

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

El dispositivo asistencial en una institución de enfoque psicoanalítico durante el  
aislamiento preventivo por la pandemia COVID-19

Sabrina Luciana Biga

Tutora: Verónica Fernández

Buenos Aires, 5 de Octubre de 2020

## Índice

<b>1.</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1.</b>	<b>Objetivo General .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2.</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>4</b>
<b>3.</b>	<b>Marco Teórico.....</b>	<b>5</b>
<b>3.1.</b>	<b>Tratamiento en la clínica psicoanalítica .....</b>	<b>5</b>
<b>3.1.1.</b>	<b>Encuadre .....</b>	<b>6</b>
<b>3.2.</b>	<b>Inconsciente y sus manifestaciones .....</b>	<b>7</b>
<b>3.3.</b>	<b>El concepto de transferencia .....</b>	<b>10</b>
<b>3.4.</b>	<b>Intervenciones y posición del analista.....</b>	<b>12</b>
<b>3.5.</b>	<b>Motivo de consulta.....</b>	<b>14</b>
<b>3.6.</b>	<b>Clínica psicoanalítica de modalidad virtual.....</b>	<b>15</b>
<b>3.7.</b>	<b>Clínica psicoanalítica en período de aislamiento por pandemia .....</b>	<b>19</b>
<b>4.</b>	<b>Metodología.....</b>	<b>21</b>
<b>4.1.</b>	<b>Tipo de estudio.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2.</b>	<b>Participantes .....</b>	<b>21</b>
<b>4.3.</b>	<b>Instrumentos .....</b>	<b>22</b>
<b>4.4.</b>	<b>Procedimiento .....</b>	<b>23</b>
<b>5.</b>	<b>Desarrollo .....</b>	<b>23</b>
<b>5.1.</b>	<b>Características de la asistencia a pacientes en la institución .....</b>	<b>23</b>
<b>5.2.</b>	<b>Comparación del tratamiento presencial con el tratamiento virtual debido al confinamiento obligatorio.....</b>	<b>24</b>
<b>5.3.</b>	<b>Motivos frecuentes de consulta y comienzo de nuevos tratamientos en época de aislamiento obligatorio por pandemia.....</b>	<b>32</b>
<b>5.4.</b>	<b>Indagación sobre estrategias e intervenciones que utilizan los profesionales para asegurar la continuidad de los tratamientos virtuales y si se observan cambios en la transferencia con esta nueva modalidad .....</b>	<b>35</b>
<b>5.5.</b>	<b>Indagación sobre ventajas y desventajas que encuentran los psicoanalistas en la clínica psicoanalítica de modalidad virtual.....</b>	<b>44</b>
<b>6.</b>	<b>Conclusiones .....</b>	<b>49</b>
<b>7.</b>	<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>54</b>

## 1. Introducción

El presente trabajo final de integración se enmarcó en las experiencias y vivencias atravesadas en la Práctica y Habilitación Profesional V de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo. Estas prácticas fueron realizadas en una institución dedicada a la asistencia y docencia en psicoanálisis que es abierta a la comunidad. Específicamente las actividades principales de la práctica consistieron en realizar virtualmente tres cursos de posgrado de clínica psicoanalítica, en los cuales se realizaron supervisiones grupales de los profesionales de la comisión de cada posgrado. Uno de estos cursos fue de clínica psicoanalítica de niños y adolescentes, otro de adultos y, el último, más específico, de patologías del narcisismo. Otra actividad realizada en la práctica consistió en presenciar, de manera virtual, congresos y talleres clínicos de temáticas específicas como: “El fenómeno psicósomático en tiempos de cuarentena”, “Inhibición, Síntoma y Angustia”, “Taller clínico del qué hacer del Analista”, “De sujeto consultante a sujeto analizante”, “Posición del analista”, “El psicoanalista en la escena del Análisis”, “Qué cura el análisis”, “Clínica con niños en tiempos de cuarentena” y “La incertidumbre en tiempos de cuarentena”, entre otras. Otra actividad consistió en la realización de un curso virtual de “Formación Integral e Intensiva en Psiquiatría y Psicoanálisis”. Por último, en esta práctica se realizaron entrevistas a profesionales de la institución, de diferentes especialidades, quienes compartieron experiencias, casos y viñetas que permitieron recabar suficiente base empírica para poder llevar adelante y hacer tangible este trabajo final de integración.

Las prácticas profesionales se enmarcaron en un contexto muy particular e inédito, lo cual implicó realizarlas de manera cien por ciento virtual debido a una obligación de aislamiento social y preventivo generado por la pandemia de coronavirus (COVID-19), experiencia innovadora e interesante que impactó en la elección del tema a tratar, ya que despertó el interés por analizar un quiebre en el modo de ejercer la profesión psicoanalítica por razones de fuerza mayor. Es por eso que, las particularidades encontradas en la práctica, principalmente en el hecho de que, tanto los dispositivos de asistencia a pacientes como los de supervisión de profesionales se realizaron de manera virtual, sin excepción, han generado una nueva forma de practicar el psicoanálisis, forma que hasta el momento no era muy considerada por la mayoría de los profesionales psicoanalistas. A partir de lo antedicho, queda esbozado el interés por llevar a cabo el presente trabajo, el cual está relacionado con analizar cómo esa

