en el método analítico. Por otro lado, el hecho de que en algunos casos se haya permitido llevar a cabo la terapia por llamada de línea, sin nada más que una comunicación de voz entre paciente y terapeuta, permitió que pacientes con mayores inhibiciones pudieran acceder a terapia y en ocasiones, algunos otros que ya habían iniciado sus tratamientos previamente a la situación de pandemia se sintieron más cómodos por este medio para desplegar cuestiones que no surgían presencialmente.

En el caso del trabajo con niños, las/os profesionales encontraron que el poder acceder a la cotidianeidad del hogar, conocer el entorno del niño, la dinámica familiar, etc. a través de la videollamada, resultó una información muy valiosa para el tratamiento y que abrió muchas veces un clima de intimidad y confianza.

La mayoría de las/os profesionales señalaron como un factor facilitador a la comodidad, tanto para los terapeutas como para los pacientes, de poder llevar a cabo las sesiones desde lugares remotos. Esto repercutió positivamente en cuestiones económicas, de gestión de tiempo, de organización familiar. Sin embargo, se podría plantear que la preferencia por un encuadre virtual no solo se debe a estas comodidades, sino también a un acostumbramiento al uso de estos medios signado por un entorno cultural que propicia estos nuevos modos de encuentro y comunicación.

Por otro lado, las/os profesionales también han identificado limitaciones y factores que obstaculizaron la asistencia psicológica en Consultorios Externos. Entre ellos se destacaron el cansancio y desgaste físico que supone la atención virtual. Más allá de una cuestión física de estar gran cantidad de horas frente a una pantalla, o del otro lado del teléfono, también podríamos hipotetizar que se debe a cuestiones relacionadas a la disminución del lenguaje no verbal en la virtualidad, situación que requirió de ciertas compensaciones, como por ejemplo, una mayor atención dedicada a

captar sutilezas en el tono de voz o expresiones faciales en caso de las videollamadas y poder incluirlas en el diálogo analítico. En esta misma línea, podemos inferir que la distancia y el uso de medios virtuales condujo a las/os terapeutas a querer mostrarse más presentes en el vínculo mediante comentarios o gestos, buscando generar en el paciente la seguridad de que se lo está escuchando y comprendiendo, generando así un mayor desgaste atencional.

Según lo comentado por las/os profesionales, este cansancio se agudizaba en la atención a pacientes nuevos, que iniciaron sus tratamientos a través del encuadre virtual, ya que percibían que costaba mucho más establecer un clima elaborativo con ellos. Podemos inferir que este cansancio estuvo ligado a una mayor atención por parte del terapeuta dirigida a alojar al paciente en este nuevo encuadre, y como consecuencia, se instalaba un mayor diálogo coloquial que en ocasiones interfirió en la profundización del material. Asimismo, podríamos hipotetizar que esta dificultad para comenzar a profundizar el material podría haber estado relacionada con la ausencia de un tiempo pre-sesión que ocurre en la presencialidad, cuando los pacientes se dirigen hacia el consultorio, donde se van tomando contacto con su estado mental, debilitando la investidura libidinal con el mundo exterior y generando una disposición regresiva. Esta misma situación, podría estar relacionada con que las sesiones muchas veces se extendían más de lo esperado, desorganizando el cronograma de turnos.

Otra desventaja que perciben las/os profesionales refiere a la pérdida de mucha información proveniente del lenguaje no verbal de los pacientes. Sin embargo, mencionan que en algunos casos fue posible realizar una lectura de estos aspectos no verbales. Podemos hipotetizar que esta posibilidad estuvo relacionada por un lado a movimientos transferenciales que permitieron identificar aquello que llega del cuerpo del paciente, y por otro lado, a una mayor atención a componentes paraverbales, como la entonación de su discurso, o bien en las sesiones por videollamada, la atención sobre aspectos extraverbales como gesticulaciones del paciente. Sin embargo, esta mayor atención al servicio de captar estos elementos, generó un mayor desgaste en las/os profesionales, como mencioné anteriormente.

