

Sánchez, Florencia

**Dispositivo de atención de
psicoterapia individual a
afiliados de PAMI, llevado a
cabo en consultorios externos
de una clínica monovalente de
la Provincia de Córdoba
durante la pandemia de COVID-
19**

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

Directora: Pérez Puyol, Adriana

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 una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)

Dispositivo de atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI, llevado a cabo en consultorios externos de una clínica monovalente de la Provincia de Córdoba durante la pandemia de Covid – 19



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA

Universidad Jesuita

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Modalidad de Sistematización de Prácticas

Contexto clínico

*“Dispositivo de atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI,
llevado a cabo en consultorios externos de una clínica monovalente de la
Provincia de Córdoba durante la pandemia de Covid – 19”*

Alumna: Sánchez, Florencia

Directora: Lic. Pérez Puyol, Adriana

2022

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Viviana y Orlando, mis mayores referentes en la vida y a quienes estoy eternamente agradecida por darme la oportunidad de estudiar esta hermosa carrera, acompañarme y sostenerme en cada momento. A mi hermana, Victoria, por ser mi compañera, escucharme y contenerme siempre.

A mi novio, Kevin, por estar presente de inicio a fin de la carrera, con su aliento y motivación, por ayudarme a creer en mí y a no bajar los brazos. Por ser un gran ejemplo de disciplina y perseverancia.

A mi compañera de estudio y amiga, Joaquina, sin su compañía, escucha y sostén, mi paso por la universidad no hubiera sido el mismo. A cada uno de mis amigos que fueron de alguna u otra manera parte del proceso y que me motivaron a llegar hasta acá.

A la Universidad Católica de Córdoba, a cada docente que me ha formado. En especial a mi tutora, Lic. Carolina Bracamonte, por acompañarme con tanto cariño y vocación durante mi experiencia de prácticas. A mi directora, Lic. Adriana Pérez Puyol, por haber aceptado el gran desafío de ser mi guía en este último tramo de la carrera.

A la Clínica Saint Michel, por recibirme como pasante. A cada profesional que me brindó su tiempo y me transmitió su experiencia. Especialmente a la Lic. Patricia De Cara, por su apertura y gran compromiso con mi formación como futura profesional de la Salud Mental.

A todos ellos, mi más profundo agradecimiento...

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	8
2. CONTEXTO DE PRÁCTICA	11
2.1 RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA.....	12
2.2 DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y MARCOS LEGALES	13
2.3 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA ACTUALIDAD	15
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL	17
3.1 CLÍNICA PRIVADA SAINT MICHEL	18
3.2 SERVICIOS	19
3.2.1 Programa Infanto-Juvenil.....	19
3.2.2 Programa de Adicciones.....	20
3.2.3 Hospital de Día.....	21
3.2.4 Internado.....	21
3.2.5 Casa de Medio Camino	22
3.2.6 Guardia.....	23
3.2.7 Consultorios Externos	24
3.3 NUEVAS MEDIDAS Y PROTOCOLOS POR COVID-19	24
3.4 ORGANIGRAMA	27
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	28
5. OBJETIVOS	30
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	31
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	32
6.1 PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD.....	33
6.1.1 La práctica clínica desde un psicoanálisis contemporáneo	34
6.1.2 Dispositivo y complejidad.....	36
6.1.3 Supervisiones clínicas	38
6.1.4 Psicoterapia Dinámica Breve: un dispositivo de abordaje contemporáneo	40

6.1.5 La entrevista en psicología.....	44
6.2 ENCUADRE.....	46
6.2.1 Encuadre Clásico.....	46
6.2.2 El Encuadre Interno.....	48
6.2.3 Psicoanálisis en tiempos de pandemia: Encuadre virtual.....	49
7. MODALIDAD DE TRABAJO.....	57
7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES DE LA EXPERIENCIA	58
7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
7.3 IMPLICANCIAS ÉTICAS	60
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	62
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	63
8.1.1 ATENEOS CLÍNICOS	64
8.1.2 ENTREVISTAS	67
8.1.3 TALLERES.....	70
8.1.4 SUPERVISIONES DE CASOS CLÍNICOS	72
8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA	78
8.2.1 Caracterizar el dispositivo de atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI.	78
8.2.2 Identificar el encuadre utilizado por los psicólogos para la atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI.	85
8.2.3 Reconocer el modo de abordaje utilizado por los profesionales para la atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI.	97
9. CONCLUSIONES.....	107
10. BIBLIOGRAFÍA	115

ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS

EPP: Equipo de Protección Personal.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PAMI: Programa de Atención Médica Integral.

TIF: Trabajo Integrador Final.

1. INTRODUCCIÓN

La carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba solicita como requisito para la obtención del título de grado, la realización de una Práctica Profesional Supervisada y la elaboración de un Trabajo Integrador Final (TIF) que sistematiza dicha experiencia. La misma es llevada a cabo dentro del contexto clínico, en la Clínica Privada Saint Michel. Se trata de una institución monovalente de salud mental, que se caracteriza por prestar una diversidad de servicios, desde Consultorios Externos hasta un Hospital de Día, un Departamento de Psicología Infanto-Juvenil, áreas de Internado, una Casa de Medio Camino, un Programa de Adicciones y un sector de Guardia. A su vez, cuenta con un grupo de profesionales especialistas de distintas disciplinas que trabajan en red, de forma coordinada, conformando una institución organizada y activa.

En relación a los ámbitos de la Psicología Clínica, se entenderá por dicha área a la esfera de acción que se haya en hospitales generales, psiquiátricos, neuropsiquiátricos, centros de salud mental, clínicas, consultorios y otras organizaciones e instituciones públicas o privadas en las que se desarrollen acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación de la salud (Ley N°7106, 1984). Asimismo, Lagache (1982) la define como una disciplina psicológica basada el estudio profundo de casos individuales, cuyo objeto es la conducta humana individual y sus condiciones, tales como la herencia, maduración, condiciones fisiológicas y patológicas, historia de la vida, etc. En otras palabras, es el estudio de la persona total “en situación”.

Durante esta experiencia, llevada a cabo durante el período comprendido entre el mes de mayo y noviembre de 2021, en el contexto de pandemia por Covid-19, se participa de diferentes actividades tales como; entrevistas virtuales a profesionales de la clínica; espacios de supervisión de casos clínicos; ateneos clínicos; y talleres de Hospital de Día. A lo largo de la práctica se busca un acercamiento al rol profesional, que se concreta en un primer momento como observadora no participante para luego ir adquiriendo un lugar más activo.

El trabajo se organiza en una serie de apartados. En primer lugar, se caracteriza el *contexto de práctica*, el marco en el que se desarrolló la práctica, que nos va a permitir pensar la experiencia posterior. En segundo lugar, se ubica el *contexto institucional*, en el que se expone una breve historia de la Clínica Saint Michel, sus principales referentes y especificidades en relación a los servicios y actividades que ofrecen, incluyendo los cambios acaecidos en sus distintas áreas por la situación de pandemia de Covid-19. En tercer lugar, se define el *eje de sistematización* que

funcionará como el hilo conductor del trabajo; y los *objetivos*, tanto generales como específicos, que se buscan alcanzar. En cuarto lugar, se desarrolla la *perspectiva teórica*, la cual nos brinda un soporte conceptual desde donde analizar la experiencia, tomando como enfoque central a la clínica psicoanalítica contemporánea. En quinto lugar, se describe la *modalidad de trabajo* que se utilizó para llevar a cabo la experiencia, incluyendo la población involucrada, técnicas empleadas para la recolección de los datos y los recaudos éticos que se tomaron en cuenta durante la misma. En sexto lugar, se desarrolla el aparatado de *análisis de la experiencia*, el cual se divide en dos partes: la *recuperación del proceso vivido*, donde se intenta demostrar de manera resumida el dinamismo propio del devenir de la experiencia; y el *análisis y síntesis de la experiencia*, donde se despliega minuciosamente el material recogido en articulación con los conceptos que sustentan el trabajo, con el fin de responder al objetivo general y los objetivos específicos presentados. En séptimo lugar, se exponen las *conclusiones* y reflexiones personales a las que se ha llegado luego de este proceso de sistematización.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

2.1 RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA

En relación a la historia de la psicología, se data su institucionalización y surgimiento como disciplina científica hacia finales del siglo XIX, en un momento en el que el saber científico se vuelve sobre los propios sujetos y la sociedad, donde surgen distintas ciencias humanas o sociales además de la psicología, como la antropología, la sociología, la economía y la psiquiatría.

En lo que respecta a la historia de la Psicología Clínica, es importante tener en cuenta los siguientes hitos que han ido conformando su desarrollo y estado actual. En principio, esta se bautizó como sí en el año 1896 cuando Lighner Witmer funda en la Universidad de Pennsylvania, la primera clínica con el nombre “Psicología Clínica”, y se empieza a definir al psicólogo, junto con la creación del primer laboratorio en el 1879, como científico. Seguidamente se desarrollará el llamado “método clínico”, donde, por su parte, Sigmund Freud le pondrá el nombre de “psicoanálisis” a su propio método clínico.

Por otro lado, tanto el psicodiagnóstico como la investigación científica marcaron la actividad del psicólogo clínico hasta mediados del siglo XX, es así que se crea la American Psychological Association (APA), dominada por psicólogos científicos. Asimismo, Freud con el método psicoanalítico por su parte, y el conductismo por el otro, seguirán en gran crecimiento y expansión. A partir de los años cincuenta, la psicología clínica se amplía, desarrolla nuevos sistemas terapéuticos y alcanza un reconocimiento social que se observa en la demanda y satisfacción de sus prestaciones. Surgen la terapia de conducta, la terapia cognitiva, la terapia cognitivo- conductual, la terapia de pareja y de familia, entre otras, las cuales cuentan con modelos psicopatológicos propios de los trastornos que tratan y, por lo tanto, con las pruebas psicodiagnósticos correspondientes.

2.2 DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y MARCOS LEGALES

La psicología clínica es, precisamente, uno de los campos de especialización de la psicología, un área cuya esfera de acción se encuentra en hospitales generales, psiquiátricos, neuropsiquiátricos, centros de Salud Mental, clínicas e instituciones privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión (Ley 7106, Art. 2º a). Se considerará ejercicio de la profesión de Psicólogos:

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 y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia o terapia psicológica; otras actividades que, con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos. (Ley 7106, Art. 3)

En lo que respecta a las diferencias entre un psicólogo clínico y un psiquiatra, conviene aclarar que, tanto en el plano de la investigación como en el de la provisión de servicios, la única diferencia radica en que este último tiene la facultad legal de la prescripción de fármacos. Inclusive se puede decir que el psicólogo clínico “está mejor formado para la función de psicodiagnóstico y para la aplicación de tratamientos psicológicos” (p.9).

Tanto la psicología clínica como la psiquiatría, son disciplinas dedicadas al estudio del comportamiento trastornado o anómalo. Es por ello, que resulta conveniente desarrollar el concepto de “trastorno”. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992),

el término ‘trastorno’ se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como ‘enfermedad’ o ‘padecimiento’. Dicho término se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar e interfieren con la actividad del individuo. (pp. 25-26)

La Asociación Psiquiátrica Americana (1995), define el trastorno mental como “un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a

un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad” (p.21).

La psiquiatría ha estado en constante cambio, sobre todo en el último medio siglo, tanto en el ámbito de la investigación, terapéutica, como en los marcos legales. Es más, hacia los años 60, internacionalmente se llegó al acuerdo de que se necesitaba un cambio en lo que refería a la asistencia psiquiátrica y las políticas de salud mental, uno de los mayores hitos fue aquel que puso fin al modelo médico asistencial basado en la institución asilo o manicomio. Con esto surge la idea de que los enfermos mentales no debían ser confinados en instituciones que los aislaban de la sociedad, promoviendo un sistema de atención en la comunidad orientado a preservar los derechos de los enfermos y que pusiera fin a la segregación (Sacristan, 2009).

Siguiendo con esta idea, en Argentina, en la década del 80, tomando las ideas de Stolkiner (2005), tanto los diseños de investigación como los programas de acción debían ser flexibles a la caída del paradigma hegemónico positivista y a la crisis de las explicaciones monocausales. Es así, que la Ley Nacional de Salud Mental N°26657 (promulgada en 2010), supone un nuevo paradigma jurídico-asistencial, que tiene como eje principal a la persona con padecimiento mental como sujeto de derecho. Esta ley define a la salud mental como un “proceso determinado por múltiples componentes: históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos” (Art. 3°).

Por otro lado, si pensamos en la modalidad de abordaje que se corresponde con esta concepción, la ley hace mención al trabajo interdisciplinario e intersectorial como primordial, el cual incluye las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional entre otras. Debe orientarse al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (Art. 8° y 9°). Respecto de las internaciones, la ley establece que deben constituir el recurso terapéutico último, ser lo más breve posible, y deben promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social (Art. 14° y 15°).

2.3 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA ACTUALIDAD

Haz et al. (2002) postulan 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 autores plantean que su desempeño está pasando a estar cada vez más vinculado a instituciones; de esta manera, clínicas, hospitales y consultorios, tienen profesionales que realizan atención clínica en sus instalaciones. Asimismo, destacan que las organizaciones municipales, centros comunitarios, organizaciones no gubernamentales, entre otros, incluyen a psicólogos clínicos para que ejerzan y realicen su aporte al trabajo que desempeña la institución. Esta situación impone un desafío para el psicólogo clínico, ya que deberá insertarse en un equipo de trabajo formado por distintos agentes profesionales y no profesionales, que forman parte de la red psicosocial en la que se encuentra integrada la persona o beneficiario.

De igual manera, los autores sostienen que, en la actualidad, la mirada sobre los problemas de salud mental se ha complejizado, y ya no es posible considerarlos solo 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 en el que el individuo interactúa en contextos diversos, donde confluyen las relaciones familiares, comunitarias, sociales, etc. En este sentido, las variables psicológicas ya no están instaladas en lo profundo del aparato mental del individuo, sino que serían parte de la cotidianeidad y pueden buscarse a nivel individual, social o comunitario y en las distintas relaciones entre los sistemas.

Por otra parte, a partir del decreto del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio a causa de la pandemia de Covid-19, los profesionales de la salud mental, entre ellos los psicólogos clínicos, debieron reorganizar su modalidad de atención en sus consultorios de forma presencial para pasar a una atención mayormente virtual, ya sea por teléfono o a través de videollamadas desde distintas aplicaciones, modalidad que se conoce con el nombre de “telepsicología”.

Traverso y Martínez (2020) toman los aportes de la American Psychological Association (2013) y manifiestan que esta forma de llevar a cabo la atención contempla condiciones legales, modelos éticos, telecomunicación y la demanda de un ambiente adecuado por parte del profesional. Además, retoman lo dicho por Campbell et al. (2018), quienes manifiestan que dicha modalidad les da la posibilidad a los clínicos de conducir sesiones de manera remota, reemplazar las sesiones presenciales haciendo seguimientos, recolectando y almacenando información sobre el paciente.

Finalmente, se destaca la importancia que adquiere para el rol del terapeuta, el hecho de verse en la necesidad de readaptar sus prácticas y modos de supervisión al contexto y, a su vez, la de adquirir nuevas competencias que les permitan mantener la eficacia y eficiencia en las intervenciones (Hames et al., 2020, citado en Traverso y Martínez, 2020).

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1 CLÍNICA PRIVADA SAINT MICHEL

El siguiente apartado pretende dar a conocer algunas características del contexto institucional donde se llevaron a cabo las prácticas. Se tienen en cuenta para su elaboración, los datos suministrados por la página web oficial de la Clínica Saint Michel y TIF de grado de años anteriores.

La Clínica Saint Michel, según se informa en su página oficial, es una institución monovalente, ubicada en el Barrio Villa Alberdi, Córdoba, Argentina, destinada al tratamiento de patologías inherentes a la salud mental. Se trata de una empresa familiar fundada en el año 1983 por el Dr. Jorge Michref, Médico Sanitarista y su esposa Ismery Suárez, Lic. en Psicología.

Constituye una de las pocas clínicas psiquiátricas nuevas, constituida y diseñada desde un actualizado programa médico, que da cumplimiento a la mejor calidad prestacional en el campo de la Salud Mental y la Psiquiatría Moderna.

La clínica cuenta con un grupo de profesionales especialistas que trabajan en red, de forma coordinada, conformando una institución organizada y activa, atenta a los cambios de reingeniería psiquiátrica. Asisten a las necesidades particulares de cada paciente, mediante estudios clínicos, psiquiátricos y de laboratorio, intentando definir un diagnóstico preciso para cada persona y así brindar un tratamiento adecuado y eficaz, con las técnicas más modernas en el campo de la salud.

Una vez realizado el diagnóstico del paciente, el equipo trabaja atendiendo su problemática mediante terapias dinámicas en las que se incluyen actividades recreativas intra y extra institucionales, talleres de expresión, etc. Todo bajo supervisión y auditoría general de los directivos de la institución y en cumplimiento de los programas de atención.

Su misión es ser una clínica con cultura de calidad y atención, que brinde una mirada integral, a su vez, trabajar para ser reconocidos a nivel nacional y ser protagonistas de la salud privada de la Argentina. Su objetivo principal es entregar a sus pacientes y familiares una atención integral, resolutive y oportuna, con un equipo de trabajo que brinde servicios de excelencia, con

eficiencia, buena percepción de la calidad y uso eficaz de las tecnologías (Clínica Privada Saint Michel, 2019).

Figura 1

Ingresos a la Clínica Privada Saint Michel



Nota: Adaptado de *Saint Michel SRL*. <https://www.saintmichelsrl.com.ar/servicios/hospital-de-dia/>.

3.2 SERVICIOS

A continuación, se describirán los diversos programas y áreas de servicio que presenta la institución y su funcionamiento, en función de la información proporcionada por la página web de la Clínica Saint Michel (2019); entrevistas llevadas a cabo a distintos profesionales de la misma; y de la participación en los espacios de supervisión de casos clínicos.

3.2.1 Programa Infanto-Juvenil

En función de las demandas actuales, la Clínica Saint Michel brinda un programa de prevención primaria de problemáticas para los niños/as, adolescentes y sus familias. El Departamento de Psicología Infanto-Juvenil se encuentra conformado por un equipo

interdisciplinario de psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, asistentes sociales, acompañantes terapéuticos, nutricionistas, entre otros. Se ofrece atención continua a través de Consultorios Externos, Internación y Hospital de Día, este último considerado como una instancia intermedia sumamente útil entre la internación y el seguimiento por consultorio externo, junto a su medio sociofamiliar. A su vez, se cuenta con orientación psicoeducativa destinado a padres, orientación vocacional en adolescentes y espacios grupales para niños/as en función de ciertas problemáticas.

La consulta se inicia mediante una primera entrevista de admisión con los padres o persona a cargo del niño, 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 el informe correspondiente; entrevistas diagnósticas; y orientación terapéutica como tratamiento a seguir.

El área de Internación admite una población que oscila entre los 14 y 17 años. A partir del decreto de la situación sanitaria por Covid-19 y el protocolo implementado institucionalmente, las sesiones de Consultorio Externo pasaron a llevarse a cabo de forma virtual, a menos que el niño sea muy pequeño o en casos en el que la persona se encuentre en riesgo. Asimismo, las visitas a los pacientes internados pasaron de efectuarse de manera presencial, a encuentros llevados a cabo mediante videollamadas supervisadas.

3.2.2 Programa de Adicciones

La institución ofrece un programa de tratamiento a pacientes con problemáticas asociadas al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, llevado a cabo desde un abordaje integral e interdisciplinario. Se encuentra dirigido a personas que no puedan controlar su deseo de consumo, con deterioro y/o ausencia de vínculos familiares, referentes, amigos y/o sociales; que se encuentren cursando un período de intoxicación aguda, síndrome de abstinencia o un deterioro generalizado importante.

El programa está orientado a la estabilización de la sintomatología, como así también a la reinserción social. Asimismo, el proceso terapéutico está dirigido a la desintoxicación, deshabitación, rehabilitación, alta y supervisión. Entre las modalidades de abordaje, se ofrece:

psicoterapia individual y grupal; atención y valoración psiquiátrica; atención y valoración clínica; espacios recreativos; laborterapia y musicoterapia.

3.2.3 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. A lo largo del tiempo se sumaron pacientes con diagnóstico de depresión y retraso mental leve. Está conformado por una médica psiquiatra, una enfermera, una psicóloga, talleristas, entre otros profesionales. Los objetivos que persigue el dispositivo son: prevenir la desestabilización, internación o reinternación de los pacientes; asegurar la continuidad de los tratamientos; y sobre todo apuntar a la resocialización y rehabilitación del paciente, intentando rescatar sus potenciales sanos, activando y estimulando las capacidades personales.

Con el inicio de la pandemia, se cierra el hospital de día y *“se abren las puertas de las casas”*. Los profesionales empezaron a armar tutoriales (de música, manualidades, actividad física, estimulación cognitiva) a los pacientes a través de WhatsApp. Más adelante, se propuso realizar encuentros por zoom, llevados a cabo por dos coordinadoras, dos veces por semana, en los cuales se realizan actividades lúdicas, y actividad física y de coordinación.

3.2.4 Internado

Área en el que se realizan internaciones agudas y crónicas que están organizadas en sectores según edad, sexo y patología. Cuentan con profesionales en psiquiatría, psicología, clínica médica, nutrición, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas contextuales y enfermería las 24 horas del día. Debido a la pandemia, el dispositivo se vio expuesto a ciertos cambios que incluyen el cumplimiento de un protocolo específico de ingreso, de contacto con sus familiares y de alta.

El dispositivo se divide en sectores y cada uno se encuentra identificado con un color determinado. El sector rojo “*es donde históricamente se encuentran los pacientes agudos*”. Actualmente es el sector de cuarentena y presenta un patio que da a la calle Sagrada Familia; el sector azul se encontraba destinado a pacientes auto válidos, sin embargo, por la pandemia se lo utiliza como medio de pasaje que conecta la clínica con los distintos sectores, actualmente se lo llama el “sector limpio”, no hay pacientes; el sector blanco se divide en sector 1, para adolescentes agudos, y sector 2, que previo a la pandemia se lo destinaba a pacientes con consumo problemático, pero actualmente “*hay de todo: agudos y crónicos...*”; y el sector verde se encuentra ocupado por pacientes crónicos con obras sociales como PAMI, y otras sin tanta cobertura.

Figura 2

Mapa del internado de la Clínica Saint Michel



(Aimar, 2020)

3.2.5 Casa de Medio Camino

Se trata de un dispositivo de integración social de puertas abiertas, creado acorde a las Leyes Nacionales N°26657 y Provincial N°9848, con el objetivo de asegurar el derecho a la protección

de la Salud Mental y al pleno goce de los derechos humanos. Se encuentra orientado al reforzamiento, restitución y promoción de lazos sociales. Así como también, a la promoción y mantenimiento de vínculos con el entorno social y laboral del residente, y al sostenimiento de la continuidad del tratamiento ambulatorio.

La Casa de Medio Camino cuenta con un equipo multidisciplinario integrado por trabajadores sociales, un psiquiatra, nutricionistas, operadores y acompañantes terapéuticos. Está dirigido a pacientes con edades de entre 21 y 60 años, con padecimiento mental compensado, sin posibilidades de reinserción social-familiar inmediata, con vínculos débiles que le impiden sostenerse por sí mismos en la vida social, pero, que, sin embargo, presentan cierto grado de autonomía e independencia para desempeñarse en la vida cotidiana. El tiempo de permanencia en el mismo está sujeto a cada residente.

3.2.6 Guardia

Este servicio 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 objetivo de darle solución y contención médica a todas las demandas.

Según lo informado por la referente de la institución, a causa de la situación de pandemia por Covid-19 y a partir de la creación del COE, se determinó la presencia de no más de una persona en sala de espera.

3.2.7 Consultorios Externos

En esta área se realizan tratamientos ambulatorios de personas que concurren por demanda espontánea, derivaciones o post-altas de internaciones. Los profesionales que la forman son especialistas en psiquiatría, psicología, psicopedagogía, terapeutas familiares. Se atienden todos los estados psicopatológicos nombrados como psicosis, depresión, adicciones, psicogeriatría, problemáticas escolares, desórdenes alimenticios, entre otros; en niños, jóvenes, adultos y gerontes. Se ofrece atención psicoterapéutica individual, grupal, familiar y de pareja, a través de PAMI, particular y otras obras sociales.

La atención de psicoterapia individual a afiliados a la obra social PAMI, se caracteriza por ser un dispositivo de atención psicoterapéutica a personas de diversas edades, no solo adultos mayores. La clínica presenta, por orden de PAMI, un sector de consultorios dedicado exclusivamente a sus afiliados. Sin embargo, durante la pandemia de Covid-19, la atención pasó de realizarse mediante la modalidad presencial, en dichos consultorios, a llevarse a cabo de manera telefónica.