situación coyuntural, inesperada e inédita de aislamiento social, obligatorio y preventivo, llevó repentinamente a la institución, y a sus profesionales, a cambiar las formas de asistencia a pacientes. El advenimiento de la pandemia no dio tiempo a reaccionar, y no pueden ponerse en “*pausa*” los tratamientos, ni tampoco se puede dejar de asistir a cualquier miembro de la comunidad que lo demande, es por eso que es interesante analizar la adaptabilidad de la institución y, a nivel más general, quizás de un paradigma (el psicoanalítico), debido a este cambio abrupto que obligó a un inmediato cambio de encuadre en los dispositivos de asistencia a pacientes. El objetivo de este trabajo de integración consistió en analizar el impacto que tuvo el aislamiento preventivo por la pandemia COVID-19 en el dispositivo asistencial de la institución, esperando que sea un análisis que muestre la adaptabilidad de la práctica del psicoanálisis a los nuevos tiempos que corren, más allá de una pandemia que obliga al aislamiento, tiempos en donde las comunicaciones y las relaciones están tendiendo cada vez más a la virtualidad.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Analizar el dispositivo de asistencia a pacientes de una institución con enfoque psicoanalítico durante el aislamiento preventivo por la pandemia COVID-19.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Comparar las características del dispositivo asistencial de la institución previas al aislamiento con las características del mismo durante el aislamiento.
- Analizar cuáles son los motivos frecuentes de consulta en época de aislamiento obligatorio y cómo los profesionales comienzan esos nuevos tratamientos con el nuevo encuadre que obliga el aislamiento.
- Indagar acerca de las estrategias e intervenciones que utilizan los profesionales para asegurar la continuidad de la asistencia a los pacientes en período de aislamiento obligatorio y si se observan cambios en la transferencia con la modalidad virtual de asistencia.

- Indagar las ventajas y desventajas que encuentran los profesionales psicoanalistas en realizar sesiones con sus pacientes de manera virtual durante el aislamiento.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1. Tratamiento en la clínica psicoanalítica**

A fines del siglo XIX Sigmund Freud (1895) sentó las bases del psicoanálisis como tratamiento y como método de investigación de los procesos psíquicos. Hasta ese momento, el tratamiento anímico se basaba en problemas de la vida anímica y era llamado “*tratamiento del alma*”, será Freud el primero en hacer referencia al concepto de “*tratamiento psíquico*”, no como un tratamiento del alma, sino como uno “*desde el alma*”, poniendo énfasis en que lo anímico no se trata de una dimensión aislada, sino que fluye e influye sobre lo corporal. Para Freud, la palabra es un medio para generar transformaciones anímicas sobre la persona a quien va dirigida, por lo tanto, es el recurso e instrumento principal del tratamiento psíquico, planteando que, será a través de esa palabra que se podrán erradicar patologías, sobre todo aquellas que se fundan en estados anímicos. Plantea a su vez, que la forma de lograr esa cura consistirá en una interpretación profunda de los procesos anímicos (Freud, 1890) ya que el síntoma patológico tiene un sentido (Freud, 1904) y, por lo tanto, es un indicio para revelar un proceso anímico más relevante (Freud, 1916a). De este modo propone al modelo psicoanalítico como el resultado de la experiencia que debe ser guiado por un médico formado en psicoanálisis (Freud, 1913c) y afirma que se trata de un modelo para investigar procesos psíquicos que pueden ser inaccesibles de otra forma (Freud, 1922).

Otro gran referente del psicoanálisis fue Jaques Lacan, quien propone un retorno a los escritos de Freud debido a que consideraba que el movimiento psicoanalítico del momento se había convertido en una antítesis del método que Freud había fundado (Lacan, 1956). Re versionando el concepto de tratamiento psíquico de Freud, Lacan utiliza el concepto de “*cura analítica*” (Lacan, 1955b), una cura dirigida por el analista que no implica dirigir al paciente, aplicando en esa dirección de la cura una serie de consignas para propiciar la situación analítica (Lacan, 1958a). El autor define a la técnica del psicoanálisis como aquello que remite al orden del lenguaje y la palabra, y la llama “*técnica de la palabra*”, sosteniendo que sólo en función de esa palabra se pueden diferenciar los distintos aspectos del análisis para que puedan tomar su sentido y lugar justo (Lacan, 1954a). De este modo, la palabra es la mediadora del psicoanálisis y, si bien toda palabra requiere de una respuesta, aunque ésta sea solo un silencio, lo que

importa es que exista un oyente (Lacan, 1953). Al igual que Freud, Lacan también plantea que la palabra posee el poder de curar (Lacan, 1958a), otorgándole a ésta una función fundamental que es la de reconocer el deseo, reconocimiento que se da sólo cuando éste se nombra ante el Otro (Lacan, 1954b). Asimismo, afirma que, un análisis eficaz es el que permite que el sujeto pueda reconocer y nombrar su deseo (Lacan, 1955a). De este modo, en el análisis se trata la problemática del deseo debido a que se goza de desear y por eso se necesita mantener el deseo insatisfecho (Lacan, 1958c). Respecto a la meta del psicoanálisis, Lacan plantea que consiste en alcanzar la verdad del sujeto, la verdad sobre su deseo (Lacan, 1953).

### 3.1.1. Encuadre

El concepto de encuadre se refiere a las pautas que se establecen para poder brindar los tratamientos psicoanalíticos. Respecto a dichos lineamientos para que se pueda dar el análisis, Freud plantea reglas y consejos que hacen al marco del método psicoanalítico. El objetivo de establecer esas pautas consiste en el hecho de poder cumplir con la regla fundamental del psicoanálisis que consiste en la utilización de la técnica de la *“asociación libre”*, la cual se basa en solicitarle al paciente que hable sobre todo aquello que le traiga la observación de sí mismo evitando cualquier objeción lógica y afectiva que lo lleve a seleccionar lo que va a comunicar. Esta técnica requiere de una exigencia para con el analista que consiste en mantener la misma atención a todo lo que escucha del paciente sin fijarse en nada en particular ni reemplazar, por un reparo propio, la selección que el paciente no realizó. A esa capacidad de escucha del analista Freud la llama *“atención flotante”*, la cual requiere del deber del analista de valorizar todo lo que el paciente comunica para poder realizar un discernimiento de lo inconciente (se respetan las traducciones exactas de los textos originales de Freud) como objetivo del tratamiento (Freud, 1913a, 1913b).