Otro factor que obstaculizó la atención mediante el encuadre virtual fue la baja tolerancia a los silencios. Podemos hipotetizar que esta intolerancia radica en la angustia que genera la sensación de no tener referencias en las que apoyarse, ya que no se

comprende si se trata de una falla técnica o si efectivamente es un silencio legítimo. A su vez, podríamos plantear que los silencios se volvieron más difíciles de soportar ya que precisamente el hablar fue uno de los principales soportes de la comunicación a distancia, más aún en la llamada de línea, donde está ausente la imagen.

Por otro lado, según lo planteado por las/os profesionales, el trabajo con este tipo de encuadre generó una sensación de soledad en ellos, ya que muchas veces al permanecer en sus hogares, se perdieron del contacto con sus compañeras/os, se perdió la charla de pasillo en la que intercambiaban alguna que otra sugerencia o consulta respecto a algún paciente, y esto constituye uno de los motivos por los que podrían preferir la atención presencial por sobre la virtual.

Estas características y factores específicos del encuadre virtual repercutieron en la práctica clínica con los pacientes, los efectos de algunas de estas características pudieron identificarse en los relatos clínicos de las/os profesionales. Principalmente estuvo muy presente el uso del celular como una herramienta dentro del encuadre virtual, que podemos inferir que en la mayoría de los casos estuvo al servicio de sostener una presencia y generar una red de contención para el paciente, que se tornó fundamental en un contexto de aislamiento y pandemia como el que transitamos durante el año 2020.

Otra característica de este encuadre que tuvo grandes efectos clínicos fue la lejanía corporal entre paciente y terapeuta. La distancia y en ocasiones la ausencia de la imagen del terapeuta, particularmente en una paciente, permitió que se desplegaran cuestiones que, según ella misma, presencialmente no hubiera podido. Asimismo, a pesar de la distancia, en este caso se logró establecer un clima de confianza e intimidad, que podemos inferir que nos habla del establecimiento de una presencia comunicativa, ya que sin necesidad de que los cuerpos se encuentren, pudo haber un encuentro genuino. En otro caso, la distancia física tuvo efectos sobre cuestiones contratransferenciales, ya que podríamos plantear que se incrementó la posibilidad de que el terapeuta fuera estimulado por las deducciones o inferencias que realizó a partir de lo percibido únicamente por la vía auditiva.

En algunos casos, se pudieron identificar características del encuadre virtual que obstaculizaron que se continúe el tratamiento por esta vía con determinados pacientes.

En uno de los casos, la característica que dificultó continuar con el tratamiento virtual fue el tiempo de espera que requiere la conectividad por plataformas virtuales. Podríamos hipotetizar que la situación inasible e incierta a la que expone la virtualidad, despertó sentimientos arcaicos intensos en este paciente.

En otro caso, la característica del encuadre que dificultó el tratamiento fue el hecho de que el paciente debía llevar a cabo la sesión desde el hogar, viéndose coartada su privacidad e intimidad. Podemos inferir que al no poder instituir un espacio de intimidad no se pudo sostener una actitud de libre asociación.

Más allá de estas dificultades, según lo comentado por las/os profesionales de la Clínica, la implementación del encuadre virtual ha sido un desafío que puso en juego la creatividad y la plasticidad de cada uno como terapeuta. Les ha permitido continuar con su labor, así como también ha permitido a muchos pacientes continuar con sus tratamientos e incluso iniciarlos. De esta experiencia inédita, han surgido interrogantes que enriquecen la práctica clínica, por ejemplo, en lo referido a cómo se pone en juego la disponibilidad del analista a través de los medios virtuales; en relación a qué implicancias tienen cada uno de los diferentes lugares desde los que se conectan los pacientes (habitación, auto, oficinas de trabajo etc.); en el caso de las llamadas telefónicas, qué particularidades se podrán rescatar a partir del tono de voz del paciente en la llamada, cómo opera la ausencia de la imagen del analista; en el caso de las videollamadas, qué implicancias tiene la presencia constante de la imagen tanto del analista como del paciente, etc.