El ingreso del afiliado se da a través de psiquiatría, donde se hace una valoración psiquiátrica y luego se los deriva al psicólogo. De esta manera, los afiliados se comunican con la secretaría de la clínica para solicitar un turno y luego los profesionales se encargan de llamarlos desde el número de la institución en la fecha y hora establecida.

Se trata de un dispositivo de tiempo breve, se estipula para cada sesión una duración de alrededor de 30 minutos. Asimismo, dependiendo del caso y en función de necesidad y urgencia, se permiten los sobretornos entre una sesión y otra, de aproximadamente 10-15 minutos.

3.3 NUEVAS MEDIDAS Y PROTOCOLOS POR COVID-19

Actualmente, en el marco de la pandemia por Covid-19 y bajo disposición nacional de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), la clínica se encontró frente al desafío de

actuar de cara hacia la contingencia. Es por ello que, como forma de cumplir con los lineamientos y recomendaciones propuestas por la OPS, OMS, Ministerio de Salud de la Nación, entre otros organismos, y con el objetivo de cuidar a todos sus usuarios y personal de la institución, creó un Comité de Emergencia (COE), determinando una serie de medidas de implementación inmediata, escalonada y progresiva, desde el día 11 de marzo de 2020. Asimismo, incorporó la capacitación permanente de todo el personal de cada una de las áreas de trabajo de la clínica; la adecuación edilicia para cumplir con la nueva realidad sanitaria y epidemiológica, con una reducción del número de unidades disponibles para la internación; la reorganización institucional y administrativa con el foco puesto en la atención online; inversión en medidas y elementos de bioseguridad; redistribución de los recursos económicos y humano; y con supervisión permanente de cada una de las medidas adoptadas y su readecuación.

Por otra parte, se debió realizar un examen clínico con foco epidemiológico en todos los ingresos de la institución con la realización del test de antígeno o pcr en todos los casos, con el objetivo de identificar precozmente casos de Covid-19, ya sean casos sospechosos, asintomáticos, sintomáticos o contactos estrechos. Así como también, se exigió la utilización de traje tanto para el personal de la clínica, como para cualquier persona que necesite ingresar a la institución, e ingresos diferenciales para personal y paciente.

Con respecto al dispositivo de internación, se determinó aislamiento estricto individual por 72 horas hasta obtener el resultado de su estudio y hasta ver la evolución de su estado infectocontagioso. Además, se debió mantener el aislamiento posterior hasta cumplir 14 días, en un sector destinado al control epidemiológico, antes de pasar a otro sector de internación. Se conservó en cada uno de los sectores de internado, una habitación con baños privados y ventilación adecuada para el aislamiento inmediato de cualquier paciente que presentara cuadro febril o sintomatología sospechosa de Covid-19. Se dio continuidad prestacional en dicha área bajo la modalidad de “equipos de trabajo específicos”, con personal de reemplazo en caso de requerir su aislamiento.

En relación a consultorio externo, el comité decidió dar continuidad a la atención de forma presencial exclusivamente en turnos programados de manera específica, libre demanda y urgencia. En cambio, para el resto de los pacientes la atención pasaría a realizarse de manera virtual, inclusive

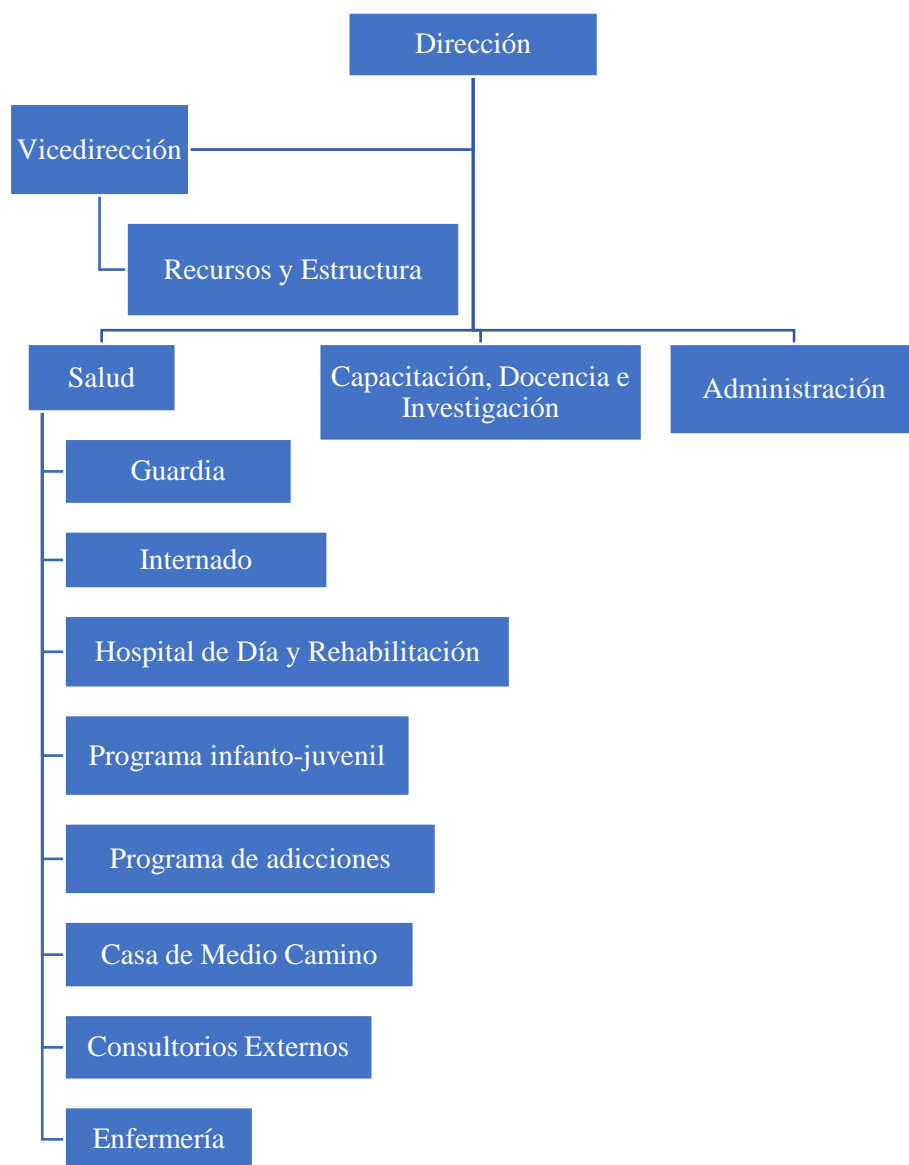
los pacientes de Hospital de Día. En el caso del dispositivo Casa de medio Camino, se dio continuidad con la prestación en modalidad de puerta cerrada.

Finalmente, en lo que refiere a los profesionales, se dispuso capacitación y actualización permanente de todo el staff de la clínica con foco en el uso adecuado de EEP, medidas de higiene y bioseguridad, situación epidemiológica institucional y provincial, y se insistió con la necesidad de inmunización pasiva de todo el personal de la clínica. Además, se promovió la identificación y aislamiento del personal de la institución que presente cuadro febril u otro síntoma sospechoso de Covid-19 y su respectivo seguimiento por el departamento de Salud Ocupacional.

3.4 ORGANIGRAMA

Figura 3

Organigrama de la Clínica Privada Saint Michel



Nota. Según la Real Academia Española (2014), un organigrama es una “sinopsis o esquema de la organización de una entidad, de una empresa o de una tarea”.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Dispositivo de atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI, llevado a cabo en consultorios externos de una Clínica monovalente de la Provincia de Córdoba durante la pandemia de Covid – 19.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar el dispositivo de atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI, llevado a cabo en consultorios externos de la Clínica Saint Michel durante la pandemia de Covid – 19, en el lapso comprendido entre mayo y noviembre del año 2021.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar el dispositivo de atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI.
- Identificar el encuadre utilizado por los psicólogos para la atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI.
- Reconocer el modo de abordaje utilizado por los psicólogos para la atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

El siguiente apartado consiste en el desarrollo de conceptos, enfoques y antecedentes pertinentes a la hora de entender los datos que derivan de la experiencia. En primer lugar, se parte del desarrollo de aportes del paradigma de la complejidad en el que se encuentra inmersa nuestra práctica, luego se desprenden conceptualizaciones vigentes en la clínica psicoanalítica contemporánea, se aborda la noción de dispositivo analítico, supervisiones clínicas, se describen algunos conceptos centrales del enfoque de psicoterapia dinámica breve, para luego puntualizar algunos aspectos de la entrevista psicológica e identificar diferencias entre los conceptos de motivo de consulta y demanda en la clínica. Por otro lado, se aborda el concepto de encuadre, partiendo de los desarrollos del concepto clásico de encuadre; la noción de encuadre interno; finalizando con conceptualizaciones acerca nuevo encuadre que debieron incorporar los profesionales psicólogos en su práctica clínica debido al contexto de pandemia de Covid-19, el encuadre virtual.

6.1 PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD

Para comprender el paradigma de la complejidad, en primer lugar, es necesario saber que existe un paradigma de la simplicidad. Este último, según Morin (1990), citado en Mailana (2009) se rige por el principio de *disyunción*, el cual separa lo real en partes; el principio de *reducción*, que prioriza el conocimiento de la parte al conocimiento del todo; y el principio de *abstracción*, que busca generar leyes generales eliminando toda contingencia local. En cambio, el paradigma de la complejidad se rige por el principio *hologramático*, el cual explica que el todo está en la parte así como la parte en el todo, por lo que no podemos conocer la parte sin conocer el todo y viceversa; el principio *dialógico*, explica que es posible concebir una relación complementaria entre principios opuestos (sujeto/objeto); y el principio *recursivo*, como un proceso donde no solo el todo es causa y productor de la parte sino que la parte es igualmente causa y productor del todo.

Najmanovich (2009), plantea que el surgimiento de un nuevo paradigma está en interdependencia con los cambios epocales y se presenta como un modo de dar respuesta a las circunstancias cambiantes en las que vivimos. Por lo tanto, los paradigmas conforman no solo un conjunto de axiomas, sino una cosmovisión dentro del campo en el cual operan. A su vez, constituyen una manera de pensar y actuar que configuran el modo de acercamiento a las

actividades de investigación. Refieren a “grandes configuraciones simbólicas, de naturaleza cognitiva, valorativa y emocional, que regulan las maneras de atribuir sentido y significado a las cosas, dentro de una comunidad humana a lo largo de cierto período de tiempo” (Llamazares, 2011, p. 49).

Con respecto a la complejidad, Najmanovich (2009) manifiesta que la misma no se trata de una ampliación de la simplicidad, sino más bien de “una reconfiguración global de las formas de producir y compartir conocimiento” (p. 88). Es una forma de cuestionamiento e interacción con el mundo, no una meta a la cual arribar. Un abordaje que haga honor a la complejidad debe ser capaz de conjugar de múltiples maneras los distintos niveles de cambio, explorar sus articulaciones, construir itinerarios según las problemáticas particulares que se presenten en cada indagación específica. Se trata de una elección que abarca tanto el plano cognitivo, como ético, estético, práctico y emocional. Asimismo, no se trata de un mero cambio de paradigma, sino de “formas de experimentar el mundo y producir sentido, de interactuar y de convivir, una transformación multidimensional en permanente evolución” (p.88).

En esta línea, Morin (1993), citado en Ramírez (1998) postula que “la verdadera reforma que plantea la complejidad es una ‘dialógica compleja’ que comprende la complementariedad, el antagonismo y la contradicción, no como una mejora para seguir siendo lo mismo, sino la “producción de alteridad, diferencia cualitativa” (p. 103).

6.1.1 La práctica clínica desde un psicoanálisis contemporáneo

Para introducirnos en la práctica psicoanalítica contemporánea, es menester definir cómo es entendido el aparato psíquico desde una perspectiva de la complejidad. Fiorini (2003), citado en Acosta (2006), expresa: “el aparato psíquico es por derecho propio un sistema abierto [...]. Es abierto porque el sujeto es un centro de organización, de recreación de todo aquello que recibe” (p.1). En este sentido, el psiquismo es, como refiere Morin (1990) en *Introducción al pensamiento complejo*, “un sistema auto eco organizativo”, esto quiere decir que no está totalmente

determinado, ya que puede modificarse gracias al intercambio con el mundo exterior y adquirir nuevas propiedades (Acosta, 2006).

Partiendo de lo dicho anteriormente, Morin (2010), citado en Fiorini et al. (2018) afirma que, una forma de aproximarnos a la clínica contemporánea implica concebirla como el psiquismo, constituido por materiales diferentes y heterogéneos que coexisten, apelando a la diversidad. Es por ello, que el modelo contemporáneo inserto en el paradigma de la complejidad apunta a dejar de lado el determinismo, el reduccionismo y el dogmatismo, podemos decir, característico del paradigma de la simplicidad, y nos invita a asumir una mirada compleja. Asimismo, el autor sostiene que nos encontramos frente a *sujetos bio psico sociales antropológicos*, lo cual nos convoca a pensar en la necesidad de ligar en la clínica varios planos como el grupal, institucional y el comunitario, donde se juegan diferentes dimensiones: inconsciente, individual, familiar y colectivo. En este sentido, “la experiencia de la clínica es la experiencia de la diversidad, es decir que tenemos múltiples direcciones y múltiples dimensiones de la clínica” (Fiorini, 1997, p. 19, citado en Fiorini et al., 2018).

A su vez, continuando con los aportes de Fiorini et al. (2018), gracias a que la práctica contemporánea convoca a varios psicoanalistas a reflexionar sobre el modelo analítico tradicional y sus limitaciones, surge la necesidad de ampliar el campo de atención de aquellos pacientes llamados “difíciles”, que no se consideraban posibles beneficiarios de un tratamiento. Ampliar los modos de pensarlos, así como de intervenir, favorece, genera nuevos dinamismos e insight por vías distintas que no se limitan a la interpretación. Contribuye a concebir una clínica abierta con mayor permeabilidad en sus fines e intervenciones. Esto conlleva a pensar al analista no como detenido en una posición, postura o conducta, sino más bien como un “sujeto creador”, abriéndose a la posibilidad de ampliar la mirada clínica a partir de la incorporación de estrategias de intervención que se ajusten a las nuevas formas de presentación y organización psíquica. En este sentido, los autores introducen el concepto de plasticidad, “no solo como aquello que se espera del lado del paciente como el orden de lo saludable: transformar la rigidez y fijeza inicial, en amplitud y variedad de recursos y mecanismos, logrando nuevos modos de resolución de conflicto” (p. 136); sino también como una cualidad de las funciones yoicas de las que pueda disponer el terapeuta para su trabajo, que le permita poner en marcha diversas estrategias e instrumentos que den lugar a la flexibilización y creación del encuadre.

Por otro parte, resultan relevantes los aportes de Green (2002), citado en Urribarri (2012), en relación a la construcción de un nuevo paradigma contemporáneo, donde apuesta a la relación interdisciplinaria con la epistemología de la complejidad. En el cual aborda la noción de pensamiento clínico, como el pensamiento de y en la práctica contemporánea, y propone pensarlo como un pensamiento hipercomplejo, siguiendo los principios centrales que plantea Edgar Morin para el paradigma de la complejidad. A su vez, el modelo contemporáneo tiene un rol central en la introducción y elaboración del concepto de encuadre, el cual “se distingue de la mera situación material y se concibe como una función constituyente del encuentro y del proceso analítico” (Urribarri, 2012, p. 162). Es así, que se concibe al encuadre interno del analista como matriz objetivante y representativa, constituye la sede del pensamiento clínico.

6.1.2 Dispositivo y complejidad

Según Mauer et al. (2018), el surgimiento de nuevos paradigmas y las coyunturas sociales en las que se originaron, fueron produciendo transformaciones en el ejercicio de nuestra profesión. Las consultas actuales y sus nuevas demandas necesitan una escucha ampliada, lo que nos ha impulsado a diseñar e incluir nuevas herramientas y perspectivas de abordaje, tales como el concepto de dispositivo clínico.

En el texto, las autoras retoman el concepto de dispositivo introducido por M. Foucault, desarrollado luego por autores como G. Deleuze y G. Agamben, como punto de partida para reflexionar e interrogarse acerca del modo de llevar adelante la clínica psicoanalítica. En este sentido, el término dispositivo, tanto en el empleo común como en el foucaultiano, parece referir a “la disposición de una serie de prácticas y de mecanismos con el objetivo de hacer frente a una urgencia y de conseguir un efecto” (p. 36). A su vez, Foucault (1977), citado en Agamben (2014) expresa:

Lo que trato de determinar con este término es ante todo un conjunto absolutamente heterogéneo que implica discursos, instituciones, estructuras arquitectónicas, decisiones regulativas, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas, en breve: tanto lo dicho como lo no-dicho, estos son los

elementos del dispositivo. El dispositivo es la red que se establece entre estos elementos. (p.8)

Las autoras utilizan esta definición para rescatar tres aspectos: la naturaleza estratégica del dispositivo, su heterogeneidad y su carácter reticular, y exponen en su tesis que, “frente a cada consulta clínica, la estrategia de abordaje supone la construcción de un dispositivo que se entrama en una red de variables que abarcan un amplio espectro, desde las vicisitudes transferenciales hasta las improntas socio-culturales” (p. 37). A partir de ello, definen al dispositivo como la actualización en un sistema concreto de esta red de conexiones imprevisibles entre elementos singulares, en el que el elemento se transforma según la conexión que se establece con otros.

Por lo tanto, los dispositivos clínicos pueden considerarse como “los instrumentos a disposición del analista dentro de un marco estipulado por los pactos y acuerdos que se consensuan entre paciente y analista” (p.40). Es decir, tiene que ver con construcciones que realizan de forma conjunta y colaborativa analista y paciente, donde se “propician las condiciones de simbolización aptas para el despliegue de la situación analítica” (p.40). Se trata de montajes complejos, donde el vínculo es el que va haciendo aparecer las diversas figuras del dispositivo. Es decir, el dispositivo es un producto del vínculo analítico en transferencia que se construye en un trabajo conjunto y en colaboración. Atentos a quien nos consulta, nos disponemos a cartografiar, a trazar las líneas del dispositivo en conjunto con quienes nos demanda un análisis. “Nada más a fin a nuestra clínica psicoanalítica que la necesidad de diseñar con cada paciente un dispositivo a medida, ‘*tailleur sur mesure*’ (p.41).

Carpintero (2015) señala que, ante la diversidad de intervenciones clínicas y en la singularidad del espacio transferencial, es necesario construir dispositivos adecuados al padecimiento de cada paciente, lo que ha llevado en la práctica a poner en marcha dispositivos con encuadres novedosos, en los que se establecen reglas necesarias (encuadre), donde se instaura un artificio (dispositivo) cuyas condiciones propicias permiten escuchar el inconsciente. En relación a dispositivo y encuadre, Vainer (2009) postula que, si el encuadre son las reglas necesarias para un trabajo analítico, el dispositivo lo incluye, ya que es un artificio que propicia “poner en evidencia modos de funcionamiento de la psique que difícilmente se movilizarían en un análisis clásico” (párr. 10). La instalación del dispositivo implica siempre el establecimiento de ese encuadre que

va a funcionar como el marco que dará lugar a las condiciones de posibilidad del funcionamiento del espacio analítico.

Mauer et al. (2018) expresan que las instituciones psicoanalíticas, nuestros modos de pertenecer, el compromiso con la transmisión, nuestra propia actualización, la escritura, los congresos, también forman parte del entramado constituyente del dispositivo psicoanalítico, y agregan: “los dispositivos ampliados, con entrelazamientos de abordajes multi e interdisciplinario han enriquecido profundamente los alcances de nuestro quehacer clínico” (pp.40-41).

6.1.3 Supervisiones clínicas

En términos generales, la supervisión es definida, según Bernard et al. (1998) citado en Álvarez (2008), como:

una intervención evaluativa del desempeño del terapeuta novel que persigue varios propósitos: mejorar el desempeño de los terapeutas, monitorear la calidad de la prestación que se ofrece a los pacientes y ayudar a que los terapeutas aprendan a cuidarse a ellos mismos. (p.3)

González-Brignardello (2016) añade que el proceso de supervisión conforma un escenario óptimo para el desarrollo de competencias específicas del ámbito psicoterapéutico, no solo para el terapeuta novel, sino que también sirve de apoyo a psicoterapeutas que se mantienen ejerciendo y que se encuentran ante casos clínicos complejos.

Por otra parte, se lo considera como un proceso interpersonal y colaborativo, el cual da lugar a que se respeten los códigos éticos y las obligaciones legales que requiere el ejercicio de la profesión (Falender et al., 2004, en González-Brignardello, 2016). En este sentido, entre las funciones que cumplen las supervisiones encontramos 3 tipos: la función formativa, la cual apunta a facilitar el aprendizaje y pericia del supervisado; la función restaurativa, que busca fomentar el procesamiento de las emociones que surgen con los casos; y la normativa, que busca proveer un estándar de calidad en la disciplina (American Psychological Association [APA], 2014; Norcross et al., 2017, en Villafuerte Montiel, 2020).

Nos encontramos con distintas formas de comprender y llevar a cabo una supervisión. Estas formas y estilos que emplean los supervisores se conforman según las características del modelo teórico con el que trabaja, particularmente con el tipo de procedimientos terapéuticos y encuadre empleado (Norcross et al., 1997, en Álvarez, 2008).

Desde la perspectiva psicoanalítica, Rochkovski (2016) manifiesta que la supervisión constituye uno de los ejes fundamentales en el aprendizaje del oficio del psicoterapeuta psicoanalista y postula:

Supervisar implica escuchar a un psicoterapeuta en formación, y/o que demanda otra visión para desarrollar su capacidad terapéutica, a través de un proceso de investigación post-sesión de lo ocurrido en la sesión, del juego de transferencias y contratransferencias, de las psicopatologías en juego, del vínculo con el paciente. (párr. 7)

Según la autora, la supervisión conforma un espacio donde se trabaja con una versión de lo ocurrido en otro espacio, es decir, en la consulta del paciente con el supervisando, donde el supervisado aporta, no una visión superior, sino otra visión del trabajo clínico llevado a cabo por el supervisando. Asimismo, se forma una trama en la que se interjuegan las visiones tanto del supervisando y el supervisor, como la del paciente. De esta manera, lo que ocurra en la trama se reflejará en el proceso terapéutico y viceversa. A su vez, es en este juego intersubjetivo que podremos revisar las complejidades que plantea el padecimiento subjetivo hoy, en miras a buscar un sentido al sufrimiento individual, teniendo en cuenta que la cultura actual también está en crisis, por lo tanto, se ponen en juego nuevas manifestaciones sintomáticas que requieren un escuchar diferente del sujeto en análisis, del supervisando y del supervisor.

Por otro lado, la autora agrega que estos espacios de supervisión pueden ser útiles como ámbito de producción, “podemos modificar el estilo de nuestra labor psicoterapéutica, modificar el encuadre, estudiar cómo abordar las organizaciones narcisistas y los estados límites, recuperar lo existente y producir lo que nunca estuvo” (p. 1). Del mismo modo, se puede colaborar para que el supervisando construya un estilo singular y no idealizado de su práctica psicoterapéutica. Finalmente, afirma, que a pesar de que la labor psicoterapéutica se desenvuelva en la incertidumbre, ya que no sabemos qué necesitaremos, qué podremos hacer, sí tendremos como columna vertebral la ética y el criterio ético para elegir decir, no decir, hacer, no hacer.

En cuanto a los contextos dentro de los cuales se pueden llevar a cabo las mismas, Daskal (2008) cita: “en la consulta privada, las universidades o centros diversos de formación de terapeutas, las organizaciones hospitalarias, los equipos de trabajo, instituciones con personal voluntario, organizaciones de coaching, y también contextos donde se supervisa a supervisores” (p.221). Asimismo, expresa que las formas de supervisión pueden ser individual, grupal, institucional y a través de medios virtuales tales como el email, chat o videoconferencias.

6.1.4 Psicoterapia Dinámica Breve: un dispositivo de abordaje contemporáneo

Teniendo en cuenta las diversas formas de abordaje en psicoanálisis, se toman algunos desarrollos sobre la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica que resultan interesantes para pensar los abordajes enmarcados en la actualidad. Belaunde de Trelles (2000), citado en Miari y Fazio (2017) expresa que la psicoterapia dinámica breve parte de la premisa de establecer una serie de objetivos terapéuticos limitados, a partir de la identificación de las necesidades más o menos inmediatas del individuo. Dichos objetivos están orientados a la superación de los síntomas y problemáticas actuales que implican al paciente, cuya superación responde al comienzo del insight por parte del sujeto acerca de los mismos. Estos conflictos, que se destacan por su urgencia y/o importancia, son parte del foco terapéutico y el autor los denomina “conflictos focales”, “actuales” o “centrales”, proponiendo un trabajo elaborativo entre paciente y terapeuta con la finalidad de producir una adaptación del sujeto a su entorno.