Existe otra pauta psicoanalítica vinculada al concepto de encuadre propuesta por Freud, que consiste en solicitarle al paciente que se recueste sobre un diván mientras el analista se sienta detrás, de modo tal que el paciente no pueda verlo. Freud confiesa que utiliza el diván debido a que no puede tolerar la acumulación de miradas fijas de sus pacientes y, además, porque no quiere que

posibles expresiones gestuales de él, den lugar a interpretaciones por parte del paciente e influyan en su relato. De este modo, la utilización del diván permite realizar un corrimiento de la mirada para priorizar la escucha (Freud, 1913a). Coexisten otras pautas más específicas del método psicoanalítico que están más ligadas a recomendaciones al analista, como el hecho de no tomar notas extensas, no elaborar casos científicamente hasta que estén cerrados, mantener una frialdad de sentimiento, pautar una hora determinada de tratamiento, no determinar un tiempo de duración del tratamiento, aunque sí de duración de las sesiones, y fijar honorarios, entre otras (Freud, 1913a, 1913b). En relación a la fijación de un tiempo de duración de la sesión de análisis, Lacan se separa de Freud haciendo mención a lo que denomina “*tiempo lógico*” (en oposición al tiempo cronológico), planteando que se deben articular los tiempos para comprender en beneficio de los tiempos para concluir con el fin de provocar la meditación del sujeto, afirmando que el inconsciente necesita tiempo para revelarse. En línea con lo anterior, Lacan sostiene que la suspensión de la sesión no debe ser indiferente a la trama del discurso y el sujeto debe experimentarla como una puntuación en el análisis. Por otro lado, respecto a la duración del tratamiento, Lacan también plantea que la misma tiene carácter de ser indefinida, ya que no se puede prever cuál será el tiempo del sujeto para comprender (Lacan, 1953).

### **3.2. Inconsciente y sus manifestaciones**

Como se desarrolló anteriormente, una exigencia que Freud le plantea al analista está vinculada a la escucha total sin recortes o selecciones atencionales. Esta obligación está basada en que debe ser valorizado todo lo que el paciente comunica para permitir el discernimiento de lo inconsciente como objetivo del tratamiento (Freud, 1913a, 1913b). Freud plantea que la vida anímica consiste en función de un “*aparato psíquico*” (Freud, 1938). Para explicar lo inconsciente, como componente de dicho aparato psíquico, Freud define primero lo “*conciente*”, determinándolo como aquella representación de la que una persona se puede percatar. Luego de esta afirmación, plantea que existen representaciones de las que una persona no puede percatarse conscientemente pero que existen en su vida anímica, a estas últimas las llama inconcientes (Freud, 1912a). Para desarrollar su primera tópica de conformación del aparato psíquico, Freud aborda un concepto clave del psiquismo llamado “*represión*”, que consiste en el proceso que censura contenidos para mantenerlos en el orden del inconsciente (Freud, 1915). Dado que existen representaciones latentes (inconcientes) que pueden ser susceptibles de

conciencia y otras insusceptibles de conciencia, Freud establece otro sistema que completa su primera tópica, al que llamó “*pre conciente*” que implica todo aquello inconciente latente susceptible de conciencia, definiendo finalmente al “*inconciente*” como aquello inconciente reprimido insusceptible de conciencia (Freud, 1923).

Respecto a las manifestaciones de ese inconciente, Freud analiza al sueño y determina que el inconciente es una instancia del aparato psíquico que le da fuerza constituyente al sueño para formarse, en donde el deseo inconciente es el puntapié inicial que hace posible dicha formación, siendo el sueño una formación psíquica que permite acceder a ese inconciente. Para eso, propone la técnica que permite indagar al inconciente develando el sentido del sueño, a dicha técnica la llamó “*la interpretación de los sueños*” y la define como “*vía regia*” para poder acceder a lo inconciente, es decir, la vía más directa (Freud, 1900a, 1900b). El autor inaugura este método interpretando el sueño de una paciente y plantea que, al realizar una completa interpretación de un sueño, éste suele mostrar la realización de deseos (Freud, 1900a) y, a veces, esos deseos aparecen disfrazados debido a censuras (Freud, 1900b). Posteriormente, Freud descubre que existen diferentes actos psíquicos, no solo el sueño, que ponen de manifiesto al contenido inconciente, actos como el chiste, el lapsus, el olvido y los fallidos, al mismo tiempo que realiza ejemplificaciones de lo inconciente en la vida cotidiana de las personas (Freud, 1901, 1905). A los olvidos los llama también amnesias y plantea que se presentan debido a la represión. De este modo, a todas aquellas ocurrencias que se evitan con cualquier tipo de pretexto las considera brotes de lo reprimido, es decir, desfiguraciones de eso reprimido por la resistencia que genera el hecho de reproducirlos en donde, a mayor resistencia, mayor será la desfiguración. El método psicoanalítico permite entonces avanzar desde las ocurrencias (que pueden ser por medio de la asociación libre) hacia lo reprimido, es decir, desde las desfiguraciones hacia aquello desfigurado; en definitiva, volver accesible a la conciencia lo que anteriormente fue inconciente (Freud, 1904).

Con el avance de sus obras, Freud se da cuenta que esa primera tópica no bastaba para su práctica analítica, debido a que del yo (dependiente de la conciencia) también surgen las represiones, vislumbrando que en ese yo también hay algo inconciente (Freud, 1923). A partir de este quiebre, Freud plantea una

segunda tópica de conformación del aparato psíquico, comprendido por un “ello” como aquello psíquico inconciente que no ha salido a la luz, planteándolo como una especie de superficie sobre la que se asienta el yo y cuyo contenido se basa en lo heredado desde el nacimiento y lo establecido a nivel nuclear. Por otro lado, el “yo” conforma otro elemento del aparato psíquico, el más superficial, que dispone sobre los movimientos voluntarios, apunta a la auto conservación a través de la percepción sensorial y cumple la función de llevar a cabo acciones en relación al mundo exterior. Sin embargo, el yo cumple otra función vinculada a lo interno, específicamente hacia el ello, decidiendo sobre la satisfacción o no de las exigencias provenientes del ello. En otras palabras, el yo es guiado por las tensiones provenientes del ello como núcleo desde el que se soporta el yo. El último concepto abordado en la segunda tópica es el “*superyó*”, que implica todo lo que representa el vínculo con los padres y forma parte del yo, guiando también sus funciones (Freud, 1923, 1938).