La mayoría de las/os profesionales apuestan por el encuadre virtual, sostienen que más allá de la contingencia de la pandemia, la implementación de este encuadre podría llegar a sostenerse en la Clínica de manera opcional, abriendo el abanico de posibilidades para los pacientes, así como también para los terapeutas.

Respecto a mi experiencia personal, sostengo que el abrazar la complejidad y apelar a la creatividad fueron los ejes que vertebraron esta práctica. El hecho de tener que realizar una práctica de manera virtual, en un contexto de incertidumbre y crisis sanitaria a nivel mundial, fue un gran desafío. Sin embargo, considero que todo desafío trae consigo una gran cuota de aprendizaje. A pesar de no poder asistir presencialmente a la Clínica, el contacto que tuve con los profesionales, quienes me abrieron las puertas

virtuales a la institución, fue sumamente enriquecedor y pienso que quizás estos encuentros no se hubieran dado de esta manera en otro contexto, que quizás los tiempos de la virtualidad facilitaron algunos encuentros. Asimismo, rescato que el hecho de sistematizar una experiencia tan inédita, como lo fue la atención psicológica en el transcurso de una pandemia, operó como una gran motivación, al sentir que quizás con mi trabajo, podría estar aportando algo novedoso al campo de la clínica.

La tolerancia a la frustración ante no poder realizar la última práctica de mi recorrido académico como yo anhelaba y tener que ser flexible y creativa para adaptarme a una circunstancia tan particular, hoy en día, puedo verlo como una oportunidad de aprendizaje fundamental. La tolerancia y la flexibilidad son habilidades que he desarrollado a lo largo de toda mi carrera pero que han tomado protagonismo este último año y que pienso que me preparan para afrontar el campo profesional en un futuro, ya que estamos inmersos en un contexto complejo, muchas veces incierto, cambiante, y a su vez, la complejidad también es constitutiva de los sujetos con los que trabajaré en un futuro.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alizade, M. (2002). El rigor y el encuadre interno. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. Práctica psicoanalítica: Encuadres y procesos psicoanalíticos. 96, 13-16. Recuperado de: <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720029601.pdf>
- Aryan, A., Briseño, A., Carlino, R., Estrada, T., Gaitán, A., y Manguel, L. (2015). Psicoanálisis a distancia: un encuentro más allá del espacio y del tiempo. *Calibán: Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 60-75. Recuperado de: http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/Caliban_Vol13_No2_2015_-esp_p60-75.pdf
- Avenburg, R. (1998). Diálogo analítico - La transferencia. En *Psicoanálisis, perspectivas teóricas y clínicas*. Buenos Aires: Publikar
- Avenburg, R. (2004). Sobre el encuadre en psicoanálisis. *Psicoanálisis APdeBA*, 26 (1), 25-30. Recuperado de: <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/11/Avenburg.pdf>
- Batistella, C. (2018). *Trayectorias de consumo en sujetos internados por uso problemático de drogas desde la clínica del narcisismo*. (tesis de grado) Universidad Católica de Córdoba, Córdoba, Argentina
- Benyakar, M. Lezica. A (2005). *Lo traumático. Clínica y paradoja*. Tomo I. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Berenstein, I; Puget, J. (1997). *Lo Vincular. Clínica y Técnica Psicoanalítica*. Cap. 1. En busca de nuevas hipótesis psicoanalíticas. Paidós Ed.
- Campalans Pereda, L. (. (2015). La cura analítica como producto artesanal. (FEPAL, Ed.) *Revista Caliban*, 13(1), 41-55. Recuperado de: http://www.fepal.org/revista_caliban_bivipsil/13_caliban_castp.pdf
- Carlino, R. (2006, Octubre). ¿Psicoanálisis por teléfono? En Ponencia. XXVI Congreso Federación Psicoanalítica de América Latina (FEPAL). Lima, Perú. Recuperado de: <http://www.fepal.org/images/2006clinica/carlino%20telefono.pdf>
- Carlino, R. (2010). *Psicoanálisis a distancia*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen.