Por lo tanto, siguiendo con lo que expresa el autor, se trata de una psicoterapia cuya técnica es focalizada, en la que se busca centrar el trabajo terapéutico en determinado síntoma o problemática de acuerdo con los objetivos preestablecidos. Por tal razón, varios autores la denominan “terapia focal” en lugar de breve. En esta terapia, la regla fundamental del psicoanálisis, llamada “asociación libre” es reemplazada por “asociaciones intencionalmente guiadas”, “operativamente focalizadas” hacia el foco del tratamiento.

Con respecto a la relación paciente-terapeuta que se establece en este tipo de psicoterapia, Miari y Fazio (2017), retomando los aportes de Armengol (1995) y Belaunde De Trelles (2000),

mencionan que, en relación con las modalidades de terapias más prolongadas, es más cálida, menos asimétrica, más definida y en lo que respecta a la transferencia, es poco intensa. Por su parte, Freire Arteta (1996) expresa que el psicoterapeuta breve es más activo y directivo, donde a veces utiliza técnicas conductistas y cognitivas con el objetivo de modificar ciertas conductas e ideas que tiene el paciente con respecto a su problema como los métodos que utiliza para resolverlos

En esta línea, siguiendo los postulados de Fiorini (2008), el terapeuta debe desempeñar un papel esencialmente activo, cuyas intervenciones no se limiten únicamente al material que aporta el paciente, sino que además se trata de explorar, interrogar, donde eventualmente se “incluye en las sesiones aspectos de la conducta extra terapéutica del paciente, dentro de la institución, en su grupo familiar, etc” (p. 30). Además, el autor pone de manifiesto la flexibilidad de la terapeuta a la hora de elegir las técnicas más adecuadas en función de cada situación concreta, lo que se considera un rasgo distintivo en la psicoterapia breve (Fiorini, 2004).

Según Fiorini (2008), algunas intervenciones que realizan los terapeutas son:

[...] de esclarecimiento, señalamiento y confrontaciones, en las que se explicitan aspectos significativos de la conducta del paciente, se dirige su atención a puntos nodales de su comunicación, se reformulan sus mensajes clarificándolos, se ponen de relieve las contradicciones entre lo verbalizado y la conducta actuada. (p. 32)

Entre las modificaciones que podría producir esta psicoterapia podemos encontrar:

- a) Alivio o desaparición de síntomas.
- b) Modificaciones en el manejo de las defensas con el reemplazo de técnicas más regresivas por otras más adaptativas.
- c) Mayor ajuste en las relaciones con el medio (comunicación, trabajo, etc.).
- d) Incremento en la autoestima y el confort personal.
- e) Incremento de la autoconciencia, que incluye una mayor comprensión de sus dificultades y el significado de las mismas.
- f) Ampliación de perspectivas personales que den lugar a la elaboración de un “proyecto” individual. (p.37)

Asimismo, en la terapia breve se intenta una comprensión *psicodinámica de la vida cotidiana* del paciente, que se instrumenta en las interpretaciones, en la planificación de su vida

diaria, en la orientación familiar o laboral. Es una terapia que orienta la conducta del paciente en el afuera de la sesión, con el objetivo de centrar su atención en sí mismo y en su mundo habitual, y de esa manera “ayudarlo a efectuar ciertas tareas integrativas inmediatas para ayudarlo a recuperar lo antes posible su capacidad de remover los obstáculos que le impiden lograr una homeostasis más satisfactoria” (p.34).

Cabe destacar, que en muchas ocasiones resulta beneficioso agregar otras herramientas terapéuticas a este tipo de psicoterapias, sobre todo en el marco institucional donde se dan las condiciones para efectuar tratamientos combinando instrumentos terapéuticos que incluyen, eventualmente, una tarea en equipo con otros trabajadores de la salud mental (Braier, 1980).

Por otra parte, para el desarrollo del concepto de foco, Fiorini (2004) propone la coexistencia de: criterios sintomáticos (los síntomas salientes que motivan la consulta o los puntos de urgencia); interaccionales (el conflicto interpersonal que desencadena la crisis); caracterológicos (una zona de la problemática del paciente que admita su delimitación de otras zonas de la personalidad); propios de la díada paciente-terapeuta (los puntos de interés aceptables para ambos); o técnicos (la interpretación central sobre la que se asienta todo el tratamiento). A pesar de estas múltiples variables el autor propone trabajar sobre un modelo de foco que genere un orden unificador y permita organizar un campo común de diagnóstico terapéutico. En el orden de lo empírico, la focalización expresa una forma de delimitar la búsqueda a través de un conjunto de funciones yóicas como la atención, percepción y memoria. Dinámicamente, la focalización está orientada por la dominancia de una motivación que jerarquiza tareas con el objetivo de resolver ciertos problemas vividos como prioritarios.

Según Braier (1980),

[...] el foco ha de estar dado por una estructura integrada por los distintos factores intervinientes en la génesis de lo que ha sido escogida como la problemática central del tratamiento (una determinada situación-problema y las manifestaciones sintomatológicas con esta ligada), constituyendo a la vez, una hipótesis o conjunto de hipótesis del terapeuta respecto de los mecanismos operantes dentro de dicha situación problemática, o sea de la compleja interacción existente entre los factores. (pp. 56 -57)

En esta línea, Fiorini (2004), desarrolla la idea de *estructura del foco*, el autor expresa que, al momento de la práctica psicoterapéutica, el foco está compuesto por un eje central que en general está dado por el motivo de consulta, en el que se incluyen los “síntomas más perturbadores, situación de crisis, amenazas de descompensación que alarman al paciente o al grupo familiar, fracasos adaptativos” (p.87). Asimismo, ligado al motivo de consulta y subyacente al mismo, se localiza cierto conflicto nuclear exacerbado. Ambos se insertan en una situación específica grupal que condensa un conjunto de determinaciones.

El autor reconoce una serie de componentes de la situación en los que se destacan: los *aspectos caracterológicos del paciente*, caracterizado por “dinamismos intrapersonales activados en esta situación específica, modalidades defensivas personales selectivamente movilizadas por la situación, etapas no resueltas del desarrollo infantil, actualizadas por la estructura de la situación” (p. 88). Se reconocen *aspectos histórico-genéticos individuales y grupales reactivados*. El *momento evolutivo individual y grupal*, que comprende las tareas que se desprenden de necesidades propias de ese momento evolutivo. A su vez, esta serie de componentes de la situación se encuentran relacionadas con un conjunto de determinaciones concurrentes que podemos localizar en una zona de *determinantes del contexto social más amplio*, en las que se incluyen las condiciones económicas, culturales, laborales y/o ideológicas que intervienen de diversas formas en la situación.

Es importante mencionar que la focalización tiene sus factores reguladores, que comprenden *desde el paciente y su grupo familiar*, donde se ponen en juego un conjunto de factores como las condiciones de vida, culturales, ocupacionales, geográficas, motivaciones y aptitudes para el tratamiento; *desde el terapeuta y la institución*, encontramos condicionantes como el esquema teórico, los recursos técnicos, disponibilidad del personal y espacios, estilos de supervisión, entre otros; teniendo en cuenta que *cada momento del proceso* va a adquirir una amplitud particular.

El trabajo con el foco seguirá en psicoterapia la siguiente secuencia: en primer lugar, se inicia la sesión con el paciente aportando un material, que pueden ser episodios vividos recientemente, recuerdos, observaciones sobre los otros y vivencias personales en esos episodios. Un tiempo después, el terapeuta interviene para preguntar en una dirección determinada o reformula el relato del paciente, subrayando de forma selectiva ciertos elementos del relato significativos desde la situación-foco. El paciente recibe esta reformulación y comienza a operar

con ella produciendo asociaciones guiadas por la nueva dirección impresa a la tarea, ampliando elementos recortados del terapeuta. Finalmente, el terapeuta realiza nuevas intervenciones con el fin de ahondar sobre los elementos parciales componentes de la situación, integrando un doble movimiento analítico-sintético, que Sartre ha caracterizado como momentos regresivo y progresivo del análisis de la situación. El autor menciona que el foco puede ir modificándose a lo largo del proceso psicoterapéutico. “Es probable que todo el proceso gire en torno a una situación focal, y el avance del proceso consista solamente en el enriquecimiento del modelo estructural que se vaya armando de esa situación” (p. 95).

Desde la psicoterapia breve reviste gran importancia el concepto de *punto de urgencia*, el cual, siguiendo a Braier (1980), “corresponde a la situación psíquica inconsciente de conflicto que, por la acción de los factores actuales, predomina en el sujeto un momento dado, siendo motivo de determinadas ansiedades y defensas” (p.62). El autor expresa que la detección de este requiere de una labor terapéutica inmediata, debido a que moviliza ansiedades y produce descompensación en el paciente. El punto de urgencia puede ser inherente al foco o relativamente ajeno a él, como puede ocurrir en situaciones inesperadas de emergencia que suelen presentarse durante el tratamiento, afectando al paciente, y que caen fuera de foco.

6.1.5 La entrevista en psicología

En este marco, se considera oportuno hacer mención a uno de los instrumentos más conocidos para recabar información en la clínica, la entrevista psicológica. Según Bleger (1964), “la entrevista es el instrumento fundamental del método clínico, y, por lo tanto, una técnica de investigación científica de la psicología” (p. 2).

El autor expone que la entrevista psicológica es aquella en la que se persiguen objetivos psicológicos, ya sea de investigación, diagnóstico, terapia, etc. Se trata de una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas en el que uno de los integrantes de la misma es un técnico de la psicología que actúa en ese rol y el otro u otros necesitan de su intervención

técnica. En otras palabras, consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber lo que está pasando en la misma y actuar según ese conocimiento.

Asimismo, el autor diferencia el concepto de entrevista de anamnesis y consulta. Esta última refiere a la solicitud de asistencia técnica o profesional, en la cual se puede hacer uso de la entrevista como herramienta para atender la consulta. Consulta no es sinónimo de entrevista, ya que esta última es sólo uno de los procedimientos con los que el técnico o profesional psicólogo puede atender la consulta. La anamnesis, por su parte, tiene como objetivo la recopilación de datos que permitan conocer, de manera sintética, la historia presente y pasada de la enfermedad del individuo, pudiendo ser realizada por personal auxiliar. Sin embargo, una buena anamnesis, menciona el autor, se hace sobre la correcta utilización de los principios que rigen la entrevista. Por lo tanto, el autor establece que, a diferencia de la consulta y la anamnesis, “la entrevista psicológica intenta el estudio y la utilización del comportamiento total del sujeto en todo el curso de la relación establecida con el técnico, durante el tiempo que dicha relación se extienda” (p. 12).

Por otro lado, una entrevista particular que tiene lugar en el contexto clínico, es la entrevista de admisión. Rubistein (1996) expone:

Es la entrevista que se realiza a todo paciente que ingresa al servicio por primera vez, la que se utiliza para registrar datos de filiación, motivo de consulta y elaborar un diagnóstico presuntivo, a fin de establecer si corresponde, 1- su ingreso al servicio y posterior derivación al tratamiento adecuado, 2- su derivación a otros servicios hospitalarios, 3- no requiere tratamiento alguno. (p.1)

En otras palabras, el término admisión designa la forma que la institución tiene de recibir, de acoger a quien consulta buscando una respuesta a lo que le ocurre. A su vez, implica un momento de toma de decisiones y de responder a las demandas de quienes consultan en función de la oferta, que ponen en juego tanto los criterios de tratamiento, como recursos disponibles. Se los acepta, se los deriva o no se los admite.

Finalmente, un objetivo importante que debe investigarse en la primera entrevista psicológica es el motivo de consulta (Siquier de Ocampo et al.,1940). Sin embargo, siguiendo los aportes de Martínez Ferrero (2006), en la clínica nos encontramos con un “motivo de consulta manifiesta o explícito” y un “motivo de consulta latente o implícito”. El primero hace mención a

la causa que ha llevado al paciente a hacer la consulta, “la expresión en bruto del padecer del paciente” (p. 61). En el segundo se ve implicada la percepción subjetiva del paciente. Es por ello que, cuando se indague sobre el motivo de consulta, el psicólogo debería averiguar si más allá de lo manifiesto puede existir otra motivación más profunda, más específicamente debe preguntarse:

cuáles son las motivaciones del paciente en cuanto a su bienestar personal o psicológico, es decir, qué es lo que realmente desea en relación a sí mismo y qué está dispuesto a hacer para conseguirlo, qué es lo que le ha hecho venir a consultar y qué es lo que desea conseguir con ello. (Martínez Ferrero, 2006, p.56)

Por otro lado, el autor lo diferencia del concepto de demanda. Esta refiere a la motivación y los intereses subjetivos del paciente que se ponen en juego en la solución de su malestar. En este sentido, es importante mencionar el papel que juegan los agentes terapéuticos en psicología (aquel elemento que se encarga de modificar una determinada estructura psicológica), los cuales varían en función de la escuela con la que se trabaje. Puede ser desde la adopción de un nuevo estilo cognitivo, la interpretación de un contenido inconsciente, de una manera más saludable de posicionarse ante una persona, una conducta más adaptativa ante ciertas situaciones, etc. El autor añade que, para que la acción de estos "agentes terapéuticos" se efectiva, debe estar implicada la participación directa de la parte subjetiva del paciente, del "paciente- sujeto", esto quiere decir, que, si no existe una petición de ayuda, un deseo de dejarse ayudar, el psicólogo no tiene posibilidad de actuar.

6.2 ENCUADRE

6.2.1 Encuadre Clásico

Bleger (1967), citado en Schroeder (2010), es uno de los autores que 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 da el proceso, entendido éste como las variables. El marco externo así fijado permitirá el despliegue del proceso analítico al interior del campo psicoanalítico. En otras palabras, Avenburg (2004) sostiene que el tratamiento analítico va tomando forma a través del proceso, sin embargo, para que se dé un proceso es necesario que haya algo constante en la estructura sobre lo cual aquel pueda apoyarse.

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).

Green (1979), por su parte, entiende al encuadre como un conjunto de condiciones de posibilidad requeridas para el ejercicio del psicoanálisis. El autor lo distingue, por un lado, compuesto por las disposiciones materiales, formales, llamado *estuche*, en el cual se rigen las relaciones entre analizante y analista, e incluye el número y duración de las sesiones, la periodicidad de los encuentros, las modalidades de pago, coordinación conjunta de las vacaciones, etc., fijadas desde un primer momento para evitar eventuales discusiones futuras. Por otro lado, el encuadre presenta una *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).

El autor manifiesta en su tesis la idea de que tanto el psicoanálisis, como la psicoterapia psicoanalítica, comparten gran parte de los rasgos de la matriz activa, sin embargo, se diferencian en cuanto al estuche que la encierra. Por lo tanto, se pregunta: “si le 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 este sentido, Viñar (2002) expresa: “es la actitud y disposición del analista el pivote que vertebra el encuadre, las reglas del dispositivo son medidas accesorias para favorecer la emergencia de un diálogo analítico” (p.32).

6.2.2 El Encuadre Interno

Una de las primeras referencias al encuadre interno surge en el contexto del tratamiento de personas que desbordan el campo de la neurosis. De acuerdo a Green (2000) en su diálogo con Urribarri (2012), en el momento en el que deja de haber un encuadre compartido y el analizante deja de asociar libremente, el trabajo analítico se desplaza hacia el analista y este se apoya en su encuadre interno.

De esta manera, Green (2008) define al encuadre interno como producto de la interacción entre dos factores:

El primero es el análisis del analista. Es decir, que éste ha vivido la experiencia de un encuadre externo realizado, efectivo, con su propio analista. El segundo, es la acumulación de la experiencia con sus pacientes, que lo ha abierto a un descentramiento en relación a su propio análisis y por lo tanto el analista puede verificar con ciertos pacientes que se reproduce algo de lo que él mismo ha vivido en su análisis, y con otros pacientes. (p.9)

A lo dicho anteriormente, Alizade (2002) agrega que el analista incorpora el encuadre interno, no solo gracias a su propio análisis, sino también, a través de su experiencia de vida y condiciones personales, tales como el talento clínico, salud mental, vocación analítica. Considerándolo, a su vez, como una parte imprescindible del marco de todo tratamiento.

Por su parte, Green (2005), citado en Fiorini (2018), expresa que en aquellas situaciones en las que el encuadre hace ruido, se hace oír, dejando de actuar como favorecedor de los procesos del trabajo analítico, se requiere del funcionamiento psíquico del terapeuta, que funcione como un ambiente facilitador de holding y de esa manera, expresa el autor, “ayude a disminuir la descarga, irrupción de lo pulsional, proporcionando elementos para una mayor ligazón” (p.126). De esta manera, el autor incorpora la noción de encuadre interno como una nueva forma de pensar el trabajo con pacientes con una mayor precariedad simbólica. Es por ello, que el autor plantea este concepto como la matriz simbólica del terapeuta, internalizada a partir de su propio análisis.

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

En el marco de un psicoanálisis contemporáneo, Alizade (2002) afirma sobre el encuadre interno lo siguiente:

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 este sentido, retomando a Schroeder (2002), el desmantelamiento del encuadre tradicional constituye una nueva forma de trabajo analítico enmarcada dentro de una realidad contemporánea que nos plantea nuevos desafíos.

6.2.3 Psicoanálisis en tiempos de pandemia: Encuadre virtual

En el contexto actual de pandemia por Covid-19, el consultorio de salud mental ha tenido que reacomodarse a la nueva normalidad, obligando a los profesionales a modificar la modalidad de atención de lo presencial al modo online, instalando esa manera el “consultorio virtual”, entendiendo que la población, movilizada afectivamente por aquella amenaza desconocida que suponía la llegada del Covid-19, requería dar continuidad con sus tratamientos en nuevos espacios de contención, apoyo y escucha. Si bien esta modalidad de trabajo se había implementado hace varios años como una alternativa de análisis a distancia, se limitaba a la atención de pacientes que tenían dificultades para llegar hasta el consultorio: viajes, mudanzas, embarazos, enfermedades limitantes (Gómez, 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 virus, 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. Sin embargo, Jezabel et al. (2021) plantean que toda crisis abre la posibilidad de que se despliegue la creatividad, y la crisis que se ha presentado en cuanto a los síntomas psíquicos a raíz del confinamiento ha generado un aumento en la demanda de atención psicoterapéutica, razón por la cual la creatividad es la que nos ha permitido continuar el trabajo sosteniendo el encuadre que estructura la labor analítica.

En cuanto a las características del encuadre virtual, Carlino (2010) destaca que se trata de un encuadre especial, en el que cada uno de la dupla debe aportar de forma simétrica a la instalación, la calidad, el cuidado del aparato tecnológico utilizado, pagar el costo del abono de la línea con la que se comunica y asegurarse del buen funcionamiento de la línea proveedora del servicio contratado. Asimismo, el autor considera que cuando estas condiciones básicas están aseguradas, las interrupciones deben considerarse ajenas a la responsabilidad de la dupla. Por lo que deberá contarse con recursos de otra naturaleza comunicativa y muchas veces considerar si cabe en el encuadre implementado, la posibilidad de postergar el momento de cierre de la sesión o ubicarla en otro momento. 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 yóicos 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 yóicos de autocontención en situaciones angustiantes o críticas.

Por otro lado, el autor plantea que, en el análisis por vía telefónica, el soporte material del encuentro ya no es el clásico consultorio del analista, sino que ahora se sostiene con la conexión ideo-emocional por un lado y la tecnológica por el otro. Además, en cada extremo de la línea hay una realidad material singular, diferente, pero a su vez, un espacio común compartido en el inter de la sesión, cuya ubicación, a pesar de carecer de un recinto geográfico, tiene un lugar en día y hora predeterminados en el encuadre; tal es la sesión del análisis.

A su vez, es importante considerar que, teniendo en cuenta los aportes de Carlino (2014), uno de los elementos básicos y constitutivos del psicoanálisis clínico es el diálogo analítico, el cual se encuentra basado en su propia y específica finalidad: la elaboración analítica del material surgido en él, además del encuadre analítico en el que se desarrolla dicho diálogo. Avenburg (1998) sostiene que “el diálogo psicoanalítico es el proceso a través del cual se desarrolla el tratamiento psicoanalítico; éste se despliega como diálogo: lo intrasubjetivo se convierte en el tema del diálogo y, en tanto tal, se hace intersubjetivo” (p.173). Se trata de un diálogo particular, con un objetivo específico y centrado en los conflictos de uno de los participantes que este no puede resolver y le hacen sufrir.

Al respecto de este, Aryan et al. (2015) expresa:

[...] está compuesto básicamente por un intercambio de palabras formuladas en medio de un clima transferencial y con determinada entonación, y acompañadas de actitudes, gestos y comportamientos que informan acerca del paciente, del analista y del estado transferencial del vínculo. (p.65)

Asimismo, el autor expone que por más de una centuria el consultorio funcionó como único lugar de encuentro de la dupla analítica, sin embargo, no debe confundirse con lo esencial en una sesión de análisis, como lo es la cualidad analítica del diálogo ejercido, en un setting adecuado. Es por ello, que “el proceso analítico no está determinado por la herramienta de trabajo ni por la presencia física, sino que depende [...] de las cualidades de la diada y de sus posibilidades de encuentro analítico” (p.66). En otras palabras, Carlino (2010), siguiendo los aportes de Zac de File (2005), expresa que es factible concebir y realizar psicoanálisis mediado por las tecnologías comunicativas, en tanto dicho diálogo es posible. Si bien hay diferencias a tener en cuenta entre el

consultorio y psicoanálisis mediado por las tecnológicas comunicativas, resalta que en ambas modalidades se trabaja con la palabra y el discurso en un intercambio coloquial específico.

En este sentido, 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 inter-conector del intercambio ideofectivo. 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)

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 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)

En sentido, en términos de contratransferencia, Carlino (2006) plantea que en el caso del setting telefónico, no se perciben gestos, olores, ni la actitud corporal, por lo tanto, 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. El autor sostiene que el analista puede percibir las señales contratrasferenciales de sí mismo, que, con debido entrenamiento, le permitirán contactar con el cuerpo libidinal del paciente. Esto quiere

decir, que ciertas sensaciones corporales del analista en sesión pueden dar cuenta de algo por lo que el paciente está atravesando.

Del mismo modo, el autor hace una redefinición de los conceptos de *presencia*, *contacto*, *lo real* y *lo virtual*, donde sostiene que, aunque la presencia no sea corporal, en la medida en que se logra establecer un clima de encuentro y contacto, no es posible concebir una ausencia, o una sensación de lejanía en el contacto y el encuentro analítico. A esta idea, el autor la conceptualiza 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. (Carlino, 2010, p. 150)

En esta línea, un aspecto importante a tener en cuenta es el 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.

En otras palabras, retomando a Carlino (2010), los silencios muy largos incomunican y son más difíciles de soportar. Sin embargo, el silencio no sería un obstáculo en tanto se tratara de momentos silenciosos que aparecieran de manera excepcional, en cambio, “cuando 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).

De la misma manera, en el setting a distancia, el autor plantea que se debe tener en cuenta lo siguiente:

el paciente se encuentra privado de la semántica que emana el 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)

Por lo tanto, sostiene que la instalación de un clima de "trabajo analítico", dependerá de la actitud del analista a partir de su encuadre interno y las interpretaciones en función de las cuales procesa el material surgido en la sesión, así como la pertinencia y entonación empleada al hablar y al manejo del espacio otorgado al paciente para que este pueda manifestarse. Sin embargo, ese “clima de trabajo” se ve favorecido cuando el análisis virtual es parte de un trabajo extendido presencial, debido a que, tomando los aportes de Gutiérrez (2013), 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 y 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).

En términos de escucha y transferencia en el contexto de pandemia, Murillo (2020) precisa que nuestro trabajo no implica meramente poder “seguir” a través de las sesiones virtuales, sino que se trata de poder tomar la palabra con un paciente que se encuentra en situación de aislamiento, o de excepción laboral, “en un afuera saturado de temores, cuidados o segregaciones, por el mismo fenómeno” (p.7). Por otro lado, se requieren de maniobras transferenciales en la que algunos pacientes están dispuestos a continuar trabajando a través de sesiones virtuales y otros no, ya que, según el autor, es evidente que no es lo mismo, ni resulta ser el mundo ni el sujeto el mismo que antes de la pandemia. Por lo tanto, está en el terapeuta ofrecer trabajar por llamada de voz o videollamada, abriéndole la posibilidad de elección al paciente, o si por alguna razón trasferencial, decide introducir una vía u otra, ya sea porque se considere que las sesiones “sin imagen” con algún paciente no podrían sostenerse, tanto como si pensara que la “imagen virtual” sería un obstáculo del cual será difícil o simplemente agotador separarse. Sin embargo, retomando a Murillo (2020), 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 su vez, esta necesidad de en pocos días o semanas pasar a sesiones virtuales, supuso una maniobra transferencial y subjetiva sobre lo doméstico. El poder instituir un espacio donde poder hablar con intimidad en algún ambiente, ya sea desde un cuarto, hasta el auto; en un momento donde la familia, parejas, 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-privacidad 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). Asimismo, agrega que el clima de intimidad se va logrando en la medida en que la dupla sienta que está pudiendo crear un microclima propio y pertinente para el diálogo analítico, a su vez, en el sostenimiento de este clima de privacidad-intimidad está la confianza que aporta la pertinencia de lo interpretado, así como el clima afectivo adecuado que se le brinda al paciente. Estos elementos son muy importantes en un análisis a distancia, ya que, ante la falta de cercanía corporal, es necesario buscar elementos de contención y de presencia desde otras vertientes.