Lacan afirma que, con su segunda tópica, Freud propone un paradigma revolucionario que plantea que el sujeto no debe confundirse con el individuo, planteando un sujeto “*descentrado con respecto al individuo*” al que “*hay que saber oírlo*” (Lacan, 1954c). En línea con esto, para Lacan, el lenguaje estructura al inconsciente (Lacan, 1964b) por lo tanto, este último es la parte del discurso que busca continuar con el discurso consciente y no permite que se disponga el sujeto, planteando que ese inconsciente puede ser descifrado (Lacan, 1953). Para el autor, el sujeto se produce con la existencia de un Otro del lenguaje, el lenguaje es su causa (Lacan, 1949). Se trata de un inconsciente entramado en las huellas de lo que opera para que el sujeto se constituya, lo cual supone el reconocimiento del lenguaje como causa del sujeto. Para Lacan, el inconsciente es lo que se dice, se manifiesta a través del discurso, se sitúa en el lugar del Otro y debe producirse en la enunciación del discurso, enfatizando que el inconsciente se dirige al lugar del analista, emerge siempre y cuando el analista busque que se propicie el discurso analítico. Es por eso que el inconsciente no puede separarse de la presencia del analista, ya que esta presencia “*es una manifestación del inconsciente*” en sí (Lacan, 1964b, 1964c). El analista debe crear condiciones propicias para que la palabra plena surja, ya que ésta es del orden del inconsciente, es aquella que produce una verdad que transforma al sujeto, por eso Lacan afirma que el psicoanálisis apunta a que se presente la palabra verdadera (Lacan, 1953).

### 3.3. El concepto de transferencia

Con respecto al concepto de transferencia, Freud hace alusión a ella como una de las primordiales tareas de la cura (Freud, 1913a). Para referirse a la transferencia, el autor plantea previamente que el síntoma es la consecuencia que genera una vivencia traumática que deja almacenada un recuerdo al cual llama “*huella mnémica*” que actúa como núcleo patógeno, siendo el objetivo de la terapia psicoanalítica acceder a dicho recuerdo de la vivencia para poder apaciguar la carga afectiva generada por dicha huella. Para lograr acceder a ese núcleo patógeno, en el análisis se debe ir recorriendo el resto de las representaciones y, durante ese proceso, pueden emerger afectos que no posean representaciones y que éstos se aferren al analista por ser la persona más cercana. Así Freud llega a una primera acepción de transferencia, que considera de tipo negativa, como la resistencia que genera esa falsa ligadura de afectos con el analista, basada en sentimientos hacia otra persona que son desconocidos por el paciente debido a la resistencia, la cual obstruye la continuidad del camino hacia la cura en donde la clave consiste en vencer dicha resistencia (Freud, 1895). Una segunda acepción de transferencia, también de tipo negativa, es la de ser considerada como re elaboraciones y re ediciones de los mismos impulsos pulsionales y fantasías que sustentan a los síntomas, pero que, en el presente, se ponen en el vínculo con el analista, generando que lo que se ha cursado con personas significativas de la infancia, en el presente se despliegue con el analista. Estas re actuaciones son un obstáculo en el tratamiento, transferencia que se entiende como una resistencia en la que surge la repetición (Freud, 1901). De este modo, se puede inferir la transferencia a partir de la repetición que realiza el paciente, quien Freud afirma “*repite todo*” y que esa repetición se refiere al pasado puesto en la transferencia (Freud, 1914). Existe una tercera acepción freudiana del concepto de transferencia, también de tipo negativa, vinculada al proceso de analizar fantasías incestuosas reprimidas en donde la libido se separa de los síntomas para trasladarse al analista, produciendo un freno en el avance del análisis (Freud, 1912b). Sin embargo, pese a esos aspectos negativos de la transferencia, ésta última es un motor que permite la cura y es llamada de tipo positiva debido a que, venciendo las resistencias se puede acceder a lo reprimido, abordándose en el presente aquello que generó el

síntoma, y esto sólo puede realizarse a partir del traslado de los afectos a la relación con el analista, produciéndose así una verdadera transferencia (Freud, 1914). Otra faceta positiva de la transferencia es lo que se genera cuando el analista se apodera de toda la sintomatología y así evita que el paciente vuelva a reprimir, encontrando de este modo otro curso para la libido más satisfactorio (Freud, 1916c). La transferencia aparece desde los inicios del tratamiento y se registra si se presenta la resistencia ligada a una pulsión que tiene origen sexual o al exteriorizarse mociones hostiles; la fuente de la transferencia es la demanda de amor o formas sutiles de solicitudes de amor (Freud, 1916b).

Partiendo de los desarrollos de Freud, Lacan difiere con Freud en lo que respecta a la repetición, sosteniendo que la transferencia no se reduce a la repetición, sino que se produce algo más vinculado con el presente, con lo novedoso que se presenta entre el paciente y el analista (Lacan, 1961). Plantea que la transferencia es una inmediata consecuencia de la estructura de la situación analítica que surge de la dialéctica de la intersubjetividad, siendo primordial que el analista se aloje en el lugar del Otro, un Otro como lugar de operación del lenguaje (Lacan, 1951). Es así que se plantea un lugar del analista en la transferencia que tiene un doble sentido: por un lado, el lugar en el que lo sitúa el analizante y por el otro el lugar en el que debe estar el analista para responder (Lacan, 1961). En línea con esto, sostiene que la transferencia se instala a partir de un sujeto a quien se le supone saber y lo llama "*Sujeto Supuesto Saber*", y sólo cuando el analista ocupa ese lugar se considera establecida la transferencia (Lacan, 1964b) ya que ese sujeto supuesto oficiará de pivote para articular todo lo transferencial (Lacan, 1967). Se trata de un saber que se le supone al analista, el analista no lo tiene, es un saber que se presentará desde el analizante (Lacan, 1967). El analista ocupa ese lugar de portador de un saber para el sujeto y Lacan lo plantea como factor clave para que la transferencia pueda establecerse (Lacan, 1964b). Asimismo, sostiene que no hay síntoma todavía para el psicoanálisis si aún no entra el analista en juego, es decir, si no entra aún el saber en juego (Lacan, 1965). En línea con esto, la autora Colette Soler (1984), plantea que el síntoma se convierte en interrogante debido a la transferencia y que lo que sostiene a la transferencia tiene que ver con el saber que se supone que puede responder a cualquier pregunta que se realice el sujeto, es decir, la demanda al Otro para que responda.