- Carlino, R. (2014). Reflexiones actuales sobre el psicoanálisis a distancia. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. (18), 173-197. Recuperado de: https://www.coppa.es/gestor/uploads/programas/10._Carlino_2014.pdf.pdf
- Castiñeiras, J. G. (2020). PAN «παν» – DÉMOS «δημος»: TODO EL PUEBLO AFECTADO. En Notas para un mundo trastornado. *Revista Calibán*. Recuperado de: <https://calibanrlp.com/pan-%cf%80%ce%b1%ce%bd-demos-%ce%b4%ce%b7%ce%bc%ce%bf%cf%82-todo-el-pueblo-afectado/>
- Carlino, R. (2020) Cyberanálisis: Consideraciones actuales. *Revista Topia*. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/cyberanalisis-consideraciones-actuales>
- Clínica Privada Saint Michel (2019). Recuperado el 21 de mayo de 2020 en: <http://saintmichelsrl.com.ar/>
- Clínica Privada Saint Michel (2020). Comunicados. Recuperado el 21 de mayo de 2020 en: <http://saintmichelsrl.com.ar/medidas-protocolares-para-el-ingreso-a-la-clinica/>
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (1995). *Reglamento de Especialidades*. Córdoba, Argentina.
- Czerlowski, M. Meilerman, D. Melamed, E. Mirochnik, P. (2008, Septiembre). Psicoanálisis y tecnología: encuentros y desencuentros, en Jiménez (Presidencia), N° XXVII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis: Persona y Presencia del Analista. Congreso llevado a cabo en Santiago de Chile, Chile. Recuperado de: <http://www.fepal.org/images/congreso-chile2008/cultura/czerlowski2008.pdf>
- Di Biasi, S. (2020) Off line. *Revista Topia*. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/off-line>
- Fainstein, A. (2020). Psicoanálisis en tiempo de pandemia. *Revista Psicoanálisis*, 10. Recuperado de: <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/SPP-PSICOANA%CC%81LISIS-N.-25.-Julio-2020.pdf#page=10>
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). Psicología Clínica y Psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24 (85), 1-23. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>

- Ferrero, A. (s/f). “*Formación en ética profesional de la psicología en países de Mercosur*”. (Proyecto de Investigación). Universidad Nacional de San Luis, San Luis.
- García, M. M. B., y Tirado, M. D. L. L. M. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Revista Tendencias & Retos*, (15), 97-107. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tendencias/rev-co-tendencias-15-07.pdf>
- Gómez, A. (2021). ¿El consultorio virtual llegó para quedarse? *BORDES*, (19), 85-92. Recuperado de: <http://revistabordes.unpaz.edu.ar/el-consultorio-virtual-llego-para-quequedarse/>
- Green, A. (2005). Encuadre – Proceso – Transferencia: El Encuadre. En *Ideas directrices para una psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gutierrez, L. (2013). Observaciones clínicas de las sesiones que ocurren por videocámaras. Ponencia en la Reunión Científica de Junio de 2013 de la Sociedad Chilena de Psicoanálisis ICHPA. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/301243373_Observaciones_clinicas_de_e_las_sesiones_que_transcurren_por_videoconferencia
- Hamuy, E. (2018). Márgenes de flexibilización y creación en el encuadre en Fiorini, H. (Comp.), *Psicoterapias psicoanalíticas. Las prácticas clínicas prevalentes del psicoanálisis contemporáneo* (pp.121-139). Ediciones del Boulevard
- Haz, A., Díaz, D., y Raglianti, M. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Terapia Psicológica*, 20(23-28).
- Hernández Leyva, Z. J., Martínez Alarcón, L. G., y Pacheco García H. H. (2021). Modificaciones en la psicoterapia psicoanalítica por la pandemia. *Revista Nthe*. Edición especial, 8-14. Recuperado de: http://nthe.mx/NTHE_v2/pdfArticulos/PDF_Articulo20210209193315.pdf
- Jara, O. (2013). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. Recuperado de: [http://www. bibliotecavirtual.](http://www.bibliotecavirtual.)

info/wpcontent/uploads/2013/08/Orientaciones_teoricopracticas_para_sistematizar_experiencias.pdf.