En lo que respecta a la labor del terapeuta en las sesiones por videollamada, pueden presentarse algunas dificultades. Gutiérrez (2013) propone que pareciera haber una suerte de esfuerzo por parte del analista para hacerse presente en la díada, 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)

Además, Carlino (2010) expresa que durante el transcurso del tratamiento a distancia aparecen una serie de inconvenientes técnicos que obstaculizan el trabajo y que no son interpretables, aunque aumentan la resistencia, tales como conexiones que se interrumpen y no siempre se reanudan, imágenes pixeladas, voces que se entrecortan y se escucha mal.

Sin embargo, la terapia online tiene ciertos beneficios específicos: brinda la posibilidad de realizar sesiones mediante la Pc, la Tablet o el celular, desde cualquier lugar del mundo, con horarios programados. Es eficiente, ya que no requiere el traslado del paciente ni del terapeuta, lo que implica ahorro de tiempo y dinero (Di Biasi, 2020). Asimismo, 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 o enfermedades transitorias que impidan la deambulaci3n, o cualquier otro inconveniente, as3 como tambi3n en pacientes con inestabilidad de residencia, a quienes les resulta muy dif3cil aceptar el encuadre cl3sico de concurrencia a un consultorio. Adem3s, algunos de los pacientes que consultan por esta v3a suelen tener dificultades para pedir ayuda terap3utica, sienten que hablar de s3 mismos es algo equivalente a quedar expuestos y encuentran en internet un lugar adecuado para poder hablar sobre ellos mismos, sus inseguridades, sus complejos. Esto mismo puede servir para pacientes con un alto grado de retraimiento social, el an3lisis a distancia podr3a ser una primera puerta a la introspecci3n con un otro (Carlino, 2010).

7. MODALIDAD DE TRABAJO

La modalidad de trabajo que se lleva a cabo en el marco de las prácticas profesionales supervisadas que ofrece la Universidad Católica de Córdoba, en la clínica Saint Michel, en el contexto clínico, trata de una sistematización de experiencias, entendida por Jara (2011) como un proceso de reflexión e interpretación crítica de una experiencia, la cual implica que se lleve a cabo un proceso de ordenamiento y reconstrucción que permita dar cuenta de la lógica del proceso vivido en la misma, y a su vez, de identificación de los factores que intervinieron, cómo se relacionan entre sí y por qué de esa manera. Asimismo, la sistematización permite extraer aprendizajes y compartirlos.

García y Tirado (2010) resaltan que la sistematización se distingue de la investigación principalmente por su objeto, ya que mientras en la investigación se intenta conocer una dimensión o aspecto de la realidad y a partir de esto se formulan preguntas, la sistematización las formula, pero a partir de experimentar una práctica en la cual se tiene una participación como un actor más, con una intencionalidad de transformación. La apuesta es contribuir a mejorar la práctica de los equipos de promoción y enriquecer las reflexiones y propuestas teórico-conceptuales.

7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES DE LA EXPERIENCIA

La experiencia en la Clínica Saint Michel comprende a la psicóloga referente de la institución, encargada de recibir a los alumnos pasantes de las diversas instituciones; a la psiquiatra y los psicólogos entrevistados de la clínica; y al grupo de alumnas pasantes con quienes compartimos el espacio de supervisión de casos clínicos. Este último involucra a cuatro psicólogas pasantes que realizan sus pasantías a través de la atención psicoterapéutica a afiliados de PAMI, en el marco de la especialidad de psicología clínica de la UNC; dos estudiantes del último año de psicología de la Universidad SIGLO XXI, quienes realizan la pasantía para recibir el título de grado; mi compañera de prácticas y yo.

Por otro lado, forman parte de la práctica, la psicóloga referente de Hospital de Día y dos profesionales coordinadoras de los talleres que se organizan dentro del dispositivo; y el grupo de

pacientes que asisten al mismo, compuesto por 10/12 personas aproximadamente, de un amplio rango de edades y con diagnósticos variados.

Tabla 1:

Profesionales de la Clínica Saint Michel. Profesional N°1 referente de la institución, coordinadora de prácticas y supervisora de casos clínicos. Profesionales del N°2 al N°8 participantes de instancias de entrevistas.

N.º	Nombre del Profesional	Profesión	Género
1	P	Psicóloga	F
2	G	Psicólogo	M
3	J	Psicólogo	M
4	M	Psicóloga	F
5	V	Psicóloga	F
6	S	Psicóloga	F
7	P	Psicóloga	F
8	L	Psiquiatra	F

Tabla 2:

Profesionales pasantes que llevaron a cabo la atención psicoterapéutica a personas afiliadas a la obra social PAMI y formaron parte de las reuniones de supervisión de casos clínicos.

N.º	Nombre del Pasante	Profesión	Género
9	R	Psicóloga	F
10	C	Psicóloga	F
11	L	Psicóloga	F
12	A	Psicóloga	F

7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos para el análisis se recogen a partir de las notas de campo y los registros que se realizan a través de la observación participante, tanto en los espacios de supervisión de las alumnas pasantes que realizan atención terapéutica a pacientes PAMI, como en los espacios que compartimos en los talleres de Hospital de Día. Por otra parte, se obtienen datos a partir de la participación en los ateneos clínicos que lleva a cabo la clínica y entrevistas semiestructuradas que se realizan a los profesionales de la misma en un formato virtual.

Rockwell (2009) expresa que una gran parte del trabajo de campo es el tiempo que se emplea en escribir. En este sentido, se realiza “un diario de campo, como registro continuo y personal, que puede incluir reflexiones más libres sobre la experiencia en el campo” (p.59), donde se pueden incluir asociaciones, dudas, preguntas que vayan surgiendo en el momento y que se diferencian de los registros, ya que en este último se incluyen las notas de campo pasadas en limpio y de forma ampliada; y las interpretaciones que se realizan en el momento de la observación.

Por otro lado, como mencionamos anteriormente, la observación participante consiste, según Guber (2011) en, por un lado, observar sistemática y controladamente todo lo que surge en nuestro entorno y participar en las actividades de la población en la que nos involucramos. Por otro lado, las entrevistas semiestructuradas, que, siguiendo a Díaz-Bravo et al. (2013), son una técnica para recabar datos donde se parte de preguntas planteadas en las que el entrevistado puede manejarse con flexibilidad y ajustarse a los entrevistados, motivarlos, aclarar términos, etc.

7.3 IMPLICANCIAS ÉTICAS

Teniendo en cuenta los aportes que realiza Ferrero (s.f) en el *Proyecto de Investigación Formación en ética profesional de la psicología en países de Mercosur*, las prácticas pre profesionales en psicología se vinculan con consideraciones éticas y obligaciones propias del estudiantado que no están presentes en el código de ética profesional.

La perspectiva ética adoptada como alumna practicante supone el seguimiento de diversos principios éticos. El primero corresponde al *Respeto por la Dignidad y los Derechos de las Personas y los Pueblos*. Este principio postula que es indispensable que los sujetos participantes sepan que se trata de una práctica de grado supervisada, tanto los profesionales entrevistados, como las profesionales pasantes y pacientes participantes de los talleres de Hospital de Día. Así como también supone el respeto, tanto de la libre decisión de los sujetos a participar en la práctica o no, y ser grabados en caso de participar de entrevistas, como de la confidencialidad de los datos obtenidos.

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 producto de las entrevistas y otras actividades en las cuales se participó, y se 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. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

El inicio de la experiencia de práctica tuvo lugar el día 14 de mayo del año 2021, luego de los encuentros con la tutora de prácticas y el grupo de pasantes del contexto clínico, donde a cada una se nos informó, tanto la modalidad, como la hora de inicio del primer contacto con nuestros referentes institucionales. Nos reunimos aproximadamente a las 14:10hs con mi compañera, nuestra tutora y la referente de la institución, a través de una videollamada de WhatsApp.

En un primer momento, nos presentamos, la referente nos comentó acerca de las características de la institución, manifestó que se trata de una clínica monovalente compuesta por distintos escenarios, entre ellos la Guardia que funciona todo el año, las 24 horas del día, la cual es atendida por un médico clínico y un psiquiatra, donde a su vez el paciente puede ser ingresado o derivado a consultorios externos (los cuales son atendidos a través de PAMI o particular y obra social), psiquiatría o admisión. Asimismo, comenta que no puede haber más de una persona en sala de espera y que es un sector al que no tendríamos acceso como pasantes. Nos contó acerca de la modalidad de trabajo, expresó que, en ese momento, debido a la situación de pandemia, la atención pasó a realizarse de manera online, por teléfono o vía zoom y a priorizarse la atención presencial de infantes y adolescentes desde el Departamento Infanto-Juvenil.

Por otro lado, la referente nos mencionó las actividades en las que podríamos involucrarnos a lo largo del año, enfatizando el hecho de que aquellas irían surgiendo en función de cómo se siga trabajando en la clínica, que podría variar conforme a los cambios en la situación sanitaria.

En el segundo encuentro con la referente, la misma retomó algunas cuestiones relacionadas a la institución, su historia, su estructura, ubicación, su funcionamiento antes y después de la pandemia. Nos cuenta que la misma es cuadrada y ocupa toda la manzana, se divide en sectores y cada uno se encuentra identificado con un color determinado.

Sector rojo: *“Si entramos por la izquierda es donde históricamente se encuentran los pacientes agudos”*. Actualmente es “el sector de cuarentena” y presenta un patio que da a la calle Sagrada Familia.

Sector azul: Era un sector para pacientes autoválidos, pero por la pandemia se lo utiliza como medio de pasaje que conecta la clínica con los distintos sectores, actualmente se lo llama el “sector limpio”, no hay pacientes.

Sector amarillo: Es el área de psicogeriatría, hay muchos pacientes mayores y con patologías orgánicas. Asimismo, comenta que este sector se encuentra restringido para evitar contagios.

Sector blanco: Ubicado al fondo de la clínica, el cual se divide en “Sector 1”, para adolescentes agudos; y “Sector 2”, que previo a la pandemia estaba destinado a personas con consumo problemático, pero en este momento *“hay de todo: agudos, crónicos...”*.

Sector verde: Ocupado por pacientes crónicos con obras sociales como PAMI, y otras sin tanta cobertura.

Por otro lado, *“encontramos el corazón del hospital donde se ubican Hospital de Día y el área de Rehabilitación”*. Cuenta con un patio donde se realizan talleres de arte, tiene un gimnasio y un comedor. El mismo se conecta con un pasillo azul que da con el sector de la Guardia.

8.1.1 ATENEOS CLÍNICOS

Desde el primer momento de la experiencia, mi compañera de prácticas y yo asistimos a los ateneos clínicos que se llevaron a cabo todos los viernes de 14:30 a 16:00 horas, vía zoom. A través de ellos, tuvimos la oportunidad de escuchar las experiencias de los profesionales de distintas áreas y especialidades, tanto de la Clínica Saint Michel, como invitados de otras instituciones, en el que presentaban algún tema en particular, casos clínicos del que hayan formado parte, o con el objetivo de dar a conocer el funcionamiento actual de distintas áreas de la institución al resto de los profesionales y participantes y, finalmente, dar lugar a preguntas o generar debates y lograr ampliar las miradas acerca del tema. Algunos ateneos fueron de carácter intrainstitucional y otros abiertos al público.

El primero ateneo al que asistí tuvo lugar minutos después del primer encuentro con la referente, a través de la plataforma zoom, el tema abordado fue “*Novedades y experiencias en DRT*”, dictado por un profesional especialista en psiquiatría. El mismo fue casi exclusivamente para los profesionales que están más interiorizados con los cambios neurobiológicos de la depresión, los modos de funcionamiento del cerebro y la utilización de psicofármacos para la misma.

En una serie de ateneos se abordó la temática: “*El cuerpo en los equipos de salud*”. Vimos que, de alguna manera, el tema del cuerpo y la salud mental ocupa un gran lugar en lo que respecta a los profesionales que trabajan en la clínica, tanto para aquellos que organizan los ateneos, como para aquellos que son invitados a compartir sus perspectivas y experiencias.

En las reuniones se manifestaron interrogantes como “*¿qué hago con el cuerpo? ¿Cómo reemplazar un abrazo?*”, en relación a la pandemia y las dificultades de encuentro presencial en la clínica con los mismos colegas y en general. Destacando la importancia de la presencia física en el ámbito de trabajo, el hecho de poder verse las caras, charlar, pasar por el lugar de trabajo de cada uno y hacerse comentarios, chistes, que permitan hacer más llevadero el día de trabajo.

Otro de ellos se llevó a cabo bajo la presentación de la experiencia personal de una psicóloga clínica que trabaja con pacientes oncológicos. La misma contó cómo fue viviendo los inicios de la pandemia desde el decreto del gobierno del estado de alarma, cuestiones relacionadas al protocolo de emergencia para trabajar en el hospital, en relación a cómo tenían que vestirse, entre otros aspectos, acompañado de mucho temor y ansiedad. Relató que, en el mes de mayo del año 2020, le piden un informe sobre un paciente que tenía que ser trasplantado, quien desafortunadamente, cuando ingresa al hospital por Covid-19, ella y su compañera quedan aisladas y el paciente fallece a los 2 días. Esto nos vuelve a traer la cuestión de los cuerpos, nos hace reflexionar acerca de cómo “*la muerte viene a marcar límites*”, “*la finitud todo el tiempo*”. A su vez, resaltó lo valioso que fue el trabajo en equipo, el apoyo de sus colegas en ese momento. Cuando finalizó su presentación, surgieron comentarios como: “*distintos escenarios para poner el cuerpo*”, “*aquello que funcionaba como acolchonadito para amortiguar lo que se vive en el hospital, o las reuniones entre compañeros. ¿Cómo reemplazar eso?*”.

Dos ateneos posteriores se trataron de la presentación de casos de pacientes de la clínica que se encontraban en el sector de internación. Fueron de carácter intrainstitucional como forma de preservar la confidencialidad de los mismos. El primero, resultó tratarse de un joven que ingresa con un diagnóstico f32 (episodio depresivo). Se presenta acompañado de su amigo por tener ideación tanática recurrente, hipotimia, rumiaciones, entre otros síntomas. El segundo caso fue presentado por el grupo de profesionales que desempeñaba su trabajo en el Área Infanto-Juvenil, el cual trató de una adolescente que ingresa con un trastorno alimenticio.

Finalmente, entre los profesionales de la clínica, surgió la necesidad de hablar de un tema que no se había abordado antes y que fue vivido de manera recurrente en este contexto de pandemia: *“Ecos de la pandemia: duelos y pérdidas”*. El mismo fue abordado por una profesional que desempeña su trabajo en Hospital de Día. Para dar inicio al ateneo, decidió compartir el caso de una paciente de 70 años, ama de casa y con 2 hijas. Perdió a su esposo durante la pandemia, quien se contagió de Covid-19, estuvo internado 2 días y falleció. Comentan que la paciente manifestaba sentimientos de culpabilidad, sobre todo por no haber podido despedir a su esposo, el cual falleció solo. Se encontraba muy angustiada, no se quería levantar de la cama, ni siquiera recibir a su hermano, pero más allá de las emociones y el estado que puede provocar en uno mismo, la muerte de una persona significativa, la paciente comenta que en la casa siempre había un ritual de cuidados para evitar contagiarse del virus, con lo cual, con el tiempo dejaron de juntarse con los amigos, a pesar de que cuenta eran dos personas muy sociables, conformando un aspecto que da cuenta de una primera pérdida que sufrió la pareja.

Por otra parte, surgió la idea de pensar en la importancia que tienen los rituales de despedida de una persona, como lo es el velatorio, y como, con el aislamiento y los protocolos de cuidados durante la pandemia, tantas personas se quedaron sin poder realizar este ritual, el cual, en parte, habilita a que la persona pueda duelar y que, como mencionó uno de los profesionales, esa angustia se transforme en dolor, pero acompañado de otros. Sin embargo, me pareció importante resaltar la compañía de su hija, que vive en el exterior y con quién se comunica y almuerza todos los días, para el atravesamiento de este proceso de duelo, quien actúa como un factor protector, así como lo es el acompañamiento de las personas del entorno cercano en la despedida de un ser querido.

Más adelante se formó un ciclo de ateneos que los profesionales denominaron: “*Malestares actuales: consumos, cuerpos y goces*”. Entre ellos, nos encontramos con algunos de carácter intrainstitucional y otros abiertos al público.

En cuanto a los encuentros intrainstitucionales, me interesa destacar uno que se basó en la temática: “*Terapias lúdicas en los encuentros por zoom*” y fue llevado a cabo por las coordinadoras de Hospital de Día, poniendo en evidencia el aspecto lúdico de los tratamientos en pacientes que participan de los talleres de dicho dispositivo, a partir de la propuesta de una actividad (para llevarla a cabo con los integrantes del ateneo) similar a la que se suelen llevar a cabo con los pacientes.

Con respecto a los encuentros abiertos al público en general, la clínica recibió al equipo de la “Fundación Sistere”, una entidad sin fines de lucro, con una historia de formación de acompañantes terapéuticos, dictado de seminarios, cursos de formación, formado por un equipo interdisciplinario. Algunos integrantes del equipo presentaron un caso clínico dando cuenta de las entrevistas que llevaron a cabo y los datos que se recabaron con respecto a su problemática, los profesionales que lo atendieron y cómo abordaron el caso, haciendo foco en la importancia del trabajo interdisciplinario y dando cuenta de la necesidad de abordarlo atendiendo a la complejidad del mismo.

8.1.2 ENTREVISTAS

A partir del segundo semestre del año, logramos incorporar las entrevistas virtuales con los profesionales de la clínica. Entre los profesionales entrevistados encontramos a la referente del Área Infanto-Juvenil; a la coordinadora de Hospital de Día; a una serie de psicólogos que desempeñan su trabajo en el sector de Internado, Consultorios Externos; a una médica especialista en psiquiatría; entre otros.

Si bien cada uno de ellos nos brindó información relevante para el conocimiento de la clínica y sus respectivas áreas, me resultó interesante resaltar la entrevista con la coordinadora de

Hospital de Día. A palabras de la referente, *“se trata de una modalidad intermedia entre una internación y el tratamiento que uno ofrece por consultorio externo”*. En la presencialidad, el paciente asiste algunos días de la semana, hace actividades recreativas e inclusive se les da el desayuno y el almuerzo. La profesional comentó que suelen trabajar con grupos de 10 pacientes donde realizan actividades como manualidades, actividad física, talleres de música, de estimulación cognitiva y reflexión.

Expresó que para ingresar a Hospital de Día se realiza una entrevista de admisión, y está destinado a *“pacientes con diagnóstico de psicosis, esquizofrenia y trastorno de bipolaridad estabilizados, que no representan un riesgo para sí mismos ni para terceros”*. A pesar de mencionar, que a lo largo del tiempo se han incorporado otros pacientes con diagnósticos de depresión y retraso mental leve.

Manifestó que en el dispositivo trabaja un equipo de profesionales, una psiquiatra, una nutricionista, una enfermera, las talleristas, una psicóloga, dos profesoras de gimnasia y un acompañante terapéutico. El objetivo del dispositivo, según la referente, es prevenir la desestabilización, de los pacientes, reinternaciones o internaciones. Trabajando especialmente sobre dos pilares fundamentales, *“la resocialización, que tiene que ver con la integración grupal social y la rehabilitación, también importante para conectar al paciente con sus potenciales sanos, con sus recursos creativos”*.

Por otra parte, quise resaltar algunos aspectos de la entrevista con una psicóloga que trabaja en distintas áreas de la clínica, entre ellas Consultorios Externos, forma parte del equipo del Internado y atiende a algunos pacientes de Hospital de Día. En lo que respecta a Consultorios Externos PAMI, la profesional comenta que atiende un promedio de 20 pacientes diarios, a los cuales llama por teléfono. Observa que hay una mayor demanda por parte de ellos, *“uno los siente como más demandantes”*, manifiestan querer verla más de seguido, querer ir presencial, inclusive comenta que atiende a una paciente de forma presencial *“porque no hay manera de sostenerla virtual”*.

Además, cuenta que antes de la pandemia se trabajaban posibilidades de inserción en otros ambientes y actualmente las temáticas rondan más en torno a lo que ocurre con la pandemia de Covid-19. Aparece información acerca de si se pusieron la vacuna o no, o el malestar que les genera

no poder ver a sus hijos y nietos por querer cuidar a sus padres del contagio. Algunos se centran más en cómo se están moviendo, cómo la pandemia les cambió el ritmo y cómo lo van compensando con otras actividades, y para otros, *“la pandemia es un detalle de color dentro de su discurso”*. A su vez, cuenta que, de 20 tal vez 5 pueden llegar a ser pacientes nuevos. *“Se reincorporaron pacientes que hace un montón no veía”, “otros no entendieron la modalidad de trabajo...antes éramos nosotros quienes dábamos los turnos y ahora son las secretarias quienes lo manejan”*, por lo tanto, expresa que algunos se adaptaron más rápido y otros no.

Por otro lado, expresa que su “speech” para iniciar el primer contacto con el paciente es: *“hola, soy la licenciada..., psicóloga de la Clínica Saint Michel, hoy Usted había sacado un turno para psicología...”*, intentando generar confianza en sus pacientes, y expresa: *“agradezco que me tengan buena fe y que tengan que hablar conmigo sin estar seguros de quién soy”, de todas formas “algunos me han preguntado si podemos reunirnos y vernos cara a cara, lo cual me parece perfecto”*. Es así que vimos cómo la demanda de ver al otro cara a cara es recurrente, lo importante de la presencia del cuerpo en las sesiones con estos pacientes.

Asimismo, menciona que cuando escucha un caso grave, intenta comunicarse con el psiquiatra, además, intenta leer la evolución previa escrita en las historias clínicas para ver como lo evaluó el psiquiatra y si ella observa o le transmite lo mismo, expresando al respecto: *“el trabajo en equipo me parece muy rico”*. Finalmente, entrevistamos a un psicólogo, que al igual que la profesional mencionada anteriormente, lleva a cabo su labor en el sector de Internado, y en Consultorios Externos, atendiendo a particulares, obras sociales y PAMI.

Con respecto a Consultorios, el profesional expresó que, con el inicio de la pandemia, muchos pacientes no quisieron seguir mediante la modalidad telefónica o virtual, sobre todo pensando en que no iba a durar mucho, pero *“cuando se empezó a poner larga la situación, se empezaron a comunicar de vuelta y se empezó a armar de vuelta el turnero...igual o con mayor demanda... y empezaron a haber más sobretornos”*. *“La durabilidad con o sin pandemia es relativa, yo aproximadamente tengo entrevistas de 20-25 minutos, hay algunas más cortas, otras más largas...algunas de 5-10 minutos, otras de 45, eso previamente nunca lo sé”*. La necesidad de sobretornos es una demanda de los pacientes que se repite tanto en la atención de las psicólogas pasantes, como en ambos entrevistados. Opina que la clínica es muy humana en el sentido de los

sobretornos y lo permite, cuenta que si ve un paciente de PAMI con el que considera tiene que tener una entrevista pronto, se comunica antes de su próximo turno.

Siguiendo con lo que el paciente demanda, comenta que traza una diferencia entre aquellos pacientes que ya estaban bajo tratamiento, con respecto a aquellos a los que ve por primera vez, según el profesional, estos últimos son más resistentes a la modalidad telefónica y expresan: *“no sé con quién estoy hablando”*, es por eso que optó por comunicarse desde su teléfono particular y cambiar su foto de perfil para que al menos puedan ver su cara, como una manera de *“aproximarse a esa demanda de saber con quién están hablando, porque no todos entendemos de la misma manera el tratamiento”*. Se puede ver cómo ambos profesionales detectaron la necesidad del paciente de conocer sobre todo las caras de los profesionales tratantes y buscaron la manera de suplir la ausencia del cuerpo, de la presencialidad. A su vez, y en relación al cuerpo, comenta que a veces accede a una videollamada con el paciente pero que depende del día y la cantidad de pacientes que estén anotados para ese día, ya que comenta: *“me parece muy agotadora la videollamada, sostener la mirada, la atención...”*.

En relación a cómo abordar una sesión con un paciente PAMI, el profesional cuenta que, en principio, cuando se encuentra demorado, generalmente a los pacientes que ya están bajo tratamiento les envía un mensaje para avisar que está demorado. En cuanto al inicio de la sesión expresa: *“buenos días, soy el Lic. ..., lo estoy llamando de la clínica, hay acá asignado un turno, ¿es usted...?”*, *“¿cómo la nombran?”*, *“cuénteme su motivo de consulta”*. Además, pregunta si lo ha derivado el psiquiatra o si ha solicitado un turno por cuenta propia.