Lacan plantea otro factor clave para que la transferencia se instale que consiste en que el analista aporte su deseo de analizar, lo cual es conceptualizado por Lacan como "*deseo del analista*". Se trata de un deseo que implica esa apuesta a un sujeto y a

un saber por venir en el discurso analítico (Lacan, 1961). Es por eso que Lacan sostiene que la condición fundamental para ser analista es el hecho de que el propio analista pase por el proceso de cura analítica (Lacan, 1961). Respecto a ese deseo, el analizante le supone un deseo al analista que funciona como fuerza que empuja el proceso analítico debido a que el analizante trabaja para intentar descubrir esa incógnita acerca del deseo del analista y por eso el deseo del analista consiste en el motor de la transferencia (Lacan, 1964a).

Por último, respecto a la transferencia, y respondiendo a aquellos que se desviaron de los fundamentos freudianos, Lacan plantea que el lazo transferencial no es afectivo, sino dialéctico, su motor es poder buscar la verdad del síntoma y, para eso, es necesario articular el análisis desde la dialéctica en donde la presencia del analista permite encontrar el discurso, ya que es a éste a quien se dirige la palabra (Lacan, 1951). También aclara que no debe confundirse la necesidad de presencia física del paciente con la relación analítica en sí (Lacan, 1958a), ya que esta última se trata de una relación transferencial que permite construir algo al sujeto, construcción que se dirige al analista ubicado como un Otro (Lacan, 1961).

#### **3.4. Intervenciones y posición del analista**

El concepto de intervención implica aquello que realiza el analista en el proceso analítico para que pueda alojarse el sujeto del inconsciente. Lacan utiliza el concepto de intervención afirmando que el analista es libre de elegir las intervenciones, de elegir el momento de realizarlas y de elegir la cantidad de las mismas con el fin de favorecer el discurso analítico para que se produzca el inconsciente (Lacan, 1958a). Plantea que la posición del analista se basa en articular estrategias para propiciar el advenimiento del inconsciente, ya que es en el campo del Otro que eso ocurre (Lacan, 1964c), y se trata de una posición en la cual los sentimientos del analista no tienen lugar posible (Lacan, 1958a).

Como se mencionó anteriormente, el método psicoanalítico se sustenta con la aplicación de la regla fundamental de la asociación libre, la cual implica una escucha activa que permita una atención flotante por parte del analista (Freud, 1913b). Lacan sostiene que la sola presencia del analista permite que el discurso se produzca, por ser a quien se dirige la palabra, siendo esa presencia una intervención en sí misma (Lacan, 1951). Asimismo, sitúa la posición del

analista como la de un oyente e intérprete (Lacan, 1955b) cuya escucha se acomoda más allá del discurso (Lacan, 1958a). Para Lacan, cada vez que el analista interviene con la palabra, puede reconocer o invalidar al sujeto, por eso la responsabilidad de la intervención del analista con la palabra es tan importante (Lacan, 1953). En línea con esto, Jacques Miller sostiene que, debido a que la palabra del analista es de lo más relevante para fijar la posición subjetiva, una puntuación atinada tiene que ver con cómo el analista fija dicha posición del sujeto, siendo este un acto ético del analista (Miller, 1997a).

También se ha mencionado que la interpretación es una técnica psicoanalítica que el analista utiliza, la cual, en los primeros trabajos de Freud, consistió en una interpretación abocada solamente a los sueños (Freud, 1900a). Respecto a la interpretación, Lacan sostiene que debe ser buena y debe realizarse en el momento indicado (Lacan, 1954d), al mismo tiempo que afirma que la interpretación es decisiva en la transferencia, ya que es el momento en el que el inconsciente se cierra y es a través de la interpretación que se sostiene el discurso del Otro (el del inconsciente), solicitando que se vuelva a abrir (Lacan, 1964b). Al mismo tiempo, plantea que el analista, en sus interpretaciones, actúa desde el lugar que la transferencia le supone, en cuanto Otro al cual se dirige el sujeto (Lacan 1958a).

Basándose en las dificultades que devienen del manejo de la transferencia, Freud plantea el principio de abstinencia en la cura analítica, que consiste en la renuncia del analista de corresponder a la necesidad del paciente (Freud, 1918). Coincidiendo con Freud, Lacan afirma que dicha abstención consiste en la negativa del analista a responder y es un elemento del análisis (Lacan, 1953). A esta posición del analista de no complacer, de no satisfacer la demanda del analizante, Miller (2006) la plantea como otra forma de intervenir en el psicoanálisis. Miller también sostiene que el analista interviene desde un lugar particular en el discurso, que puede ser desde la interpretación o desde el silencio, siendo más importante el lugar desde el que el analista habla que lo que diga en sí.

En la actualidad, Sebastián Plut (2020), analizando un momento inédito en la historia de la humanidad en la cual gran parte de las personas se encuentran aisladas debido a una pandemia por coronavirus, propone reflexionar sobre la función del analista en un encuadre analítico virtual (obligado y no planificado). El autor hace mención a las posibles intervenciones en dicho contexto, sosteniendo que los analistas no deben sugerir “*no tener miedo*”, ya que, quienes padecen tienen la necesidad de dar

lugar a los afectos penosos y de contar con un testigo e interlocutor y no con un consejero de prácticas atinadas. Así, propone como recurso consultarle al paciente si recuerda un sueño, con el fin de reconectarlo con algo más propio y genuino de su subjetividad.

Hasta aquí se estuvo tratando las técnicas psicoanalítica en relación al tratamiento de adultos, sin embargo, dichas técnicas debe diferenciarse de la de niños, afirmación que realiza Freud al plantear que es necesario modificar la técnica cuando se habla del tratamiento de niños, ya que el adulto es distinto al niño debido a que, en este último, aún no está desarrollada su psiquis y no soporta la técnica de la asociación libre, y, además, porque existe un inevitable involucramiento de los padres (Freud, 1932). En relación a esto, Melanie Klein (1932), psicoanalista post-freudiana, en su práctica psicoanalítica con niños también consideró necesario hallar una técnica más adaptada al niño, técnica que consistió en la utilización del juego. La autora afirma que, a través del análisis del juego se puede acceder a experiencias y fijaciones extremadamente reprimidas del niño. De esta forma plantea que la única diferencia que existe entre la práctica psicoanalítica con adultos y con niños es meramente técnica. Respecto al juego, Freud plantea que el niño lo dirige por su único deseo de ser adulto, imitando en el juego lo que le resulta familiar en el contexto que lo rodea (Freud, 1908).