Khouri, M. (2020). El virus no es una metáfora. *Revista Psicoanálisis*, 19. Recuperado de: <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/SPP-PSICOANA%CC%81LISIS-N.-25.-Julio-2020.pdf#page=19>

Laguinge, V. (2017). *Estrategias de afrontamiento en paciente con enfermedad de Parkinson en el marco de consultorio externo en una institución monovalente.* (tesis de grado) Universidad Católica de Córdoba, Córdoba, Argentina.

Ley N° 7106. Ley de disposiciones para el ejercicio de la psicología (1984). Recuperado de: http://fepra.org.ar/feprav3/documentos/leyes_ejercicio_provincias/Cordoba_Ley-7106.pdf

Labarthe, C. (2020) Nuevos rasgos del encuadre analítico en días de pandemia. *Revista Psicoanálisis*, 37. Recuperado de: <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/SPP-PSICOANA%CC%81LISIS-N.-25.-Julio-2020.pdf#page=37>

Mazzuca, M., García, A., Fragale, G., Charaf, D., Murgia, A., y Buschittari, M. Cybertransferencia. En *Primer Encuentro Curioso: "¿Qué hay de nuevo en la Psicopatología, qué hay de nuevo en el Amor?"*. Cátedra 2 de Psicopatología de la UBA, CABA. Recuperado de: <https://www.academica.org/primer.encuentro.curioso/13.pdf?view>

Muriel, J. G. V. (2012). Reflexión sobre cómo los psicólogos perciben las intervenciones psicológicas online. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(35), 346-365. Recuperado de: <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/365>

Murillo, M. (2020). Cuatro reflexiones sobre la transferencia psicoanalítica a partir de la pandemia. *Diagnosis*, 1(17). Recuperado de: <http://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/260>

Najmanovich, D. (2005) *El juego de los vínculos. Subjetividad y redes: figuras en mutación.* Buenos Aires: Biblos.

- Nemirovsky, C. (2009). El psicoanalista tratando a un paciente grave. *Psicoanálisis*, 31(1), 129-153. Recuperado de: https://www.psicoterapiarelacional.com/Portals/0/eJournalCeIR/V3N3_2009/08_CNemirovsky_Psicoanalista-pacientes-graves_CeIR_V3N3.pdf
- Rea, S. (2020) El analista, Skype y lo que sucede entre ellos. *Revista Calibán*, 17(1). Recuperado de: <https://calibanrlp.com/el-analista-skype-y-lo-que-sucede-entre-ellos/>
- Rodríguez Plasencia, C. (2015). Herramientas contemporáneas: el uso de Skype y las nuevas formas de estar sin estar (Cartografías para un espacio analítico virtual). (FEPAL, Ed.) *Revista Caliban*, 13(1), 41-55. Recuperado de http://www.fepal.org/revista_caliban_bivipsil/13_caliban_castp.pdf
- Scharff, J. (2014). Psicoanálisis asistido con tecnología. *Revista de la sociedad argentina de psicoanálisis*. 18. 151-172. Recuperado de: <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/09.-Scharff.pdf>
- Schroeder, D. (2010). Repensando el encuadre interno. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 110, 144-160. Recuperado de: https://www.apuruguay.org/apurevista/congresos/2010/Schroeder_Damian_2041100_4.pdf
- Tabacof, D. (2020) Mantener el propio encuadre interno. *Revista Topia*. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/mantener-propio-encuadre-interno>
- Urman, R. (2020) La presencia del cuerpo en el teleanálisis. XLII Simposio Anual Lo infantil en Psicoanálisis: Ideas en juego en tiempos de pandemia, aislamiento social y estado de emergencia. *Simposio de Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, Buenos Aires, Argentina
- Urribarri, F. (2012). André Green. El pensamiento clínico: contemporáneo, complejo, terciario. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, 114, 154-173. Recuperado de: <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201211412.pdf>

Viñar, M. (2002). Sobre encuadre y proceso analítico en la actualidad. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96, 31-36. Recuperado de: https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup96/rup96-vinar.pdf