8.1.3 TALLERES

Desde la institución se nos dio lugar a la participación de los talleres de Hospital de Día, con el objetivo de tener un contacto más directo con los pacientes de la clínica, conocer acerca de las actividades que realizan, cómo trabajan, cómo se vinculan entre ellos, etc.

Debido a la pandemia, y subsecuente aislamiento, el dispositivo tuvo que modificarse. Por lo tanto, pasó de realizarse de manera presencial (en la institución), a efectuarse de manera virtual (vía zoom), todas las semanas, los martes y jueves de 11:00 a 11:45 de la mañana, con la participación de alrededor de entre 12-13 pacientes aproximadamente y las profesionales encargadas de la coordinación del mismo.

Durante los talleres se realizan actividades lúdicas como el Tutti Frutti, el Bingo, Adivinanzas, canto, baile, entre otras, con el objetivo de que los participantes puedan estimular sus funciones cognitivas, alimentar la imaginación, la creatividad, entre otras; y gimnasia, donde se trabajan distintos ejercicios que permiten la movilidad de los músculos, las articulaciones, tanto del tronco superior como inferior, buscando actividades que sean dinámicas, incluyendo objetos como sillas, botellas de agua, palos de escoba, etc. Se busca que los pacientes se mantengan en movimiento, fomentando la continuidad de las actividades que se trabajan en el taller para la vida cotidiana.

A principios de octubre, luego de haber participado de 11 encuentros aproximadamente, preparamos con mi compañera de prácticas, dos talleres. El primero consistió en un juego de “Adivinanzas” y el segundo se trató del “*Dígalo con mímicas*” con la temática: profesiones.

Cabe destacar, que pensar la actividad fue un desafío, ya que queríamos proponer una actividad que no hayan hecho antes, teniendo en cuenta, a su vez, que sea factible de realizarla a través de las reuniones por zoom, y se adapte a la población que participa, sin descuidar, asimismo, sus propios intereses. Por otro lado, personalmente, la idea de coordinar un taller me generaba muchos nervios, de hecho, esos nervios se mantuvieron al inicio y durante el mismo, ya que me encontraba expectante sobre si les estará gustando o no la actividad, si se sentirán cómodos, qué pensarán, etc. Sin embargo, el hecho de haber compartido y generado un vínculo de confianza con ellos a lo largo del semestre, me permitió disfrutarlo, resultando una experiencia positiva y enriquecedora.

8.1.4 SUPERVISIONES DE CASOS CLÍNICOS

Inicio de la actividad

La referente de la institución nos ofreció la oportunidad de presenciar las supervisiones de casos clínicos que ella misma coordinó. Los mismos fueron llevados a cabo de manera virtual, los viernes de cada semana antes de los ateneos, para psicólogas pasantes que se encontraban realizando la especialidad en Psicología Clínica en la Universidad Nacional de Córdoba y se dedicaron a la atención psicoterapéutica de personas afiliadas a la obra social PAMI, mediante una modalidad telefónica. Mientras mi compañera y yo, tuvimos participación, no solo a través de la escucha de las experiencias de las profesionales y el aporte de la coordinadora, sino también a partir de la contribución de nuestra perspectiva acerca de los casos.

La primera etapa del año, el grupo de supervisión se encontraba formado por la referente de la institución, mi compañera de prácticas y dos psicólogas pasantes, R. y C. Uno de los primeros casos que nos comentó una de las pasantes se trataba de una mujer de 81 años, maestra, con una historia de violencia producto de la cual nace su primer hijo, a los 17 años. Fue diagnosticada de depresión y se encontraba muy angustiada.

El caso nos hizo reflexionar, pensar no solo acerca de las situaciones personales que vive en su casa, con su familia sino también la situación sanitaria que estamos viviendo, el miedo, el aislamiento y cómo el contexto en el que nos encontramos y la forma de vivir lo que nos sucede, afecta al cuerpo, esa confluencia de situaciones que aparece en forma de depresión, de angustia.

La misma nos comentó que trató de hacer foco en sus fortalezas, el hecho de *“haber criado a su hijo sola”*, recalcando que *“la pandemia nos afectó a todos”*. Al respecto, la referente mencionó la importancia de los lazos sociales, de preguntar si tiene amigos, de quiénes se rodea, poniendo sobre la mesa la importancia del otro, de alguien que nos acompañe en el transcurso de la vida, enfatizando este hecho como un dato clínico importante.

Otro dato interesante que surgió fue sobre la dinámica con la que se manejan en el dispositivo PAMI, a palabras de la pasante: *“los pacientes se comunican con la institución para sacar un turno y luego son los psicólogos los encargados de llevar adelante las sesiones, y de llamar a los pacientes en cada una de las sesiones”*. Además, nos comentó que los pacientes ingresan por psiquiatría, donde se les da un diagnóstico para que la obra social cubra el tratamiento.

Momento de definir un eje de sistematización

Con la información recolectada a partir de las entrevistas y la participación en estos espacios de supervisión de casos clínicos, logramos definir, poco a poco, el eje y los objetivos de sistematización. Los casos presentados por las psicólogas y el intercambio de comentarios en estos espacios, nos permitirían ahondar en aspectos relacionados al encuadre y al modo particular de abordar los casos con estos pacientes.

En cuanto a los casos compartidos en las reuniones, una de las psicólogas pasantes menciona acerca de mujer que cuenta acerca un abuso que sufrió de niña. En ese momento presentaba ataques de pánico y dificultades para mantener relaciones sexuales con su esposo. Sin embargo, lo que ocupaba un lugar central en la sesión era la temática de un abuso del que manifestaba no recordar mucho. Es así, que la referente le sugirió cambiar el enfoque, ahondar más acerca de ella, de su vida, las actividades que realiza, *“ella viene a buscar un espacio para hablar”*, insiste en hacerle hablar de otras cosas, en escuchar, buscar derivas *“quien es Usted, a que se dedica, dónde vive, qué le gusta hacer”*, pero además, *“a qué viene”*, como una forma de reenfocar la sesión a su motivo de consulta inmediato.

Asimismo, las psicólogas comentaron que hay pacientes que no quieren atenderse de forma virtual, que, inclusive, les piden el número de teléfono personal. A su vez, ante la pregunta de cómo arman el encuadre, la pasante responde: *“me tomo unos minutos para leer la historia clínica. Le pregunto cómo se ha sentido, por qué pregunta hoy, cuál es su motivo de consulta”*, notando el modo que tiene dar inicio a la primera entrevista con el paciente.

Seguidamente, la referente recalcó algunos datos importantes a tener en cuenta para las sesiones. En primer lugar, que “*es una terapia de objetivos limitados, nos centramos en los puntos de urgencia*”. Por otro lado, remarcó la importancia de informar a sus pacientes que son psicólogas pasantes, que van a trabajar una determinada cantidad de meses y en el caso de que tengan que continuar la terapia, lo harán con otro colega, y ese colega puede ser el pasante que sigue. Así como también, le referente les recomendó que cuando dejen de atender a los pacientes, realicen un informe diciendo: “*se trata de tal paciente, que le pasa tal cosa, estamos trabajando de esta manera...*”. A su vez, les sugirió hacer una lista de aquellos pacientes que consideran deberían seguir, mencionando aspectos que recomendarían seguir trabajando, “*vínculos, autonomía, duelos...*”.

Nuevas incorporaciones y pasajes

A partir del mes de agosto, la clínica recibió a dos nuevas psicólogas pasantes que se encontraban realizando sus prácticas en el marco de la especialidad en Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Córdoba y que pasaron a ocupar el lugar de aquellas profesionales que se hallaban finalizando sus prácticas y que venían trabajando desde el mes de marzo con los pacientes PAMI. Asimismo, una semana después, le dimos la bienvenida a los espacios de supervisión a dos alumnas pasantes que se encontraban realizando las prácticas profesionales supervisadas en la clínica para obtener el título de grado en Psicología, de la Universidad Siglo XXI, quienes ocuparon un rol de observador participante al igual que mi compañera y yo.

El reemplazo mencionado anteriormente se dio de forma gradual, la segunda semana de septiembre finaliza C, una de las psicólogas pasantes, para darle lugar a la psicóloga pasante A., quien inmediatamente inicia la atención el día viernes de la semana siguiente. Luego, a principios del mes de octubre, R., asiste a su última reunión de supervisión y termina su práctica, por lo que, L., a quien se le transfirieron los pacientes, inicia la atención la semana siguiente a la misma. A este proceso, la referente de la institución lo denominó “*pasaje transferencial*” o “*transferencia*”.

express”, en el que les recomendó a las psicólogas que evalúen qué pacientes consideran que, por su situación actual, necesitan continuar en el proceso psicoterapéutico.

Este pasaje transferencial implica un proceso en el que, previamente a la finalización de la atención, las profesionales tienen que comunicar a los pacientes el tiempo durante el cual estarán trabajando con ellas, la modalidad de trabajo, cómo y con quién continuaran la terapia de ser necesario, es decir, tendrá que estar establecido dentro del encuadre de trabajo. Asimismo, A., una de las pasantes, luego de haber iniciado la atención psicoterapéutica a estos pacientes que le fueron transferidos, comenta: *“los pacientes confían y dicen: bueno, sigo con vos”*.

Sin embargo, gracias a la experiencia que comentaron las pasantes, nos dimos cuenta de que es un proceso en el que no siempre todo se da de manera óptima, como en el caso anterior, sino que también se presentan situaciones como las que manifiesta una de las psicólogas, en las que no pudo despedirse formalmente de algunos pacientes, debido a que, al no haber sacado más turno, no tuvo la oportunidad de aclarar con quién seguiría trabajando en caso de volver a terapia.

A su vez, este pasaje, que para el paciente implicó un cambio de terapeuta, dio lugar a distintas reacciones que se pusieron de manifiesto en las experiencias que nos transmitieron las pasantes. Por un lado, una de ellas comenta que algunos simplemente *“atienden y hablan como si fuera C. (la terapeuta anterior)”*. Por otro lado, una de las pasantes nos trajo el caso de una paciente a la que le resulta difícil que el dispositivo funcione de manera telefónica, demandando presencialidad, sin embargo, un dato no menor de esta paciente es que ya sacó varios turnos, cada 15 días, es decir, es difícil sostener la virtualidad, pero no imposible. Esta demanda aparece en varios casos que nombraba en otros momentos de la recuperación, de la que manifiestan tanto las pasantes, como los profesionales entrevistados que trabajan en el dispositivo.

Asimismo, una de las pasantes nos comentó el caso de una paciente que demanda la asistencia de una psicóloga fija, que la atienda de forma permanente. Al respecto, la referente institucional expresó que estas situaciones obturan el pasaje transferencial, y a mí me llevó a pensar en qué habilidades necesitará el psicólogo que se encuentre ante estas situaciones y que le permitan manejarla, me pregunto si será un obstáculo que se juega en el inicio de terapia, de lo que le genera el encuentro con una nueva terapeuta, y si esta demanda del “terapeuta fijo” se podrá flexibilizar en cuanto se genere una transferencia entre esta paciente y su terapeuta, en el que encuentre un

espacio y una persona con la que se sienta en confianza para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico.

Especificaciones hacia el final de la práctica

En cuanto al encuadre que se construyó en este dispositivo, podemos decir que hubo aspectos formales que permanecieron estables, pero hay otros que adquirieron una dinámica particular, que tuvieron que ver no solo con la demanda de los pacientes, como la necesidad de llevar a cabo un encuentro presencial, sino también la demanda que provino de las personas que conviven con estos pacientes. Un caso que da cuenta de esto es cuando una de las pasantes comenta que cuando llama al teléfono de la paciente, atiende su esposo y le dice: *“pero vos siempre le preguntas a mi esposo por el presente y ella tiene cosas del pasado que resolver”*, como si la demanda fuera de su esposo, pensamos. Sin embargo, no parecía ser un hecho aislado, *“a mí también me pasa”* dice A. Podría considerarse una particularidad que trajo consigo la virtualidad y el hecho de no mantener un encuentro a solas con el terapeuta en el espacio del consultorio como solía ser antes de la pandemia, que, a su vez, trae problemas durante la conexión telefónica, en donde algunos pacientes manifiestan escuchar mucho eco en la llamada, generando ciertas dificultades en la comunicación.

Con respecto al tiempo máximo de atención que desde la institución se establece para dicho dispositivo (30 minutos aproximadamente), las pasantes comentan que para algunos pacientes media hora es mucho y para otros poco, así como *“parece que a algunos les pones play y largan todo”*.

Por otro lado, las profesionales comentan que asistieron a la consulta pacientes que no fueron con el objetivo de realizar una terapia, sino que más bien se trata de pacientes judicializados que son enviados a consulta, como el caso de un paciente que comenta R.: *“solicita un informe para presentar al juzgado”*. Según la experiencia de las profesionales, en algunos casos se puede generar una demanda que permita iniciar un proceso terapéutico, y en otros casos no. Lo que me interesó destacar en este punto es cómo se da respuesta a esta demanda particular. Ante el

desconocimiento de las pasantes sobre cómo proceder en estos casos, la referente de la institución expresa que: *“si es judicial algo hay que decir, por eso hay que ver quién lo pide y para quién”, “si hay un informe judicial tienen que poner un diagnóstico...hacer el informe en conjunto con el psiquiatra que lo atiende”. “Si hay un oficio hay que responder con lo que pidan”.*

En otra ocasión, un pasante consulta sobre un paciente que solicita un certificado para presentar ante el juzgado. En estos casos, se pone, según la referente de la institución: *“fulano de tal ha asistido a consulta, nada más”*, agregando que es muy común en las admisiones, los pedidos de tratamiento porque los mandan, entonces vienen a cumplir *“tratamiento por encargo”*. Por tal razón, en el certificado que demanda el juzgado se pone que el paciente ha ido a una consulta el día tal, y así cada vez que vuelva a consulta, porque generalmente, dice la referente, no se arma una terapia.

Por otra parte, me resultó interesante poder identificar aspectos relacionados al abordaje de los casos que plantearon, tanto las alumnas pasantes como la referente de la institución, y cómo atravesaron contratranferencialmente este proceso de atención psicoterapéutica.

En varias ocasiones la referente institucional expresó *“cada entrevista es única y capaz que lo vas a ver 4 o 5 veces”*, que a pesar de ser una particularidad del dispositivo en sí y de la población que asiste, conlleva a pensar una manera específica el abordaje de los casos, en este caso la referente sugiere *“ir al hueso de la entrevista, a la urgencia”*.

Asimismo, una de las pasantes que se encontraba a punto de finalizar su pasantía, manifiesta no saber qué hacer con una paciente que quiere seguir la terapia, pero considera que los objetivos establecidos ya se cumplieron. Seguidamente, cada una aportó su perspectiva acerca de la situación. La mirada común se centró en identificar y dar espacio a la demanda, ya que, como dice la referente, estamos frente a *“una clínica que aloja al sujeto”*. Además, surge la idea de indagar acerca de aquello que la hace querer continuar o no poder dejar la terapia. Teniendo en cuenta que estamos frente a una demanda, de seguir hablando, de prestar la escucha. Así como también, *“tenemos que estar atentos, con la escucha en búsqueda de significantes que se repiten”, “uno abre el significante para que el otro hable”*, expresó la referente.

Por otro lado, surgió en una de las pasantes cuestiones relacionadas a esta modalidad de atención que trajo la pandemia, quien expresa: *“el no tener visual a mí me cambia el paradigma completamente”*. Se pone en juego la escucha, se afinan los sentidos, *“uno empieza a registrar otras cosas, como el tono de voz”*. Estos relatos de las experiencias y lo que les genera subjetivamente a las profesionales, me llevó a pensar sobre el desafío que implica llevar a cabo un proceso de atención psicoterapéutica a un paciente en estas condiciones, en este contexto, y las habilidades que se requieren poner en juego y desarrollar para generar condiciones propicias para el trabajo.

Finalmente, a las pasantes que finalizaron sus prácticas brindando atención psicoterapéutica a los pacientes PAMI, como mencionaba anteriormente, se les solicitó, desde la institución, un informe con la historia clínica de cada uno para que quede a disposición tanto de la clínica (por una cuestión de formalidad), como de las nuevas terapeutas. Con el objetivo de profundizar en dichos casos clínicos y poder llevar a cabo un análisis de los mismos, las profesionales nos enviaron, a través de WhatsApp, las historias clínicas de los pacientes a los que asistieron, tomando las precauciones necesarias y atentas a respetar los aspectos éticos que se ponen en juego en el ejercicio, no solo de la profesión sino también de la práctica, intentando mantener sobre todo la confidencialidad.

8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA

8.2.1 Caracterizar el dispositivo de atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI.

En el siguiente apartado se busca caracterizar la implementación del dispositivo de atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI durante el año 2021. Se distinguen las características del dispositivo antes de la pandemia de Covid-19; las modificaciones sufridas durante la misma; y su configuración a partir de las pasantías y los espacios de supervisión de casos clínicos que ofrece

la institución. Para ello, se toma en consideración la información recabada a partir de entrevistas virtuales a los profesionales de la clínica y los registros de la participación en el espacio de supervisión de casos clínicos. Se analiza la información en función del material recopilado en la perspectiva teórica.

Características del dispositivo previo a la pandemia de Covid-19

La Clínica Privada Saint Michel brinda un gran abanico de servicios y áreas para la atención de sus pacientes, entre ellos, encontramos la atención de psicoterapia individual a través de Consultorio Externo. Asimismo, la institución es prestadora de diversas obras sociales, entre ellas, PAMI. A palabras de la referente de la institución: *“PAMI es como una entidad autónoma dentro de la clínica, es un servicio que funciona como PAMI lo exige”* (Profesional N°1, 27/05/2021). Para la atención de sus afiliados, PAMI exige a la clínica que disponga de un área destinada a consultorios para la atención de sus afiliados, es por ello, que la profesional menciona: *“hay toda un ala de la clínica destinada a pacientes PAMI”* (Profesional N°1, 27/05/2021).

En este contexto, resulta relevante mencionar que el dispositivo es una red que se establece entre un conjunto de elementos heterogéneos, en este caso, podemos pensar que, para la conformación de este dispositivo, se establece una red entre la Clínica Saint Michel como prestadora del servicio de atención ambulatoria a una población determinada, es decir, a los afiliados a PAMI; y la institución PAMI en sí misma, con la que establece convenio, la cual, a su vez, determina algunos requisitos que debe cumplir la clínica para ser prestadora de dicha obra social, tales como disponer de un espacio, o *ala*, como menciona la profesional N°1, destinada exclusivamente para la atención de sus afiliados (Foucault, 1977, citado en Agamben, 2014).

En relación a la población a la que va destinado el servicio, los profesionales psicólogos de la clínica expresan: *“no son todos adultos mayores, ni todos jubilados, pero la gran mayoría adulta mayor”* (Profesional N°2, 01/08/2021). Esto quiere decir, que: *“hay hasta niños que pueden tener PAMI, puedes ser hijo de una persona con alguna discapacidad o excombatiente y los hijos tienen PAMI”* (Profesional N°1, 29/08/2021). Es decir, la gran mayoría de las personas que consultan por

el servicio son adultos mayores. *“El 90 por ciento de la población que consulta es de tercera edad”* (Profesional N°11, 15/10/2021). Sin embargo, según lo que menciona la profesional N°1, las personas que se benefician de dicha obra social, pueden pertenecer a un rango etario variado.

El ingreso del afiliado a la institución se realiza mediante una entrevista de admisión. El mismo es recibido por un médico psiquiatra, *“donde se le hace una valoración psiquiátrica y se les da un diagnóstico para que la obra social cubra el tratamiento, luego, el psiquiatra deriva al paciente a un psicólogo”* (Profesional N°1, 30/07/2021). A esto último, una de las profesionales agrega: *“el psiquiatra, según el motivo de consulta, ve si es para consulta con psiquiatría y psicología, solamente psiquiatría, o solamente psicología”* (Profesional N°12, 06/08/2021). Sin embargo, los pacientes pueden llegar a la consulta psicológica a través de la derivación directa de un profesional, tal como comenta la misma: *“otros me llegan porque el psiquiatra después de verlos los manda a psicología, pero ya desde derivación directa, no desde admisión”* (Profesional N°12, 06/08/2021).

A partir de lo mencionado por los profesionales, podemos ver que hay dos vías por las cuales el afiliado puede llegar a consulta con el psicólogo. A través de admisión o derivado directamente por el psiquiatra que lo está atendiendo. Cabe resaltar que, según Rubinstein (1996), la entrevista de admisión es:

La entrevista que se realiza a todo paciente, que ingresa al servicio por primera vez, la que se utiliza para registrar datos de filiación, motivo de consulta y elaborar un diagnóstico presuntivo, a fin de establecer si corresponde, 1- su ingreso al servicio y posterior derivación al tratamiento adecuado, 2- su derivación a otros servicios hospitalarios, 3- no requiere tratamiento alguno. (p.1)

En este caso, podemos decir que el psiquiatra entrevista al paciente con el objetivo de recoger sus datos personales y de motivo de consulta, realizar una valoración diagnóstica, que en este caso se trata de un requisito obligatorio para que la obra social, PAMI, cubra el tratamiento posterior, y, finalmente, definir su posterior derivación al servicio adecuado.

Por otro lado, la referente de la institución menciona: *“son pacientes que le corresponden a la cápita de PAMI, la cual hay que cubrir”* (Profesional N°1, 27/05/2021). Esto quiere decir, que, el número de afiliados que potencialmente pueden atenderse en cada prestador se multiplica

por un monto fijo llamado cápita y el total es lo que PAMI transfiere mensualmente a las prestadoras para dar un servicio a los afiliados. Por lo tanto, podemos inferir que, ante la obligación de cubrir esa cápita, la clínica debe recibir y brindar sus servicios a una cantidad mínima de afiliados. Según manifiestan los profesionales, es un servicio que tiene una sobrecarga de pacientes por profesional, por lo tanto, deben asistir a muchos pacientes en poco tiempo.

En este marco, la institución determina que la duración de cada sesión de psicoterapia debe ser de 30 minutos aproximadamente. La frecuencia de entrevistas suele ser cada dos semanas, o un mes, sin embargo, las secretarías agendan los turnos en función de la disponibilidad del momento. En relación a esto último, una de las profesionales expresa: *“nosotros le podemos decir, lo veo en 15, 20 días, pero el turnero lo arma la secretaria, les dan turno cuando hay lugar”* (Profesional N°12, 30/07/2021). Por otro lado, a causa de la alta demanda de pacientes que consultan y debido a que se trata de sesiones breves en tiempo, *“la clínica permite mucho el sobretorno”* (Profesional N°2, 13/08/2021), lo cual implica que, entre una sesión y otra, se les brinda un turno extra de 10-15 minutos, en función de la necesidad y demanda del paciente.

En este sentido, Vainer (2009) expresa que la instalación del dispositivo implica el establecimiento de ese encuadre que va a funcionar como marco que propicia las condiciones de posibilidad del espacio psicoterapéutico. En este caso, la frecuencia con la que se llevan a cabo las sesiones con los pacientes, así como la duración de las mismas, y la posibilidad de ubicar a un paciente en un sobretorno, forma parte de las condiciones que la institución determina para la conformación del encuadre de trabajo que se va a establecer entre paciente y terapeuta. Podemos pensar que la clínica se ve ante la necesidad implementar un dispositivo psicoterapéutico cuyo encuadre haga posible llevar a cabo un proceso psicoterapéutico.

En esta línea, la referente de la institución agrega: *“es una terapia de objetivos limitados, nos centramos en los puntos de urgencia. Cada entrevista es única, capaz que los vas a ver 4 o 5 veces. Es ir al hueso de la entrevista, a la urgencia”* (Profesional N°1, 30/07/2021). En función de lo que menciona la profesional, podemos inferir que, debido que son personas que asisten 4 o 5 veces a la consulta (varía en función de cada caso), se requiere poner en marcha una terapia breve. En concordancia con ello, podemos inferir que el enfoque es el de una psicoterapia dinámica breve, ya que se busca el establecimiento de objetivos terapéuticos limitados, tal como menciona la profesional, y centra la labor psicoterapéutica en la superación de los síntomas y problemáticas

actuales que implican al paciente, a partir de la identificación de sus necesidades más o menos inmediatas, o puntos de urgencia que aparecen en la entrevista (Belaunde de Trelles, 2000, en Miari y Fazio, 2017). En este contexto, podemos decir que el psicólogo va a moldear el dispositivo como un artesano, en función de la demanda y necesidad de cada paciente, pero sobre todo de los requisitos institucionales (Carpintero, 2015).

Modificaciones del dispositivo durante la pandemia de Covid-19

El dispositivo de atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI es uno de los servicios que sufrió modificaciones con el inicio de la pandemia y consiguiente aislamiento. Por decisión de PAMI, la atención psicoterapéutica pasó a llevarse a cabo de manera telefónica. Es decir, más allá de que las diversas áreas de la clínica, incluyendo Consultorios Externos de otras obras sociales, hayan sufrido modificaciones para hacer frente a las demandas que impuso la pandemia de Covid-19, las decisiones en lo que respecta al dispositivo de PAMI, fueron dictadas desde la misma obra social. Por lo tanto, la institución y sus profesionales debieron instalar el consultorio virtual-telefónico para dar continuidad al proceso psicoterapéutico en nuevos espacios de contención, apoyo y escucha (Gómez, 2020).