### **3.5. Motivo de consulta**

El concepto motivo de consulta se refiere a aquello que dice el paciente que lo lleva a solicitar tratamiento en la primera entrevista, que es llamada institucionalmente entrevista de admisión. Respecto a esto, Freud sostiene que, para que exista un tratamiento debe existir algo que lo impulse, y ese motor está compuesto por el padecer del paciente y su deseo de sanar (Freud, 1913a). En los inicios del tratamiento, Freud aconseja comenzar con encuentros de prueba para poder conocer el caso y determinar si el paciente es apto para el análisis, esos encuentros a modo de prueba tienen que enmarcarse bajo las reglas estipuladas por el método psicoanalítico (Freud, 1913b). Lacan nombra a esas sesiones de ensayo como “*entrevistas preliminares*” (Lacan, 1958a) en las cuales aún no está instalada la transferencia y opera el discurso del yo, en el cual no emerge el sujeto del inconsciente debido a ser un discurso en donde suele

fluir lo que llama “*palabra vacía*”, la cual no vislumbra la posición subjetiva (Lacan, 1953). Lacan plantea que existe un pasaje del pedido a la demanda, y es el paciente quien construirá y le dará forma a esa demanda (Lacan, 1975). El autor sostiene que dicho pasaje del pedido a la demanda se dará por efecto de la transferencia generando la transmutación del sujeto (Lacan, 1958a). Respecto a las entrevistas preliminares, Miller las plantea como la práctica que brinda estructura a la “bienvenida” del paciente, en las cuales el analista demora el inicio del proceso analítico hasta que autorice, y luego avale, la demanda de análisis (Miller, 1997b).

Respecto a la demanda, Lacan la articula con la necesidad y el deseo para poder desarrollar los tres conceptos, basándose en un primer tiempo lógico en el que un infante (por sus condiciones prematuras), para satisfacer sus necesidades, tiene que acudir a otro, el concepto de necesidad se refiere al instinto biológico, proveniente del organismo y que puede ser satisfecho. Será ese Otro poseedor de lenguaje y lleno de significantes, el que decodificará el pedido como una demanda. Desde ese momento, el sujeto queda determinado por los significantes del Otro y comenzará a realizar pedidos bajo la misma dinámica. Sin embargo, existe un momento en el que el objeto que ofrece el Otro no satisface al sujeto, debido a que existe algo más allá de la demanda de satisfacción, se trata de una demanda que no pide por el objeto sino la presencia del Otro, se trata de una demanda de amor, debido a que se pide al Otro un signo de amor, vinculado con la falta en el Otro. Asimismo, Lacan plantea que la necesidad se articula por medio de la palabra y existe algo que escapa a ellas, se trata de un resto entre la demanda de amor y la demanda de necesidad que no puede ser articulado por el lenguaje, ese resto es el deseo y ese deseo no es articulable por la vía de los significantes. Se trata de un deseo sostenido en la falta, y esa falta es la causa del deseo, por lo tanto, el deseo siempre queda insatisfecho. Estos conceptos relacionados de necesidad, demanda y deseo tienen un rol en la cura analítica debido a que el analista representa al Otro al que se le demanda y al mismo tiempo se pone en juego el deseo que es del Otro. Estos tres conceptos articulados hacen a la constitución del sujeto (Lacan, 1958b, 1958c).

### **3.6. Clínica psicoanalítica de modalidad virtual**

En relación a la práctica psicoanalítica virtual, León Saúl fue uno de los primeros analistas en publicar escritos sobre una práctica psicoanalítica telefónica, planteando que sus escritos podían no ser bien recibidos en la comunidad psicoanalítica

debido a que se aprendió a pensar sobre premisas básicas que fueron inculcadas y, cuando se cambian dichas bases y son totalmente diferentes a las primarias, puede abrirse un espacio de prejuicios opositores a la idea que se pretende expresar. Al mismo tiempo, supone que se realiza esta variante de práctica psicoanalítica pero que no son publicadas por el posible rechazo del resto de la comunidad psicoanalítica (Saúl, 1951). El autor Ricardo Carlino, basándose en su experiencia profesional como analista, y, específicamente, habiendo llevado adelante prácticas a distancia, ya sea por teléfono o por otras modalidades, defiende al “*método psicoanalítico a distancia*” - así lo llama - y sostiene que se deben desarrollar habilidades perceptivas como lo hacen los no videntes para compensar las limitaciones sensoriales propias de este nuevo método, afirmando que la transferencia se produce aún con dichas limitaciones (Carlino, 2006). Plantea que lo fundamental es el discernimiento de lo inconsciente que se produce a través de la asociación libre y, para ello, no es indispensable la presencia física, explicando que él mismo pudo comprobar que el psicoanálisis a distancia posibilita la manifestación de sintomatología y los motivos que llevaron al paciente a elegir ese tipo de tratamiento. Incluso, observó la ventaja para pacientes con dificultades vinculares, para quienes esa modalidad es la única forma de iniciar y/o continuar un tratamiento (Carlino, 2010). En relación a la transferencia, plantea que el abordaje de las resistencias al análisis no depende del método sino de la habilidad de conducir el análisis por parte del analista y eso estará presente sea cual fuere el lugar y la modalidad en que se lleve adelante la práctica analítica. El autor plantea que se debe contar con un encuadre adecuado y claro que fomente el diálogo analítico (Carlino, 2014). Asimismo, sostiene que el diálogo que se da en la sesión analítica por teléfono no es virtual, ya que ocurre entre quienes participan del mismo, sólo que es llamado virtual por el medio de comunicación que se utiliza. Con respecto a las palabras en el diálogo, éstas se constituyen como contenido manifiesto, es decir, significantes de lo que se habla. Carlino (2011) hace un análisis del concepto de presencia, afirmando que siempre ha estado ligada a la idea de lo que está a la vista o en determinado lugar, y lleva el concepto de presencia a la clínica psicoanalítica a distancia, sosteniendo que en ella no hay ausencia de presencia sino que se trata de otro tipo de presencia en el encuentro que no es cuerpo a cuerpo pero sí lo es de persona a persona, en una hora, día y a través de un

medio comunicativo, aspectos previamente acordados y que se enmarcan en los términos del contrato analítico, brindando este encuadre un soporte al diálogo analítico que no es virtual, encuadre que depende, en parte, del paciente. El lugar de encuentro ya no es físico, sino que se trata de un punto de contacto comunicacional, imprescindible para que se dé el encuentro entre participantes del diálogo que sienten la sensación de presencia al escucharse y entablar un diálogo. Lo que hace a la estructura base del diálogo analítico está vinculado a la regla fundamental, la cual se hace presente en toda la sesión virtual, que consiste en la interacción de la técnica de la asociación libre con la atención flotante del analista. Carlino (2011) plantea esta modalidad “*a distancia*”, como una técnica, en la cual el analista debe adquirir formación específica que el análisis clásico no contempla y, para ello propone compartir entre profesionales que la apliquen, experiencias en la práctica clínica, ya sea en supervisiones como en ateneos, para que esta nueva modalidad posea procesamiento, crítica y apoyo tanto grupal como institucional. También propone que, al ser un método que está en etapa experimental, la ética profesional obliga a informar al paciente sobre dicho carácter experimental. Asimismo, sostiene que, para evaluar este tipo de práctica psicoanalítica, no se debe poner el foco en la forma de llevarlo a cabo, sino en el contenido del diálogo y en todo lo que muestre el material clínico analizado, ya que el análisis se presta en el analizante. Al mismo tiempo, afirma que, si bien para Freud, Lacan y sus discípulos más destacados era impensado realizar un análisis por teléfono, el psicoanálisis aún está en vías de desarrollo en donde la necesidad consiste en actualizar las formas de practicar el psicoanálisis, formas que son propias y específicas del proceso analítico a distancia, las cuales deben enmarcarse en las condiciones que sustenta la teoría psicoanalítica (Carlino, 2011). El autor se anima a describir características de este nuevo método psicoanalítico a distancia, sosteniendo la necesidad de acordar un contrato analítico entre paciente y analista que considere un encuadre apropiado y coherente con los principios básicos del análisis clínico. Incluso algunos analistas especifican que el paciente se recueste con una cámara detrás de él simulando el diván del consultorio, esto último tiene más que ver con un estilo o costumbre de aplicación del método que con el encuadre en sí. Otra característica del psicoanálisis a distancia, consiste en la colaboración por parte del paciente de contar con dispositivos comunicacionales adecuados y de utilizar una pronunciación que permita la escucha adecuada de su discurso. Al mismo tiempo, se espera que el analista no hable de más frente a los

silencios ni tampoco permanezca mucho tiempo callado, expectativa que en realidad está vinculada a su práctica profesional sea cual fuera la modalidad (Carlino, 2014).

En cuanto a las ventajas de las psicoterapias de modalidad virtual, el autor Franz Caspar menciona que éstas aumentan la accesibilidad al tratamiento, reduce costos, permite otro tipo de intervenciones que no pueden realizarse de manera presencial y mejora la aceptación del tratamiento (Caspar, 2004). Carlino, quien fomenta y defiende practicar la psicoterapia no presencial, enumera varias ventajas que van más allá de la posibilidad de realizar un tratamiento psicoanalítico sin concurrir al consultorio. Una de ellas consiste en el aumento de la oferta de analistas disponibles para cualquier persona, ampliando así las opciones de elección. Otra gran ventaja está vinculada con los tiempos de traslado al consultorio, los cuales dejan de existir y eso hace los tiempos de pacientes y analistas más aprovechables. Al mismo tiempo, el psicoanálisis virtual consiste en un método que puede ser utilizado como auxiliar de los tratamientos en consultorio en situaciones específicas en las que el paciente o el analista consideren. Otra ventaja muy importante está relacionada con aquellos casos de pacientes en situaciones de crisis o que son muy dependientes, en donde con esta modalidad, por el simple hecho de saber que el analista está al alcance de un llamado, mail, chat o video llamada, se los ayuda y eso hace que sientan que pueden contar con la presencia del analista en cualquier momento, aún si no llegan a hacer ese llamado (Carlino, 2008).

En cuanto a las desventajas del método, Carlino plantea que los silencios muy extensos dificultan la comunicación ya que el hecho de hablar es lo que sustenta la comunicación a distancia, es por eso que plantea que dichos silencios pueden obstaculizar el diálogo, elemento que es indispensable en esta modalidad de análisis. Asimismo, el autor explica que, al finalizar la sesión “*a distancia*”, el paciente retoma inmediatamente sus actividades habituales, pasando bruscamente de conectarse con su mundo interno a atender el mundo externo y eso tiene un “*costo*” para el tratamiento ya que influye en su procesamiento post sesión (Carlino, 2014). Otra desventaja que encuentra el autor, consiste en determinadas dificultades que el analista puede tener para poder implementar el psicoanálisis on-line o por teléfono, ya sea porque no sabe utilizar herramientas tecnológicas, porque eso lo desencaja de su habitual paradigma de trabajo clínico clásico o porque no cuenta con experiencia respaldatoria necesaria. Más allá de las desventajas, Carlino también plantea contraindicaciones para aplicar el psicoanálisis virtual: por un lado, las absolutas que están vinculadas a estados psicóticos en su etapa

aguda y, por el otro, las relativas, que se relacionan con pacientes que pasaron por episodios de desestructuración psíquica pero que en el momento de llevar adelante las sesiones virtuales los episodios se encuentran en período de remisión de los síntomas. En este último caso, plantea la necesidad de asegurarse de que el paciente posea un control clínico físico y mental en su lugar de residencia (Carlino, 2008).