Para instalar esta nueva modalidad de atención a distancia, la institución cumple un rol fundamental:

En la clínica hay un área de ingeniería que se dedica a instalar aplicaciones, entonces ellos te llaman, se conectan de manera remota a tu computadora y te instalan una aplicación [...], después te sale como un teléfono en la pantalla, marcas el número del paciente y lo llamas. Al paciente le figura como si fuera un número interno de la clínica, no tu número de celular, y lo llamas desde la computadora, pero te tenés que conectar con auriculares, porque si no, no tiene muy buen audio [...]. (Profesional N°9, 23/07/2021)

Asimismo, la referente de la institución comenta: *“los psicólogos son los encargados de llevar adelante las sesiones y de llamar a los pacientes en cada una de ellas”* (Profesional N°1, 04/06/2021).

En este sentido, según lo que menciona la profesional N°9, el soporte material del encuentro entre paciente y terapeuta, es el teléfono el caso del paciente, y la computadora en el caso del psicólogo (Carlino, 2010). Por lo tanto, este último, será el encargado de llamar, a través de la computadora, a los pacientes en cada una de las sesiones, tal como lo expresa la profesional N°1. Podemos ver que el crecimiento de las nuevas tecnologías y la informática juegan un papel inspirador y estimulante para la implementación de este nuevo dispositivo de abordaje clínico que se lleva a cabo fuera del consultorio analítico tradicional (Carlino, 2000).

Por otro lado, la institución creó un Comité de Emergencia para cumplir con los lineamientos y recomendaciones propuestas por la OPS, OMS, Ministerio de Salud de la Nación, entre otros organismos, con el objetivo de cuidar a todos sus usuarios y personal de la misma. Una de las medidas tomadas por el mismo, fue poner el foco en la atención online (COE). Es por ello que, tanto las entrevistas de admisión de afiliados de PAMI, como la administración de los turnos, pasaron a realizarse de manera online. En relación a este último, la referente de la institución comenta: *“los pacientes se comunican con la institución para sacar un turno”* (Profesional N°1, 04/06/2021).

Profesionales pasantes y supervisiones clínicas

La clínica mantiene convenios con distintas universidades de la Ciudad de Córdoba, entre ellas, la Universidad Nacional de Córdoba, donde ofrece un espacio de pasantías a profesionales Licenciados en psicología, matriculados, para llevar a cabo la atención psicoterapéutica individual a personas que asistan al dispositivo, de la misma manera que el resto de los profesionales de la clínica que trabajan con PAMI. Sin embargo, la institución ofrece a las profesionales pasantes un espacio de supervisión grupal virtual de casos clínicos, como parte de la pasantía, donde pueden

presentar sus casos, intercambiar perspectivas y despejarse dudas en relación al abordaje de los mismos.

En este sentido, Rochkovski (2016) define al acto de supervisar como la escucha a un psicoterapeuta que se encuentra en formación y/o que demanda otra visión para desarrollar su capacidad terapéutica mediante la investigación de lo ocurrido durante las sesiones, del juego de transferencias y contratransferencias, del vínculo entre supervisando y paciente y de las patologías puestas en juego. Se trata de un espacio donde se trabaja con lo ocurrido en otro espacio, es decir, en la consulta del paciente con el supervisando, en el que el supervisor le va a aportar, no una visión superior, sino otra visión del trabajo clínico llevado a cabo por el supervisando. Me interesa destacar estos espacios de supervisión como parte del entramado constituyente que configura el dispositivo PAMI (Mauer et al., 2018). Asimismo, desde el paradigma de la complejidad, podemos pensar a estos espacios como una forma de aproximarnos a la clínica contemporánea, donde se apunta a lograr una mirada más amplia y compleja de los casos, apelando a la diversidad, a partir, no solo de la transmisión de la experticia de la psicóloga encargada de la supervisión, sino también, de los aportes de las integrantes del grupo en general (Morin, citado en Fiorini et al., 2018).

Asimismo, durante las supervisiones, la coordinadora de pasantías y supervisora, solicita a las psicólogas pasantes la elaboración de la historia clínica de cada persona que atiendan, de modo que, una vez que un grupo de profesionales finaliza su pasantía, esta quede a disposición de la institución en forma de documento escrito en papel. Además, este archivo será de utilidad para las profesionales que continúen asistiendo a dichas personas. Por otro parte, se les pide a las profesionales una lista de pacientes que, según su criterio, necesiten continuar terapia, incluyendo un informe donde mencionen los aspectos a trabajar: *“con este paciente hay que ir trabajando ciertas cuestiones...vínculos, autonomía, duelo, etc.”* (Profesional N°1, 06/08/2021). A este proceso, en el que una profesional pasante le transfiere su paciente a la nueva profesional que lo atenderá, la referente de la institución lo denominó *“pasaje transferencial”* o *“transferencia express”*. Este pasaje implica un proceso en el que, previamente a la finalización de la atención de afiliados, las profesionales deberán comunicar a los pacientes el tiempo durante el cual estarán trabajando con ellas, la modalidad de trabajo, cómo y con quién continuarán la terapia, a modo de lo lograr que *“haya una cadena entre un pasante y el otro”* (Profesional N°1, 20/08/2021).

Podemos inferir que el pedido de elaboración y entrega de historias clínicas, la elaboración de informes y el proceso de transferencia de pacientes de una psicóloga pasante a otra, forma parte del encuadre institucional. En este sentido, podemos pensar que en los espacios de supervisión, más allá de trabajar sobre lo ocurrido entre paciente-terapeuta en la sesión de psicoterapia (Rochkovski, 2016), la supervisora cumple la función de mediadora entre la relación supervisando/terapeuta y la institución, cuyo objetivo es transmitir y enseñar acerca del funcionamiento del dispositivo en el que se encuentran inmersas y los pasos que deben seguir como parte del encuadre de trabajo institucional.

8.2.2 Identificar el encuadre utilizado por los psicólogos para la atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI.

En este apartado se busca identificar el encuadre utilizado por los psicólogos para la atención de psicoterapia individual a afiliados a PAMI durante el año 2021, basado en la información recolectada a partir de entrevistas a los psicólogos que trabajaron en el dispositivo, los registros elaborados a partir de los comentarios de las profesionales pasantes en los espacios de supervisión de casos clínicos e historias clínicas confeccionadas por las mismas. A lo largo del apartado se abordan desde los primeros momentos en la conformación del encuadre virtual; el desafío que implicó tanto para los profesionales, como para los pacientes esta nueva modalidad de trabajo; hasta algunas dificultades que se presentan en el encuadre; y excepciones en su implementación. Se analizará la información en relación al material teórico recopilado en la perspectiva teórica.

Características del encuadre implementado para el dispositivo

Dos profesionales pasantes comentan acerca de las características del encuadre que ponen en marcha en la primera sesión con el afiliado de PAMI:

Me tomo unos minutos para leer la historia clínica. Le pregunto cómo se ha sentido, porque consulta hoy, cuál es su motivo de consulta. A los pacientes hay que decirle que somos pasantes, que vamos a trabajar durante un tiempo y sobre los puntos de urgencia, en caso de que tengan que continuar, lo hará con otro colega. (Profesional N°9, 23/07/2021)

Al encuadre la mayoría de los que habían sido tratados ya lo sabían y los que no, igual tienen una admisión que hace la clínica antes, entonces trabajamos con esos datos, y, además, si son nuevos les avisamos que vamos a trabajar un tiempo, le explicamos que la llamada dura tantos minutos, que es importante que vuelvan a sacar turno [...]. (Profesional N°11, 23/07/2021)

En las citas mencionadas anteriormente podemos reconocer las disposiciones materiales o estuche del encuadre que se fijan desde un primer momento entre paciente y psicoterapeuta pasante en este caso. La profesional N°11 comenta que los pacientes que ya han estado trabajando con otros profesionales ya están al tanto las características principales del encuadre que se establece para dicho dispositivo, de lo contrario, la profesional da a conocer la duración de las sesiones, el tiempo durante el cual estarán trabajando juntos y hace énfasis en la importancia de que vuelvan a sacar un turno. Este encuadre va a funcionar como un conjunto de condiciones de posibilidades requeridas para llevar a cabo el proceso psicoterapéutico y que se fijan desde un primer momento permiten evitar eventuales discusiones futuras (Green, 1979).

Asimismo, la profesional N°9, como parte de este encuadre de inicio, da a conocer su posición como psicoterapeuta pasante, y algunos aspectos del método de trabajo, en donde expresa que se trabajaran sobre los puntos de urgencia. Podemos pensar esto desde Fiorini (2018), quien manifiesta que es útil brindar al paciente una idea acerca de las características del tratamiento que

habrá de seguir y cuáles serán respectivamente sus funciones. Esta labor informativa tiene el beneficio de que el paciente, en vez de resistirse frente a la intolerancia de las ansiedades provocadas por lo desconocido, pueda, por el contrario, cooperar con su terapeuta cuando tome conocimiento de la técnica que presidirá el trabajo de ambos. En este sentido, podemos agregar que, como parte del encuadre de trabajo, la profesional deja explícito que estarán trabajando con ella durante un tiempo determinado (lo que reste de su pasantía), para luego proseguir con otra profesional. Podemos inferir, que tal aclaración trae consigo el beneficio de disminuir en lo posible los sentimientos de incertidumbre y confusión de la persona que consulta, y, a su vez, se le da lugar a la paciente a decidir si desea o no iniciar un proceso psicoterapéutico en esas condiciones, y en el caso de que desee continuar, lograr que ese “pasaje trasfereencial” sea fluido, y se pueda establecer una relación terapéutica con el nuevo profesional que permita dar continuidad al tratamiento, como se puede observar en lo dicho por una de las profesionales pasantes: *“los pacientes confían y dicen, ‘bueno sigo con vos’. Se notaba que R. les había comunicado como proseguía, les dijo con quién seguía y que iban a seguir trabajando en la misma modalidad”* (Profesional N°11, 01/10/2021).

Por otro lado, en las entrevistas e historias clínicas los profesionales comentan sobre la duración de las sesiones y la frecuencia de encuentros:

A veces te encontrás con pacientes que están ocupados, y te dicen ‘ay licenciado justo pasó tal cosa’, entonces la durabilidad es muy relativa, yo aproximadamente tengo entrevistas de 20-25 minutos, hay algunas más cortas y otras más largas, algunas de 5-10 minutos, otras de 45 minutos, eso previamente nunca lo sé, incluso si al paciente lo vas a tener con cierta regularidad se acortan”. (Profesional N°2, 13/08/2021)

Las sesiones están pautadas para que sean de media hora, muy cortitas, entonces es poquito tiempo en la sesión, muy largo el tiempo de los turnos y todo se maneja desde secretaria. Si pierde el uno tiene que volver a sacar con la secretaria y le vuelven a dar dentro de un mes más o menos porque está muy sobrepasada la demanda de pacientes. (Profesional N°9, 24/09/2021)

La profesional N°12 por su parte menciona: *“pasa que como las consultas a veces son mensuales y si no sacan el turno en ese momento hay veces que pasan dos meses que no los ves. Sin embargo, la profesional N°10 expresa: “yo vengo trabajando con los pacientes cada 15 días más o menos”* (Profesional N°12, 15/10/2021).

A través de los fragmentos citados podemos ver, en primer lugar, que, si bien la duración de las sesiones para la atención de pacientes PAMI, según lo dispone la institución, está pautada para que sean de media hora, puede variar en función del profesional que lo atienda y de las situaciones externas a la institución y al profesional mismo, tal como lo expresa la profesional N°2, quien busca adaptar su encuadre a las demandas que surgen en el momento, donde menciona que si el paciente va a asistir a consulta con cierta regularidad, las sesiones se acortan. Con respecto a la frecuencia de las sesiones, la profesional N°9 y N°12 comentan que a veces las consultas son mensuales, por lo tanto, si el paciente no saca el turno en el momento o por alguna razón lo pierden, pueden pasar hasta dos meses en entre una sesión y otra. Sin embargo, también se presentan casos, como ocurre con la profesional N°10, en las que tiene la posibilidad de trabajar con los pacientes cada 15 días. Esto me lleva pensar en necesidad de adquisición de cierta flexibilidad por parte del terapeuta en el armado del encuadre, ya que se encuentran no solo ante la demanda de incorporar un nuevo encuadre, distinto al tradicional, sino también de adaptarse a la idea de un encuadre cuya construcción no depende solamente del terapeuta sino también de la institución y las demandas del paciente.

El cimbronazo de la pandemia: el desafío de adaptarse al nuevo encuadre

Los profesionales comentan algunas experiencias sobre el primer impacto que generó el cambio de las sesiones presenciales a la modalidad virtual/telefónica, producto de la pandemia de Covid-19:

El cimbronazo de la pandemia se sintió en los distintos sectores, porque hubo que aggiornarse a lo virtual. Con respecto a consultorios, muchos pacientes no quisieron

continuar con una metodología telefónica, sobre todo pensando en que iba a durar poco, pero se empezó a poner larga la situación, se empezaron a comunicar de vuelta y se empezó a armar de vuelta el turnero, igual o con mayor demanda [...] Sí trazo una diferencia en aquellos pacientes que ya estaban bajo tratamiento, que ya me conocen y nosotros a ellos, en relación al paciente que uno los ve por primera vez. Estos tienen mayores resistencias a lo telefónico. (Profesional N°2, 13/08/2021)

Se reincorporaron pacientes que hace un montón no veía, otros que no entendieron que seguíamos trabajando, no entendieron la modalidad de trabajo. Algunos se adaptaron más rápido y otros no [...] A algunos los conozco solo virtualmente, nunca presencial, lo cual es diferente, pero la verdad se puede trabajar. A algunos les resulta difícil sostener el espacio, a veces parte de la sesión se dirige a esta parte de explicar y brindar info, y forma parte también de nuestra tarea [...] Las faltas se achicaron, antes tenía una mayor cantidad de pacientes que no iban y hoy por hoy como los llamás, intentas aprovechar más de seguido el contacto con el paciente. (Profesional N°3, 10/08/2021)

Cuando el profesional N°2 expresa que el *cimbronazo* de la pandemia se sintió en los distintos sectores podemos pensar que tiene que ver con que la práctica psicoterapéutica se ha visto sorprendida por algo inesperado, como lo fue la llegada de la pandemia por Covid -19 y en pocos días ha obligado a los profesionales a trabajar de manera remota (Fantein, 2020), con lo cual tuvieron que *aggiornarse*, adaptarse al trabajo virtual, tanto profesionales, como los pacientes. Asimismo, el profesional destaca que hay una diferencia entre aquellos pacientes que previo a la pandemia se encontraban bajo un tratamiento y los pacientes nuevos, quienes oponen más *resistencias a lo telefónico*. En concordancia con esto, Murillo (2020) sostiene que hay pacientes que quieren continuar trabajando a través de sesiones virtuales, y otros que, por razones particulares no quieren hacerlo, asumiendo la idea de que no resulta ser el mundo, ni el sujeto el mismo que antes de la pandemia. Además, esto podría estar ligado con lo planteado por Gutiérrez (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 virtuales. 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).

Por otra parte, la profesional N°3 manifiesta que se presentaron situaciones en la que los pacientes no continuaron terapia porque no entendieron la modalidad de trabajo. En este punto debemos tener en cuenta que las necesidades materiales en el encuadre virtual son provistas en mitades simétricas por cada uno de la dupla, con lo cual hay que asegurarse de que el paciente tenga idoneidad en su manejo y pueda instalar una línea de comunicación de buena calidad (Carlino, 2010). Podemos inferir que, en función de lo que plantea la profesional, esta situación conlleva a que muchas veces resulte necesario, como parte del encuadre de la sesión, brindar información y explicar de manera clara el funcionamiento del nuevo encuadre de trabajo que le permita sostener ese espacio.

Además, la profesional expresa que *las faltas se achicaron*, ya que antes de la pandemia, y del inicio de las sesiones virtuales los pacientes faltaban más, con lo cual podemos pensar en lo planteado por Di Biasi (2020), quien expone que uno de los beneficios de la terapia online es que es posible tener sesiones mediante la Pc, la Tablet, o el celular como en estos casos, y desde cualquier lugar del mundo y con horarios programados, por lo tanto, no requiere el traslado ni del paciente ni del terapeuta, resultando una modalidad eficiente para abordar una psicoterapia, con ahorro de tiempo y dinero. Por lo tanto, cuando la profesional dice: *como los llamo a los pacientes, intento aprovechar el contacto más de seguido*, podemos inferir que la virtualidad es un facilitador que le da a los pacientes la posibilidad de iniciar y/o continuar un proceso psicoterapéutico sin que la distancia geográfica sea un obstáculo. Asimismo, Carlino (2010) 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).

Por otro lado, la profesional N°11, expresa uno de los desafíos que implica la atención telefónica ante la ausencia de lo visual:

El no tener visual a mí me cambia el paradigma completamente. Tengo que construir un poco más que cuando la veo a la persona. En un momento no me hablaba más la persona

y le pregunté si podía hablar, entonces me dijo que estaba en la casa de sus parientes” Y agrega: Qué importante es preguntar qué pasa y no dar por hecho que ese silencio es angustia. (Pasante N°11, 22/10/2021)

Este fragmento me lleva a pensar en lo que plantea Rae (2020), quien postula que a diferencia de lo que ocurre en los encuentros presenciales, en el setting virtual, cuando se genera un silencio, surge la sensación de no tener referencias en las que apoyarse, ya que 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 si siguen comunicados, como ocurre en el caso de la profesional, que acude a preguntarle a la paciente si podía hablar. Asimismo, con 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).

Por otra parte, cuando la profesional expresa cuán importante es preguntar qué pasa y no dar por hecho que el silencio es angustia, podemos inferir que se trata de una respuesta contratrtransferencial por su parte. En este sentido, nos remitimos Carlino (2006), quien plantea que el proceso contratrtransferencial 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 contratrtransferencial, y sostiene que tienen incrementada la posibilidad de ser estimulados por las deducciones o situaciones angustiantes o críticas.

A su vez, cuando la profesional expresa: *tengo que construir un poco más que cuando veo a la persona*, podemos inferir que, ante la privación de algunos sentidos, como el de la vista, en el setting telefónico, se requiere un esfuerzo de percibir, distinguir y codificar las manifestaciones del cuerpo libidinal que a cada momento emergen en el contenido ideológico afectivo que transmiten las palabras. Esta idea se ve reflejada cuando expresa: *“Uno empieza a registrar otras cosas, como el tono de voz, empieza a escuchar finito”* (Pasante N°11, 15/10/2021), dando cuenta de la necesidad de desarrollar un entrenamiento específico que permita decodificar semiológicamente los matices de la voz. Podemos pensar entonces, que la ausencia de lo visual, implica operar bajo

un *paradigma* o lógica de base diferente de la que se tiene en consultorio presencial y el contacto cara a cara (Carlino, 2010, 2011).

Aspectos del encuadre virtual que dificultan la asistencia psicológica

Algunas profesionales se encontraron con problemas en la comunicación telefónica. Una de ellas manifiesta: “*no se escucha muy bien la línea, ellos dicen que escuchan mucho eco en la comunicación*” (Profesional N°11, 15/10/2021). Asimismo, otra de las profesionales expresa:

Previamente a esta sesión habíamos tenido dos intentos de comunicación, pero no habían llegado a concretarse debido a que la paciente no podía escucharme bien. Decidimos hacer un último intento antes de pedir una derivación a otro profesional y en esta ocasión la llamada se escuchó correctamente. (Historia Clínica, Paciente B.I., Profesional N°12)

Carlino (2010) expresa que durante el transcurso del tratamiento a distancia aparecen una serie de inconvenientes técnicos que obstaculizan el trabajo y que no son interpretables, aunque aumentan la resistencia, tales como conexiones que se interrumpen y no siempre se reanudan; voces que se entrecortan y se escucha mal. Asimismo, podemos pensar que diferencia de lo que ocurre en las sesiones presenciales, donde durante toda la sesión la parte material del encuadre está a cargo del analista, en las sesiones telefónicas, cada uno de la dupla debe aportar de forma simétrica, la instalación, la calidad y el cuidado del aparato tecnológico utilizado, y pagar el costo del abono a la central de la línea que los comunica, en el caso de internet, su buen funcionamiento depende de la compañía proveedora del servicio y, sobre todo, del ancho de banda contratado. Por lo tanto, cuando estas condiciones básicas están aseguradas, las interrupciones deben considerarse ajenas a la responsabilidad de la dupla, por lo que debe contarse con recursos de otra naturaleza comunicativa y considerar también si, en caso de atraso involuntario para comunicarse (como ocurre con la profesional N°11 y su paciente, quienes han tenido dos intentos fallidos de comunicación) cabe en el encuadre implementado, la posibilidad de postergar el momento de cierre

de la sesión, ubicarla en otro momento, o como en este caso proponer la derivación a otra profesional.

En una entrevista la profesional N°3 comenta: “*Ocurre esto de que la familia se ve más involucrada y por ahí se escucha el ‘decile’ y ‘contale que la otra vez’, ‘y no le dijiste que’* (Profesional N°3, 10/08/2021). Situaciones similares se registraron en las historias clínicas de otra profesional pasante:

Al finalizar la sesión la hija toma el teléfono, dice que su mamá necesita hacer terapia de forma urgente porque hace tiempo que se olvida de las cosas, su memoria a corto plazo se ha visto afectada por la falta de oxígeno, sostiene que durante la internación por Covid su madre sufrió una crisis de depresión, los médicos le dijeron que era algo ‘latente en ella’, su hija atribuye que este estado fue producido porque su madre se quedó sola por primera vez (sin su esposo quien recibió el alta primero), ‘nunca se han separado’. (Historia clínica, Paciente R.S., Profesional N°9)

La paciente atiende el teléfono, comenta que está tomando la medicación, la paciente sufre de esquizofrenia, se le diagnosticaron hace ya varios años. La llamada es interrumpida por su hermana quien manifiesta que la paciente está bien y que no comprende porque la enviaron a realizar tratamiento psicológico. (Historia clínica, paciente T.V., Profesional N°9)

En otra ocasión, se registran una serie de sesiones que lleva a cabo la misma profesional con un paciente, en las que describe:

Primera sesión: “*el llamado es atendido por el esposo, quien pregunta ‘¿qué ha notado de C.?’*”. Segunda sesión: “*el llamado es atendido por su esposo, quien pregunta si luego puede hablar conmigo sobre su esposa*”. Última sesión: “*toma el teléfono su marido y dice ‘usted siempre le pregunta sobre el presente, pero ella tiene problemitas del pasado que no quiere hablar’*”. (Historia clínica, Paciente R.C., Profesional N°9)

A través de lo dicho por distintos profesionales vemos que muchas veces se dificulta la implementación del encuadre virtual, debido a que los pacientes llevan a cabo las sesiones de psicoterapia en el seno del hogar, donde la familia conviviente suele ser fuente de interrupciones. En este sentido, Murillo (2020) 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, puedan soportar que el paciente disponga de ese tiempo y espacio. En esta línea, una de las profesionales comenta el caso de una paciente que “*no quería sesiones virtuales porque en su casa tiene sus hijos y no puede hablar, se siente incómoda*” (Profesional N°12, 17/06/2021). Con lo cual, podemos pensar que instituir un espacio de intimidad-privacidad 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 o si esa sesión puede estar siendo grabada” (Carlino, 2010, p. 143). Otro ejemplo que da cuenta de esto último, se ve reflejado en las siguientes viñetas:

Dice que quiere asistir presencial a la Clínica porque prefiere ‘el cara a cara’. Además, agrega que al teléfono lo tiene intervenido y que se lo han ‘hackeado’ y alguien la escucha. Ante la pregunta de cómo se dio cuenta de que está siendo escuchada, no sabe responder y evade la pregunta. (Historia clínica, Paciente F.I, Profesional N°9)

La paciente comienza diciendo que escucha mal la comunicación, me pregunta si alguien más está escuchando, comenta que cree que la policía la espía. Expresa: ‘mis líneas están intervenidas, quieren saber lo que yo hablo, tuve que denunciar a mi marido’. Insiste en pedirme el mail para que le envíe el certificado, le explico que se tiene que comunicar con la clínica y que a través de esa vía le haré llegar el certificado. Realizo certificado y envío a la clínica. (Historia clínica, Paciente M.J., Profesional N°12)

Podemos reconocer que estos/as pacientes encuentran los espacios de las sesiones como una posible amenaza a la privacidad, con lo cual podemos pensar que, al proponer un contrato psicoterapéutico, uno de los interrogantes que requieren una respuesta es sobre la solidez de los recursos propios y materiales de quien solicita la entrevista como para establecer un compromiso suficiente para hacerse cargo de su rol y de sí mismo (Carlino, 2010). En estos casos, podemos

inferir que son personas que tienen cierta fragilidad yoica, por lo cual, se les dificulta el sostenimiento de un proceso psicoterapéutico con un encuadre de este estilo. Sin embargo, estos casos me remiten a Green (2005) citado en Fiorini (2018), quien expresa que aquellas situaciones en el que el encuadre hace ruido, se hace oír, dejando de actuar como favorecedor de los procesos del trabajo analítico, se requiere del funcionamiento psíquico del terapeuta que pueda actuar como ese ambiente facilitador de holding, y “ayude a disminuir la descarga, irrupción de lo pulsional, proporcionando elementos para una mayor ligazón” (p.126). En este sentido, siguiendo al autor, podemos pensar que se requiere del trabajo con el encuadre interno, que dé lugar a la posibilidad de trabajar con pacientes que tengan una disponibilidad simbólica restringida, donde muchas veces se requiere modo más activo de ubicarse, una mayor presencia que posibilite ofertar ese marco, estructura encuadrante, que permita contener aquello que allí sucede.

Excepciones en la implementación del encuadre virtual/telefónico:

Como sabemos, la modalidad de atención que exige PAMI para la atención de sus afiliados es la telefónica, sin embargo, algunos profesionales realizan excepciones:

Debe ser difícil que alguien los llame y les diga, ‘Hola, soy la licenciada C, psicóloga de la clínica Saint Michel, hoy usted había sacado un turno para psicología’, ese es al menos mi speech, así me presento, y que ellos tengan que hablar conmigo sin estar seguros de quién soy, agradezco que me tengan buena fe, por eso algunos me han preguntado si podemos reunirnos y vernos cara a cara, lo cual me parece perfecto. Asimismo, cuenta que se escucha la demanda de: ‘quiero verla más seguido, quiero presencial’, hubo una paciente que la tengo que hacer presencial porque no hay manera de sostenerla virtual. (Profesional N°3, 10/08/2021)

Opté en ese momento por comunicarme desde mi teléfono particular, y cambié mi foto de perfil en donde salía mi cara, puse la cara como para que más o menos supieran como soy, sobre todo PAMI, donde hay mucha mucha demanda. Esa fue una manera de aproximarse,

sobre todo a esta demanda de saber con quién estaban hablando, porque no todos entendemos de la misma manera el tratamiento y bueno, porque hay una fuerte ausencia del cuerpo que se hace escuchar [...] Yo sin problema accedo a la videollamada, pero depende también del día y la cantidad de pacientes porque si son muchos me parece muy agotadora la videollamada, sostener la mirada, la atención. Y se escucha la demanda, cuando va a volver la presencialidad, pero realmente hay un protocolo en la institución de que no circule tanta gente porque son muchos los pacientes internados en la clínica y si llega a haber un brote de coronavirus en pacientes internados, ya es mucho más difícil un control [...]Entonces creo que se ha puesto mucho foco en cuidar al paciente del internado, porque ahí el cuerpo cumple un rol fundamental que se puede sustituir en lo ambulatorio, entonces se reciben pacientes de manera presencial si existe la demanda y la necesidad.
(Profesional N°2, 13/08/2021)

En el caso de la profesional N°3, ante la demanda de encuentros cara a cara, accede a continuar la atención a través de sesiones presenciales, y en el caso del profesional N°2, vemos que opta por comunicarse a través de su teléfono particular y se asegura de agregar una foto de perfil para que supieran como se ve, y de esa manera aproximarse a la demanda que surge ante la ausencia del cuerpo en las sesiones. Podemos pensar que estas excepciones que realizan los profesionales implican, retomando a Murillo (2020), una maniobra trasferencial que es considerada en cada caso particular para procurar la continuación del tratamiento con estos pacientes, donde se busca no invertir la demanda, ni anteponer el análisis por delante de la demanda, y que requiere una sutil operación por la cual no se debe retener, ni expulsar al paciente. Además, en este contexto de pandemia, esta flexibilidad con la que los profesionales acceden a modificar el encuadre de trabajo, implica buscar una manera de tomar la palabra con un paciente que se encuentra en situación de aislamiento, o de excepción laboral, “en un afuera saturado de temores, cuidados o segregaciones, por el mismo fenómeno” (p.7). Asimismo, Jezabel et al. (2021) sostienen que la crisis se ha presentado en cuanto a manifestaciones sintomáticas agudizadas a raíz del confinamiento, lo que ha generado un aumento en la demanda de atención psicoterapéutica, tal como lo expresan los profesionales, por lo tanto, podemos inferir que es esta demanda la que ha llevado al despliegue la creatividad del terapeuta para establecimiento del mejor encuadre para cada caso.

Sin embargo, me interesa destacar que esta flexibilidad en dar lugar a la demanda de modificar el encuadre, tiene algunas limitaciones, tal como lo menciona el profesional N°2, quien dice acceder a encuentros presenciales en la clínica si realmente *existe la demanda y la necesidad*. En este sentido, podemos pensar en pacientes que por algún motivo particular no puedan ser sostenidos de manera virtual, tal como lo expresa la profesional N°3. Por otro lado, también depende de la motivación y disponibilidad que tenga el profesional para acceder a ciertas modalidades de atención, como ocurre en el caso del profesional N°2 cuando dice que accede a las videollamadas en función del día y la cantidad de pacientes que tenga, ya que puede resultar agotadora. Esto está relacionado a lo que plantea Gutiérrez (2013), quien manifiesta que en las sesiones por videocámara el analista 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, en el que hay un mayor esfuerzo en mostrarse atento con la mirada, o mostrarse particularmente dispuesto ante los dichos del pacientes, muchas veces incluyendo expresiones con el objetivo de entender que se ha comprendido lo dicho o que se está comprometido en la escucha de aquello que el paciente expresa.

8.2.3 Reconocer el modo de abordaje utilizado por los profesionales para la atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI.

En el siguiente apartado se reconocerá el modo de abordaje utilizado por los psicólogos para la atención de psicoterapia individual a afiliados de PAMI durante el año 2021. Para ello, se parte de identificar, mediante ejemplos, las diferencias entre el motivo de consulta y la demanda en la clínica y el modo de proceder en cada caso; para luego reflejar el abordaje de los casos que llevaron a cabo los profesionales, rescatando los principales ejes de la psicoterapia dinámica breve. Se utilizaron los datos recabados a través de historias clínicas elaboradas por las profesionales pasantes, entrevistas a los profesionales y lo compartido en los espacios de supervisión de casos clínicos.

Petición de ayuda y/o “tratamientos por encargo”

En la primera entrevista con el afiliado los profesionales expresan un interés por conocer el motivo de consulta del mismo. En este sentido, el profesional N°2 expresa:

Si son pacientes nuevos por lo general yo pregunto cuál es el motivo de consulta, si los deriva el psiquiatra, si ellos mismos han considerado la necesidad de [...] A veces yo previamente leo la historia clínica y veo que no ha habido prescripción de medicación, y la prescripción es ‘derivo a psicoterapia’, entonces el paciente dice, ‘y no, a mí me han derivado licenciado’. ‘Y bueno, ¿por qué cree que lo han derivado?’. (Profesional N°2, 13/08/2021)

La pregunta por el motivo de consulta es uno de los objetivos que se investiga en la primera entrevista psicológica (Siquier de Ocampo et al., 1940). Podemos distinguir entre un motivo de consulta manifiesto, como aquel que el paciente expresa como justificante de su consulta, que muchas veces se limita a la descripción de un conjunto de signos, síntomas o problemas de naturaleza objetiva; y un motivo latente, en el que más allá de lo manifiesto, puede existir otra motivación más profunda, por lo que el profesional deberá averiguar cuáles son las motivaciones del paciente en cuanto a su bienestar personal o psicológico, es decir, qué es lo que realmente desea en relación a sí mismo y qué está dispuesto a hacer para conseguirlo, qué es lo que le ha hecho venir a consultar y qué es lo que desea conseguir con ello. Este último ligado al concepto de demanda, entendida como como la expresión de un deseo, una petición explícita de ayuda (Martínez Ferrero, 2006).

Por lo tanto, podemos pensar que en el caso de que la persona haya sido derivada (más allá de la admisión), la pregunta de *por qué cree que lo han derivado*, puede dar lugar a descubrir las motivaciones de la persona con respecto a la terapia y si hay demanda de ser atendido. Podemos ejemplificar esto en un caso clínico de la profesional N°9:

Comienza la sesión diciendo que asiste a terapia porque hace lo que ‘le dicen que debe hacer’. Luego relata que es un requisito que le solicita tribunales, porque inició un proceso

judicial por la tenencia de su hijo de ocho años. (Historia clínica, Paciente Y. A., Profesional N°9)

En este caso, vemos que en principio la persona asiste a la consulta con el objetivo de solicitar un informe para presentar en tribunales, tal como lo manifiesta el paciente: hace lo que le dicen que debe hacer. Sin embargo, la referente señala que es muy común en las admisiones, los pedidos de tratamiento porque los mandan. Son personas que vienen a cumplir “*tratamiento por encargo*” (Profesional N°1, 15/10/21). Según la experiencia de las profesionales, en algunos casos se puede generar una demanda que permita iniciar un proceso terapéutico, y en otros casos no, generalmente, “*no se arma una terapia*” (Profesional N°1, 15/10/21). Esto que expresa la profesional tiene que ver con que, para que la acción de los agentes terapéuticos (aquellos elementos que se encargan de modificar una determinada estructura psicológica, como, por ejemplo, la interpretación de un contenido inconsciente), sea efectivo, se requiere de la participación directa de la parte subjetiva del paciente, del “paciente - sujeto”, por lo cual, si no existe una petición de ayuda, un deseo de dejarse ayudar, el psicólogo no tiene posibilidad de actuar y, por lo tanto, no hay posibilidades de iniciar un proceso psicoterapéutico (Martínez Ferrero, 2006).

Por lo tanto, cuando la persona no tiene motivaciones de iniciar un proceso psicoterapéutico, más allá del pedido del certificado, la referente de la institución manifiesta que: “*si es judicial algo hay que decir, por eso hay que ver quién lo pide y para quién*”. *Si hay un informe judicial tienen que poner un diagnóstico, hacer el informe en conjunto con el psiquiatra que lo atiende*” (Profesional N°1, 15/10/2021). Por tal razón, en el certificado que demanda el juzgado se pone: “*el paciente ha ido a una consulta el día tal, y así cada vez que vuelva a consulta*” (Profesional N°1, 15/10/2021). Dando cuenta de una forma de proceder determinada que tiene que ver con el cumplimiento de una demanda extrainstitucional y que forman parte del encuadre institucional, procedimiento del que deben estar al tanto todos los profesionales psicólogos que trabajen con afiliados de PAMI.

No obstante, en relación al caso clínico descrito anteriormente, la profesional sostiene:

El paciente sostiene que se siente muy angustiado y que cree que no se merecía lo que sucedió luego de 12 años de matrimonio. 'Quiero entender por qué me pasó, no entiendo el sufrimiento que le di a mi hijo, no sé si quiero entender, soy muy seguro, me puedo bajar 24 horas y después se me pasa, soy muy persistente, estoy orgulloso de mí, no soy esos que se quedan tirados en la ruina. No freno, yo estoy orgulloso de mí, capaz no vi que no la incluía, quiero cambiar la cocina y voy y la cambio, no le pregunto si ella quiere, no voy a frenar, a esperar, ahora tengo que hallar el camino tengo que mostrarle a Federico que se puede salir, el tiempo cura todo. (Historia clínica, paciente Y. A., Profesional N°9)

De esta manera, podemos dar cuenta de que se pudo generar una demanda, donde la persona pasa de acudir a consulta únicamente porque lo han enviado o para solicitar un certificado, a expresar abiertamente su malestar con respeto a lo que se encuentra viviendo en sus relaciones interpersonales, y manifestar explícitamente su deseo de ser ayudado, donde se puede observar su implicación e interés en llevar a cabo un proceso psicoterapéutico con miras a la solución de su malestar. En este sentido, podemos pensar que se da lugar a la matriz activa del encuadre, es decir, a la apertura del proceso psicoterapéutico en sí mismo, en el que cada uno de la dupla se va a desenvolver en un rol determinado (Green, 2008).

Abordaje desde la psicoterapia dinámica breve

A continuación, se identifican y ejemplifican algunos puntos centrales del enfoque de psicoterapia dinámica breve que ponen en marcha los profesionales, a través de la viñeta de una historia clínica elaborada por la profesional N°12:

La paciente relata que padece depresión, que se siente decaída, angustiada, depresiva, cansada. Relata que tiene el sueño cambiado, que duerme muchas horas y que le es muy difícil encontrar motivación para salir de la cama. Últimamente sostiene que se angustia mucho: 'me frustró y ya no sigo a la rutina, para mí es un logro hacer la comida, levantarme o vestirme [...] 'Tengo una pila de ropa que no puedo doblar, no tengo energía

me siento desganada'. El relato de la paciente se centra en la preocupación por no poder vender sus propiedades y disfrutar de su herencia, desea hacer un viaje a los EEUU donde vive su hermano [...] Cuenta que la operaron de cáncer de colon hace un tiempo, ahora los estudios oncológicos le salen bien, vive con su marido, no tiene hijos, él se encuentra jubilado de ingeniero. Ella es viuda, su primer esposo falleció, no tuvo hijos de esta relación [...] Le propongo que me cuente cómo ha sido su vida antes de contraer las deudas, comienza diciendo: 'no tengo hijos y mi pareja está conmigo hace 16 años. Yo tenía una infancia muy linda, me gustaba andar a caballo, vivía con mi mamá y mi papá, estudié cosmetología y estudié tres idiomas a la vez, viajaba en avión a todos lados, viajaba mucho, tenía una vida maravillosa. Mi mamá falleció a los 59 años, a los 30 años míos. En la adolescencia sufrí porque mi papá no me dejaba ir a bailar mucho, pero sí tenía muchos pretendientes, era muy linda, era modelo antes de casarme y un tótem de belleza, me siento impotente, extraño esa vida, antes vivía en París y en España, ahora tengo impuestos, deudas, tengo trámites en el abogado y el contador' [...] La paciente no sale de su casa, a veces va hasta el supermercado, siempre acompañada por su pareja, tiene amigas pero hace un año que no las ve porque teme contagiarse de Covid. No quiere vacunarse porque teme morir en dos años a causa de la vacuna, su pareja en cambio sí se vacunó [...] Respecto a sus días, sostiene: 'realmente no hago nada, tengo problemas en la columna, no puedo vivir, salir, ya hace bastante quería hacer un hotel Boutique y me robaron un montón de cosas y de ahí ya me empecé a sentir mal, antes hacía mandalas, yoga, salíamos con mi esposo, más después del cáncer de colon que tuve...ahora hago la comida y quedó cansada, tengo pensamientos feos, hay cosas que tengo que resolver, las comidas me caen mal porque tengo el colon irritable [...]' La paciente habla de forma semanal con su hermano, él la apoya y quiere que vaya cuanto antes a EE.UU, la paciente se queja de lo caro que están los pasajes, ha podido ahorrar el dinero para dos boletos pero quiere vender sus propiedades para comenzar una vida allá, dice: 'antes de pandemia estaba mejor, me fui a Bariloche, ahora ni siquiera puedo ir en auto, estamos con el problema de que no saco el carnet, quisiera salir un día a las termas de Río Hondo, antes con mi esposo íbamos, me harían bien unas sesiones de spa'. (Historia clínica, Paciente E.A, Profesional N°9)

En la historia clínica podemos identificar lo que Fiorini (2008) describe como el eje central del “foco” de la terapia, conformado por los “síntomas más perturbadores, situación de crisis, amenazas de descompensación que alarman al paciente o al grupo familiar, fracasos adaptativos” (p.87). El mismo se encuentra dado por el motivo de consulta y se circunscribe en torno a su diagnóstico de depresión y los síntomas a los que conlleva, tales como un estado de ánimo decaído, angustia, cansancio, poca motivación para realizar actividades, preocupación, etc. Asimismo, en el trabajo con la paciente y para un mayor entendimiento de su problemática se reconocen una zona de componentes del foco, en el que podemos ubicar *aspectos caracterológicos del paciente*, donde se identifican rasgos de una estructura melancólica y funciones yoicas debilitadas que le impiden hacer frente a las demandas del día a día. *Aspectos históricos genéticos individuales y grupales reactivados*, donde la paciente comenta que la operaron de cáncer de colon, que sufre de dolores en la columna y habla acerca de un robo que identifica como detonante de su malestar. Por otra parte, encontramos una zona que comprende el *momento evolutivo individual y grupal*, en el que se puede observar la necesidad de la paciente de visitar a su hermano en Estados Unidos, vender sus propiedades y comenzar una vida allá, que a su vez, se ve interferida por la zona de *determinantes del contexto social más amplio*, donde se pone en juego su situación económica actual, la cual se ve reflejada en sus dificultades para deudas e impuestos y que le impide concretar sus proyectos; además, la situación de pandemia de Covid-19 le generó miedos, temor al contagio, llevándola a aislarse, a no salir de su casa si no es acompañada de su pareja, lo cual podemos inferir que le genera cierta dependencia, por ende, le quita autonomía. A su vez, esta situación la llevó a dejar de juntarse con sus amistades y de realizar actividades que le generaban placer.

En este sentido, podemos ver la importancia que se le atribuye, no solo al foco sino también a los componentes que lo constituyen y que forman parte de la estructura de la situación, lo cual me remite a Fiorini (2010), quien plantea que al momento de pensar un paciente hay que tener en cuenta los distintos niveles de análisis diagnósticos (clínico, patológico, grupal, comunicación, prospectivo adaptativo, potenciales de salud, etc.) ya que nos ayuda a pensar la singularidad y complejidad de cada sujeto, evitando un reduccionismo que limita la lectura clínica. A su vez, implica pensar la subjetividad como constituida y atravesada por una multiplicidad de aspectos y diversas formas de funcionamiento. Una subjetividad que está abierta y en interacción con el afuera, el contexto, formando una interrelación cuerpo-psyque-mundo (Fiorini et al., 2018).

Seguidamente, se citan algunos fragmentos de la historia clínica del caso anterior donde se identifican algunas intervenciones de la profesional:

Cita textual N°1:

Refiere: 'me siento en un pozo del que no puedo salir'. Sin embargo, al finalizar la sesión dice que pudo hacer algo como ir a la peluquería. Le indico que eso es muy bueno y trabajamos enfatizando en lo positivo de las situaciones. Se trabaja en encontrar alguna actividad que le genere placer. (Historia clínica, Paciente E.A, Profesional N°9)

Cita textual N°2:

Relata que tiene el sueño cambiado, que duerme muchas horas y que le es muy difícil encontrar motivación para salir de la cama. Sostiene: 'las cosas que quiero no las puedo tener, es una frustración, tengo propiedades no las puedo vender, lo único que me calma es estar tirada en la cama'. Confeccionamos una rutina para que la paciente pudiera irse a dormir más temprano, también relata que tiene cambiado los horarios para almorzar. Se le brinda información sobre ejercicios online gratuitos de yoga, la paciente dispone de un dispositivo para conectarse a internet. (Historia clínica, Paciente E.A, Profesional N°9)

Cita textual N°3:

La paciente relata que hace cuatro días que está en la cama y que no se quiere levantar. Tuvo turno con el psiquiatra que le dijo según lo que relata la paciente que continúe con la misma mediación. Refiere que la medicación 'no le hace nada'. Se trabaja en la adherencia al tratamiento pues cuando indago hay discontinuidad en la toma de la medicación. Se hace hincapié en la importancia de seguir con las indicaciones del psiquiatra. (Historia clínica, Paciente E.A, Profesional N°9)

En las tres citas mencionadas anteriormente podemos ver que la profesional toma datos que considera relevantes del discurso o la conducta de la paciente y trabaja con ello para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. En la cita textual N°1, observamos cómo la terapeuta hace foco en resaltar la importancia de que, a pesar de sentir que está en un pozo del que no puede salir, logró ir a la peluquería, y a partir de ahí, el trabajo se centra en ayudar a la paciente a

identificar aquellas actividades que le generan placer. Podemos inferir que se busca generar modificaciones en el manejo de las defensas ante el reemplazo de técnicas más regresivas por otras más adaptativas (Fiorini, 2008).

En la cita textual N°2, la paciente hace foco en sus dificultades para dormir y la baja motivación, aspectos que requieren atención inmediata por parte de la terapeuta, dado que forman parte de los síntomas salientes de su motivo de consulta. De esta manera, la profesional elabora un plan que le permitiría lograr una rutina de descanso más organizado. Para trabajar sobre la motivación le brindó información sobre cursos de yoga, asumiendo que es una actividad que le genera placer, y que, por lo tanto, podría provocar una mejoría en su estado anímico (Fiorini, 2008).

En la cita textual N°3, cuando la paciente relata que siente que la medicación no le está haciendo efecto, y descubre que hay una discontinuidad en la toma de la misma, considera oportuno trabajar sobre la adherencia al tratamiento y la importancia de seguir las indicaciones del psiquiatra, asumiendo la importancia que tiene la medicación para la mejoría de los síntomas de la paciente. Podemos inferir, que esta intervención puede llevar a generar en la paciente un incremento de la autoconciencia, que incluye una mayor comprensión de sus dificultades y el significado de las mismas (Fiorini, 2008).

Además, a través de estas intervenciones podemos destacar que, por un lado, el esfuerzo de focalización del terapeuta da cuenta de un rol más activo y directivo, en el que muchas veces utiliza técnicas conductistas y cognitivas con el objetivo de modificar ciertas conductas e ideas que tiene el paciente con respecto a su problema, como los métodos que utiliza para resolverlos (Freire Arteta, 1996). Asimismo, podemos ver en el caso, retomando a Fiorini (2008), como se busca una “orientación constante hacia la realidad” (p.34). Es una terapia que orienta la conducta del paciente en el afuera de la sesión, con el objetivo de centrar su atención en sí mismo y en su mundo habitual, y de esa manera “ayudarlo a efectuar ciertas tareas integrativas inmediatas para ayudarlo a recuperar lo antes posible su capacidad de remover los obstáculos que le impiden lograr una homeostasis más satisfactoria” (p.34). Además, pone de manifiesto la flexibilidad de la terapeuta a la hora de elegir las técnicas más adecuadas en función de cada situación concreta, lo que se considera un rasgo distintivo de la psicoterapia breve. Desde el paradigma de la complejidad, podemos pensar que propiciar la posibilidad de incluir un espectro más amplio de intervenciones permite tener en cuenta la diversidad, heterogeneidad y complejidad psíquica. En este sentido, la inclusión de la

multidimensionalidad se vuelve necesaria para pensar la realidad, las situaciones, acontecimientos y también la subjetividad. Ampliar los modos de pensarlos, así como de intervenir, favorece, genera nuevos dinamismos e insight por vías distintas que no se limitan a la interpretación. Contribuye a concebir una clínica abierta con mayor permeabilidad en sus fines e intervenciones (Fiorini, 2010).

Asimismo, el profesional N°2 comenta algunas características del abordaje que realiza con los pacientes PAMI:

En mis devoluciones de PAMI por lo general consigno cosas muy puntuales, en donde a veces, cuando veo que esta como muy trabado, retomo algo de lo que se viene abordando, veo en la historia clínica y consigno ‘conflictos con tal o cual cosa’ y le pregunto ‘Susana, como anda con tal cosa’, por ahí les hace falta como una ayudita a algunas personas, cosas que en otras consultas yo no tendría, que se desarrollan nomas. Yo apunto a generar un clima de confianza, un clima donde el otro se sienta escuchado... intento salvar un poco la ausencia del cuerpo con entender que se tiene que armar un clima agradable, de conocimiento, de silencio, de escucha, atención y poner el peso en lo importante a lo que se está refiriendo ese sujeto... intento alojar al sujeto [...] Está la necesidad de escuchar, a veces me pongo los auriculares y solamente escucho, por ahí me doy cuenta de que ya está, intervengo algo, acomodo algo, interpreto algo, devuelvo algo que a veces es importante, y yo ya no pretendo mucho más. Es una manera de hacer un abordaje distinto a otras obras sociales. PAMI es un sujeto que está pronunciándose, yo entiendo que necesita hablar, yo lo escucho. (Profesional N°2, 13/08/2021)

Desde la psicoterapia dinámica breve podemos inferir que cuando el profesional interviene retomando algún conflicto consignado en la historia clínica de esta paciente, pone en marcha intervenciones focalizadas hacia lo que podría considerarse como el foco del tratamiento. Por lo que podríamos pensar que esa *ayudita* que les da a los pacientes PAMI, reflejan un rol activo, que da lugar a que el paciente pueda seguir produciendo asociaciones, en este caso, guiadas hacia el foco del tratamiento. Por otro lado, el profesional hace énfasis en un abordaje que apunta a generar un clima agradable, de confianza, entendiendo que el paciente PAMI es un sujeto que *esta necesita hablar*, por lo que hace énfasis en la necesidad de escuchar en un intento de alojar al sujeto. Podemos inferir, desde los aportes de Carlino (2010), que, ante la falta de cercanía corporal o la *ausencia del cuerpo* que se da en la psicoterapia a distancia, es necesario buscar elementos de

contención y de presencia desde otras vertientes. En este sentido la profesional N°1 expresa: *“la escucha tiene que ver con el alojar, invertir con la escucha, es una forma de estar en la consulta”* (Profesional N°1, 29/10/2021). Por lo tanto, la escucha parece ocupar un lugar relevante en las sesiones, en la medida en que cumple un rol fundamental para lograr un clima de encuentro y contacto pertinente, que permita generar una sensación de presencia, de que realmente se está allí.

Finalmente, a través de entrevistas e historias clínicas de diversos profesionales, se identificó un trabajo en conjunto psicoterapeuta-psiquiatra:

Frente al decaimiento de la paciente se solicita un adelanto del turno del psiquiatra para que evalúe su medicación, debido a que la misma fue recetada hace tiempo ya y la paciente no volvió a control”. (Historia clínica, paciente C.N, Profesional N°9)

Cuando escucho un caso grave en general intento comunicarme con el psiquiatra. Suelo leer la evolución previa escrita en las historias clínicas para ver como lo vio el psiquiatra, si yo veo lo mismo, si me trasmite lo mismo. El trabajo en equipo me parece muy rico”. (Profesional N°3, 10/08/2021)

Cabe destacar que, según Braier (1980), en ocasiones resulta beneficioso agregar otras herramientas terapéuticas a este tipo de psicoterapias, sobre todo en el marco institucional donde se dan las condiciones para efectuar tratamientos combinando instrumentos terapéuticos que incluyen, eventualmente, una tarea en equipo con otros trabajadores de la salud mental, como en este caso, un médico psiquiatra que vaya haciendo los ajustes necesarios en la medicación, o un trabajo en el que se dé lugar a ampliar, complejizar la mirada sobre un mismo caso y que permita enriquecer el abordaje y las intervenciones. En este sentido, el abordaje que realizan estas profesionales nos da lugar a pensar en que se trata de dispositivos ampliados, con entrelazamientos interdisciplinarios que enriquecen los alcances del quehacer clínico y permiten diseñar con cada paciente un dispositivo a la medida, asumiendo la idea de pensar al sujeto en su totalidad.

9. CONCLUSIONES

El presente Trabajo Integrador Final correspondió a una sistematización de la experiencia de Práctica Profesional Supervisada llevada a cabo durante el año 2021 en la Clínica Privada Saint Michel, como requisito para la titulación de la Licenciatura en Psicología. De este modo, en el escrito se presentó una reconstrucción de la práctica vivenciada, así como una reflexión e interpretación crítica de la misma. Debido al contexto de pandemia por Covid-19, las prácticas tuvieron lugar de forma virtual. El análisis se basó en el material recolectado mediante la toma de entrevistas virtuales a los profesionales de la clínica, de la participación en los espacios de supervisión de casos clínicos llevados a cabo vía Zoom, e historias clínicas elaboradas por las profesionales pasantes y enviadas a través de WhatsApp.

Me interesa resaltar el rol que cumple el paradigma de la complejidad a la hora de pensar la experiencia de práctica, debido al constante entrelazamiento e influencia recíproca que existe entre el mundo intrasubjetivo, relativo a cada persona y su subjetividad; el registro de lo intersubjetivo; y lo transubjetivo, como todo aquello que ocurre en el mundo de lo socio-cultural correspondiente a la pandemia ocasionada por el Covid-19. En este sentido, podemos ver como lo social, cambiante y complejo, afectó tanto a lo institucional, como a la relación terapeuta-paciente y aun así se han podido llevar a cabo procesos psicoterapéuticos psicoanalíticos que tuvieron un inicio, un desarrollo y un cierre.

La experiencia me ha mostrado que el dispositivo de atención psicoterapéutica a afiliados de PAMI es un dispositivo complejo en su configuración. Esta complejidad de vio reflejada en las distintas medidas tomadas desde el inicio de la pandemia por Covid-19. Por un lado, PAMI exigió el pasaje de una atención meramente presencial, en consultorios externos destinados a dicha obra social, a una atención telefónica. El área de ingeniería de la clínica fue la encargada de dar lugar a esta demanda, donde el soporte material del encuentro entre paciente y terapeuta pasó a ser el teléfono en el caso del paciente, y la computadora en el caso del psicólogo. Este último, sería el encargado de llamar a los pacientes, a través de la computadora, en cada una de las sesiones. Podemos notar el rol estimulante que jugaron las nuevas tecnologías y la informática para la implementación de este nuevo dispositivo de abordaje clínico que se lleva a cabo fuera del consultorio psicoanalítico tradicional y la creatividad que dispuso la clínica para dar lugar al mismo. A su vez, a partir la creación del COE, la clínica pasó a incorporar la atención online en sus distintas áreas de servicio, incluyendo el sector de administración y las entrevistas de admisión

a los afiliados a PAMI. Las medidas tomadas hicieron posible la continuidad de la prestación del servicio de asistencia psicoterapéutica.

A su vez, a esta trama configurativa del dispositivo se incorporan los espacios de supervisión de casos clínicos a las profesionales pasantes que asistieron a los afiliados. Según mi experiencia en la participación en estos espacios, la supervisora, como referente de la institución y coordinadora de pasantías, cumplió la función de mediadora entre el supervisando y la institución, cuyo objetivo fue transmitir y enseñar acerca del funcionamiento y organización de la institución en relación al dispositivo psicoterapéutico en el que se encontraban inmersas. Además, como en toda supervisión, se trabajó con lo ocurrido entre paciente-terapeuta en las sesiones, donde la supervisora aportó una mirada desde su experticia sobre trabajo clínico llevado a cabo por el supervisando. En mi opinión, lo rico de estos espacios radicó no solo el aporte de la supervisora, sino de cada integrante del grupo, que apuntó a enriquecer y complejizar la mirada sobre los casos. Un juego intersubjetivo a partir del cual se pudo pensar y repensar las complejidades que plantea el padecimiento subjetivo hoy, en miras a buscar un sentido al sufrimiento individual y en el marco de una pandemia que nos atravesó a todos.

Si bien no se buscó identificar diferencias entre los profesionales pasantes y los psicólogos de la clínica, se reconocen algunas al momento de analizar el encuadre. Se observó que las profesionales pasantes, al momento de iniciar la sesión con los pacientes, buscaron socializar aspectos materiales del encuadre tales como la duración de las sesiones y las características del método de trabajo. Este último se puede pensar como una labor informativa que tuvo el beneficio de que el paciente, en vez de resistirse frente a la intolerancia de las ansiedades provocadas por lo desconocido, pueda, por el contrario, cooperar con su terapeuta cuando tome conocimiento de la técnica que presidirá el trabajo de ambos. Además, se vio que parte del encuadre que necesariamente se distingue del resto de los profesionales, implicó su presentación como psicólogas pasantes y con ello, la anticipación del tiempo durante el cual estarían trabajando juntos paciente-terapeuta, hasta ser transferidos a la siguiente profesional pasante que lo asistirá. Este encuadre de inicio se pensó como una forma de disminuir la incertidumbre que podría generar el momento de finalizar el proceso psicoterapéutico con una profesional para continuar con otra, logrando un “*pasaje transferencial*” más fluido, posibilitando lograr una transferencia positiva entre el paciente con la nueva profesional que lo atenderá.

Por otro lado, se observó cierta variabilidad en relación a la frecuencia de encuentros, lo cual no dependía del profesional sino de la disponibilidad de horarios y fechas del momento, lo cual quedaría en manos de la secretaria. En relación a la durabilidad de los turnos, se observó que si bien, por orden de la institución los profesionales disponen de 30 minutos para asistir a cada paciente, con el inicio de la pandemia y la incorporación de esta nueva modalidad de atención en línea, la durabilidad pasó en ciertas ocasiones a depender de situaciones externas a la institución y al profesional. Podemos pensar que las sesiones ya no se desarrollan en el ambiente del consultorio, espacio donde se encuentran paciente y terapeuta, sino que el paciente podrá decidir el lugar desde el cual iniciar la comunicación, lo cual puede llevar a que se vea más expuesto a interrupciones. En otros casos, los profesionales expresaron la necesidad de adaptar el dispositivo a cada paciente y a cada proceso psicoterapéutico particular: *incluso si al paciente lo vas a tener con cierta regularidad se acortan*. En este sentido, se concluye que, si bien la institución cumple un rol fundamental en la construcción del encuadre, los profesionales buscaron adaptarse de manera flexible a las circunstancias y a las necesidades de cada paciente en particular.

En concordancia con lo dicho anteriormente, la implementación del encuadre virtual implicó un gran desafío para los profesionales y, a su vez, una oportunidad para algunos pacientes. En algunos casos se observaron *resistencias a lo telefónico*, donde a veces la necesidad de brindar información sobre el funcionamiento del nuevo dispositivo resultó necesaria para sostener el espacio. Por otro lado, una de las profesionales manifestó que desde el inicio de las sesiones virtuales *las faltas se achicaron*, lo cual me lleva a inferir que dicha modalidad trajo sus beneficios, tanto para el paciente, ya que no requiere movilizarse hacia la clínica, donde la distancia geográfica no sería un obstáculo; como para la profesional: *como los llamo a los pacientes intento aprovechar el contacto más de seguido*. Para otra de las profesionales, la ausencia de lo visual que se da en el setting telefónico, resultó otro gran desafío y un cambio de *paradigma* respecto del que se tiene para la atención en consultorio cara a cara, donde el habla pasó a ser uno de los soportes de la comunicación a distancia.

A partir de los comentarios de los profesionales y lo recabado de las historias clínicas se observaron ciertas dificultades en la implementación del nuevo encuadre. A diferencia de los encuentros presenciales, donde el soporte material está a cargo del psicólogo, en las sesiones virtuales ambos de la dupla deben aportar de manera simétrica el aparato que se utilizará para

comunicarse. En este sentido, las dificultades o intentos fallidos de comunicación se hicieron presentes. En muchos casos, la dificultad para el paciente de instituir un espacio de intimidad-privacidad en sus casas, resultó en interrupciones por parte de la familia conviviente durante las sesiones telefónicas. Podemos pensar que estas situaciones constituyeron un desafío para los profesionales ya que requirió la necesidad de actuar frente a situaciones que estando en el consultorio presencial no ocurrirían. Además, se observó, que en pacientes con recursos yoicos debilitados, las sesiones virtuales podrían ser una amenaza a la privacidad, sobre todo en pacientes con ideas paranoides, por lo tanto, inferimos que se puso en juego el trabajo con el encuadre interno, el funcionamiento psíquico del terapeuta como un ambiente facilitador de holding, que propicie un marco donde se pueda contener lo que allí sucede. Sin embargo, me surgen interrogantes: ¿hay un límite que marque la posibilidad de mantener un encuadre virtual en estos casos? ¿Cómo reconocerlo?

Asimismo, en distintas ocasiones, los profesionales se vieron ante la necesidad de realizar algunas excepciones en la implementación de la modalidad de atención que se exige desde PAMI. El acceso a sesiones presenciales tuvo lugar en situaciones donde los pacientes no pudieron ser sostenidos de manera virtual. Se vio que la prioridad estuvo en cuidar al paciente internado: *donde el cuerpo cumple un rol fundamental que se puede sustituir en lo ambulatorio*. La comunicación por teléfono privado donde los pacientes pudieran ver la foto de perfil, fue la manera que tuvo un profesional para acercarse a la demanda que dejó la ausencia del cuerpo y la incertidumbre de saber quién está del otro lado de la línea. Las sesiones por videollamada también fueron incorporadas por uno de los profesionales, sin embargo, no en todos los casos, debido a lo agotadora que puede resultar. En este último caso, pareciera que, ante la sensación de no alcanzar con su presencia, el profesional requiere un mayor esfuerzo en mostrarse atento con la mirada o dispuesto ante los dichos del paciente. Podemos concluir que, ante la gran demanda de atención psicológica que se observó durante la pandemia y sobre todo el rol que jugó la ausencia del cuerpo en las sesiones telefónicas, la modificación del encuadre implicó buscar la manera de tomar la palabra con un paciente que se encontraba en situación de aislamiento o en un afuera saturado de temores.

Para pensar en el abordaje que ponen en marcha los profesionales, se partió de identificar si en el motivo de consulta del afiliado se refleja o no un deseo explícito de ayuda. A lo largo de la experiencia en los espacios de supervisión de casos clínicos, las profesionales comentaron sobre

casos de personas que llegaban a la consulta derivados desde el sistema judicial, donde no percibían una demanda real de atención, simplemente iban a realizar *tratamiento por encargo*. Se entiende que cuando la persona no presenta un deseo explícito de ayuda, no es posible iniciar un proceso psicoterapéutico, ya que para que la acción de los agentes terapéuticos sea efectiva, debe participar directamente la parte subjetiva del paciente-sujeto. Ante estos casos, los profesionales debieron proceder de una manera determinada que se establece desde la institución, por lo que concluimos que parte del abordaje que se lleve a cabo depende de condiciones impuestas desde la institución en respuesta a demandas extrainstitucionales. Esta experiencia me llevó a preguntarme: ¿qué ocurría con aquellos casos que, a pesar de llegar por motu proprio a la consulta, no se percibe una demanda real de atención? ¿Podríamos prestar la escucha de todos modos?

En esta línea, la experiencia me lleva a pensar que la puesta en marcha de un dispositivo de psicoterapia breve, proviene de la necesidad de hacer frente a los requisitos que impone la obra social PAMI a la institución para establecer el convenio. El tiempo que se dispone para asistir a cada paciente, así como la frecuencia entre sesión y sesión impide la conformación de un dispositivo psicoanalítico clásico, lo que lleva necesariamente a un abordaje que apunte al trabajo con los puntos de urgencia o las necesidades más inmediatas que requieran ser abordadas en cada sesión. Ante la llegada de la pandemia y consecuente aislamiento, este tipo de abordajes resultó sumamente necesario, debido a la crisis que suscitó en la población, la cual se vio reflejada en la agudización de los síntomas y en la gran demanda de asistencia psicológica que manifiestan los profesionales.

Se observó un rol más activo por parte de los profesionales, donde la regla fundamental del psicoanálisis, llamada “asociación libre” es reemplazada por “asociaciones intencionalmente guiadas” hacia el foco del tratamiento. Se pusieron en marcha intervenciones que apuntaron a generar cambios en el manejo de las defensas, con el objetivo de generar una mayor adaptación del sujeto a su entorno, incrementar su nivel de la autoconciencia para lograr una mayor comprensión de sus dificultades y el significado de las mismas. A su vez, el reconocimiento de las distintas dimensiones que se ponen en juego a la hora de pensar los casos y la posibilidad de incluir un espectro más amplio de intervenciones desde este enfoque, nos lleva a pensar en una clínica de la complejidad, que apunta a la concepción de un psiquismo abierto y en interacción constante con el afuera.

Asimismo, se observó el valor que se le atribuye a la valoración del médico psiquiatra y el tratamiento psicofarmacológico, el cual se ve reflejado en casos donde se realizaron intervenciones que apuntaron a trabajar sobre la adherencia al tratamiento farmacológico, al entender la importancia que asume la medicación para la mejoría de los síntomas del paciente; en la solicitud de adelantos o pedidos de consulta para la valoración del mismo; en otros casos se buscó incorporar la mirada del psiquiatra para pensar un mismo caso. En este sentido, concluimos que el trabajo en equipo o la posibilidad de incorporar una mirada externa sobre un caso, permite complejizar y enriquecer el abordaje y las intervenciones clínicas y asumir la complejidad necesaria con la que se requieren pensar las subjetividades actuales.

Por otro lado, en el relato de los distintos profesionales se observó el papel de la escucha durante las sesiones. Si bien podemos pensar que prestar la escucha es esencial en cualquier tipo de psicoterapias, los profesionales que asisten a afiliados de PAMI, entienden que es un sujeto que necesita hablar y ser escuchado, por lo tanto, la escucha pasó a ser una forma de alojar al sujeto que consulta. Ante la falta de cercanía corporal que se da en las sesiones virtuales, se hizo necesario buscar elementos de contención y presencia desde otras vertientes, donde pareciera que la escucha ocupa un rol fundamental para lograr un clima de encuentro y contacto con el paciente, una forma de “estar - sin estar” en la consulta.

Al iniciar el año 2021 me resultaba difícil aceptar la idea de unas prácticas virtuales, sin embargo, con el transcurrir de la experiencia la clínica me abrió puertas que no imaginaba posibles. Entendí que la pandemia y el aislamiento fue un momento de crisis por la que tanto la institución, los profesionales, los pacientes y sus familias, y la población en general se vio afectada y que la única manera de continuar con nuestras actividades era dando lugar a la creatividad y a la flexibilidad, necesarias para que aquello novedoso pudiera surgir. La virtualidad pasó a ser condición de posibilidad y como muchos me pregunto: ¿llegó para quedarse?

Esta experiencia me ha enriquecido tanto personalmente, al permitirme asumir una mirada más amplia y compleja sobre las interacciones humanas e institucionales; como profesionalmente, al poder aplicar no solo los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, sino también aquellos que la búsqueda activa me ha permitido incorporar. Asimismo, la participación en los espacios de supervisión de casos clínicos y las entrevistas a los profesionales, me han acercado notablemente al rol del psicólogo, a la práctica clínica en pandemia y me enseñó la importancia de poner en

marcha prácticas que hagan honor a la complejidad. Conocer el funcionamiento de una institución en convenio con una obra social particular, me ha llevado a ingresar en un mundo hasta el momento se podría decir que desconocido, y tener la posibilidad de observarlo desde “afuera”, me permitió asumir una mirada crítica y elaborar mi propio juicio sobre ello, necesario para el momento de introducirme al campo del ejercicio de esta profesión.

Finalmente, este trabajo aporta no solo la novedad de una práctica virtual y atravesada por una pandemia, sino también el conocimiento sobre el funcionamiento de un dispositivo del que no se había investigado antes y que lejos de dar explicaciones finitas busca generar interrogantes. Podemos ver cómo vivimos en un mundo voraginoso, que muta, se transforma constantemente, así también nuestras prácticas y formas de relacionarnos. A mí me tocó reflejar un recorte de lo que se vivió en la práctica clínica durante la pandemia y las modificaciones que resultaron necesarias para afrontar la crisis. En este año 2022, un año después, podríamos pensar: ¿cuáles son los desafíos de la post-pandemia en la práctica clínica?, ¿cuál será el rol de la virtualidad?, ¿cómo será el reencuentro cara a cara entre psicoterapeuta y paciente?, entre otras preguntas que podemos hacernos y que podrían dar paso a una nueva línea de investigación.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, J. G. (2006). Psicoanálisis, psiquismo y complejidad. *Poiésis*. <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/404>
- Agamben, G. (2014). ¿Qué es un dispositivo?: Seguido de El amigo y La Iglesia y el Reino. En Adriana Hidalgo (Ed.), *¿Qué es un dispositivo?* (1.a ed.).
- Aimar, C. (2020). *El proceso de internación en una Clínica monovalente de Salud Mental de la ciudad de Córdoba: criterios de ingreso, abordajes terapéuticos y criterios de externación* [tesis de grado]. Universidad Católica de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Albajari, V. (2004). *La entrevista en el proceso diagnóstico*. Buenos Aires: Psicoteca.
- Alizade, A. M. (2002). El rigor y el encuadre interno. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*, (96), 13–16. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1601>
- American Psychiatric Association (1995) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ªed.). Barcelona: Masson.
- Aryan, A., Briseño, A., Carlino, R., Estrada, T., Gaitán, A., & Manguel, L. (2015). Psicoanálisis a distancia: un encuentro más allá del espacio y del tiempo. *Calibán: Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 60-75.
- 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.
- Braier, E. (1980). *Psicoterapia breve: de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Campalans Pereda, L (2015). La cura analítica como producto artesanal. *Calibán: Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*.
- Carlino, R. (2006). *¿Psicoanálisis por teléfono?* Fepal - XXVI Congreso Federación Psicoanalítica de América Latina (FEPAL). Lima, Perú.
- 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.
- Carlino, R. (2020). Cyberanálisis: Consideraciones actuales. *Topía*.
<https://www.topia.com.ar/articulos/cyberanalisis-consideraciones-actuales>
- Clínica Privada Saint Michel SRL. (2019). Recuperado de: <http://saintmichelsrl.com.ar/>
- Código de Ética. (1999). Federación de Psicólogos de la República Argentina. Recuperado de: <http://www.fepra.org.ar/feprav3/node/220>
- Código de Ética. (2016). Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. Recuperado de <http://www.cppc.org.ar/nuevo-codigo-de-etica-del-colegio-de-psicologos-de-la-provincia-de-cordoba/>
- Díaz-Bravo, Laura, Torruco-García, Uri, Martínez-Hernández, Mildred, & Varela-Ruiz, Margarita. (2013) La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es
- Di Biasi, S. (2020). Off line. *Topía*. <https://www.topia.com.ar/articulos/off-line>
- 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.
- Fiorini, H.J. (2008). *Teoría y técnica de Psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión. Capítulo 2.
- Fiorini, H.J. (2018). *Psicoterapias psicoanalíticas: las prácticas clínicas prevalentes del psicoanálisis contemporáneo*. Cba: Ediciones del Boulevard.
- Freire, A. B. (1996). Mecanismo de acción de la psicoterapia dinámica breve. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 403-410.
<https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15547>
- García Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Amgamben. *A Parte Rei* 74.
<http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei>.

- García, M.M., & Tirado, M.L. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencias & Retos*, (15), 97-107.
- Gómez, A. (2020). El consultorio virtual llegó para quedarse. *Revista de política, derecho y sociedad*. ISSN 2524-9290. <http://revistabordes.com.ar>
- Green, A. (1990). *El silencio del psicoanalista*. En La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2008). André Green*: la representación y lo irrepresentable en la práctica contemporánea. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 110–119.
- Guber, R. (2011) *La etnografía: método, campo y reflexividad*. 1° ed. Buenos Aires: Siglo 21 editores.
- Gutiérrez, L. (2013). Observaciones clínicas de las sesiones que ocurren por videocámaras. Paper leído en la Reunión Científica de junio de 2013 de la Sociedad Chilena de Psicoanálisis ICHPA.
- Jara Holliday, O. (2010). Entrevista a Oscar Jara: La sistematización de experiencias, aspectos teóricos y metodológicos. Entrevistado por Matinal. *Revista Decisio*, 67-74. <https://cdn.crefal.org/CREFAL/revistas>
- Jezabel, H. L. Z., Guadalupe, M. A. L., & Hiram, P. G. H. (2021). Modificaciones en la psicoterapia psicoanalítica por la pandemia. *Revista Nthe*. Edición especial, 8-14.
- Ley N°26657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina, Buenos Aires, 25 de noviembre de 2010.
- Miari, A. S., & Fazio, V. P. (2017). *Perspectivas y abordajes de la demanda de urgencias en salud mental: psicoanálisis y psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV. Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires.

- Malaina, A. (2009). Tecnología y complejidad: una aproximación multidimensional desde el «pensamiento complejo» de Edgar Morin. *Dialnet*, 63-80. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2995140>
- Martínez Farrero, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(1), 53-69. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352006000100004&lng=es&tlng=es.
- Mauer, S., Moscona, S. & Resnizky, S. (2018). *Dispositivos clínicos en psicoanálisis* (2.a ed.). Letra Viva.
- Murillo, M. (2020) Cuatro reflexiones sobre la transferencia psicoanalítica a partir de la pandemia. *Diagnosis*, 1(17). <http://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/260>
- Organización Mundial de la Salud (1992) CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Ramírez, O. L. (1998). El paradigma de la complejidad en Edgar Morin. *Rev. Depto. de Ciencias*.
- Rea, S. (2020). El analista, Skype y lo que sucede entre ellos. *Calibán*, 17(1). <https://calibanrlp.com/el-analista-skype-y-lo-que-sucede-entre-ellos/>
- Real Academia Española (s.f.) Organigrama. En *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. Recuperado el 10 de agosto de 2022, de <https://dle.rae.es/organigrama?m=form>
- Rochkovski, O. (2016). La supervisión, un espacio para aprender el oficio de psicoterapeuta. *Topía*. <https://www.topia.com.ar/articulos/supervision-un-espacio-aprender-oficio-psicoterapeuta>
- Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Rubistein, A. (1996). *Sobre la admisión*. Jornadas provinciales de dispositivos de salud mental en instituciones públicas. Paraná, Entre Ríos, Argentina.

http://www.ps.i.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/146_acercamiento/material/rubistein_%20sobre_la_admision.pdf.

Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-188. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100008&lng=es&tlng=es

Soave, M. & Juaneu, L. (2018). Entrevistas de admisión: Implementación y características teórico técnicas. *Temas*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6749442>

Schroeder, D. (2010). Repensando el encuadre interno. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 110, 144-160.

Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y salud mental*. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. Posadas, Misiones, Argentina.

Traverso, G. y Salem Martínez, T. (2020). *Uso de la de la telepsicología como abordaje en el contexto de pandemia. Regulación. Consideraciones. Posibilidades para la clínica con orientación sistémica*. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-007/674>.