Por último, y en contraposición a lo expuesto, Argentieri y Amati Mehler (2003), sostienen que el análisis telefónico no es compatible con el psicoanálisis debido a que se ven inhabilitadas cuatro de las cinco vías sensoriales, al mismo tiempo que afirman que, bajo esa modalidad, el paciente no se encuentra en la situación de contención y albergue que le brinda el espacio físico del consultorio.

### **3.7. Clínica psicoanalítica en período de aislamiento por pandemia**

En la actualidad, en un período en donde por ley la sociedad se encuentra obligada a un aislamiento preventivo debido a una situación pandémica a nivel mundial generada por el COVID-19 (también llamado “*Coronavirus*”), la práctica psicoanalítica se vio obligada a realizarse virtualmente sin el espacio de encuentro en el consultorio. El autor Héctor Fischer afirma que en Buenos Aires y, desde siempre, la comunidad profesional no estuvo nunca interesada por un abordaje terapéutico de modalidad virtual y, muchas veces este tipo de prácticas han sido descalificadas. Al mismo tiempo, plantea que no existen especializaciones en ese tipo de abordaje como sí lo hay en países europeos, afirmando que, debido a eso, faltan profesionales con experiencia en la psicoterapia virtual que puedan afrontar el desafío que genera el contexto devenido por la pandemia (Fischer, 2020). En relación a esto, el autor Claudio Edelstein afirma que la labor de la psicoterapia a distancia debe ser una especialidad de posgrado enmarcada en la psicología clínica y sugiere la constitución de equipos de intervención en contextos de crisis que comprenda instituciones como universidades, colegios, asociaciones y hospitales (Edelstein, 2020). Con respecto a la modalidad virtual de la práctica psicoanalítica obligada por la pandemia, y ya no hablando de psicoterapia virtual sino de psicoanálisis virtual, el autor Jorge Cattelli afirma que el aislamiento obligatorio afectó los tratamientos de los pacientes y también las diferentes posiciones de los analistas, observándose incluso posiciones radicales que plantean no poder continuar sin la asistencia presencial, profesionales que expresan su ortodoxia inflexible, o que quizás no cuentan con las capacidades para la integración de la tecnología en la práctica analítica, práctica en donde la base sigue intacta, la transferencia (Cattelli, 2020). La

autora Liliana Colautti (2020) sostiene que, tanto analistas como analizantes, se encuentran con el deber de generar un encuadre que permita encontrar la palabra y que se adapte a las posibilidades personales de cada uno para que la angustia pueda circular a través de una serie de dispositivos alejados de la seguridad provista por el diván. La autora señala que la palabra se presenta en diversos formatos, no solo oral sino también escrita y, sea cual fuere dicho formato, lo que se busca es la producción del inconsciente. Es tarea del analista disponerse para que emerja ese inconsciente de una manera inédita, a través de un teléfono, cámara o chat. La autora afirma que “*el psicoanálisis es siempre con la historia*” y, la historia del mundo actual está atravesada por la pandemia, en donde cada sujeto porta su propia y única historia, una historia que pone a prueba a todos los profesionales psicoanalíticos en donde se necesitará re crear la identidad del analista para que la palabra pueda circular de cualquier forma posible hasta que se pueda retornar a los espacios analíticos presenciales (Colautti, 2020). En sintonía con lo anterior, Edelstein (2020) sostiene que la línea de trabajo del analista se lleva a cabo de acuerdo con la particularidad y singularidad de la demanda debido a que no existen prototipos de pacientes como tampoco hay tratamientos tipo.

El analista Marcelo Rocha (2020) se dedica a la clínica psicoanalítica de niños y adolescentes y plantea el desafío de un espacio virtual en donde el juego no existe, es decir, “*donde no aparece la imagen del cuerpo de un niño en la escena lúdica*” y, por lo tanto, plantea la necesidad de que el analista brinde algo suyo para que dicha escena advenga, creando un escenario para que la experiencia del juego ocurra. El autor plantea que en los casos de perturbaciones graves no es posible invocar a la comunicación por teléfono para sostener el juego, por eso sugiere conectarse con los padres para proponer un juego conjunto, en sus casas, conociendo sus hogares para, de este modo, acompañar a la familia para que el aislamiento no afecte lo que le importa al psicoanálisis que es la subjetividad del niño que se encuentra en proceso de construcción. Con respecto a la reconstrucción de la práctica psicoanalítica generada por la obligatoriedad de llevarla a un modo virtual, el autor plantea que desde antes de la pandemia trabaja con sujetos con discapacidad. Particularmente se encarga de recibir al sujeto, quien despliega en el acto analítico los efectos y consecuencias que su condición produjo en su subjetividad, en sus vínculos, en sus lazos sociales y en su estructura familiar. Es por eso que el autor afirma que el analista tiene que revisar constantemente tanto la teoría como la práctica psicoanalítica debido a la necesidad de adaptarse al contexto actual. El autor plantea que este nuevo contexto de pandemia invita a los analistas a pensar nuevas formas de

intervención contando con el arma fundamental para enfrentarla que es el deseo mismo del analista (Rocha, 2020). Por otro lado, Andrea Fernández Pumilla sostiene que será la flexibilidad técnica la que permitirá a los analistas trazar encuadres diversos en la clínica, siendo la tecnología la herramienta fundamental para poder lograr espacios virtuales en donde se busque un efecto en ese presente virtual, un efecto debido al encuentro entre dos sujetos en el presente a través de una escucha analítica. El analista está ahí para el paciente desde una presencia que se presenta desde una ausencia, ya que existe una irrealidad en cuanto a la presencia física del analista, pero no se trata de una presencia inexistente, debido a que el analista está ahí para el paciente que demanda su atención. Es así que, los pacientes demandan a un Otro que sostenga la escucha o el diálogo, desde una nueva modalidad de trabajo en la cual se impone sólo la distancia física y no del discurso. La pandemia genera angustia debido a la sorpresa de la misma y es función del analista sostener al paciente que acude con esa angustia que lo atraviesa y lo paraliza. No obstante, advierte que la atención por vía telefónica o por video llamada, puede no ser apta para todos los pacientes ya que dependerá de la estructura psíquica, la demanda y el deseo de cada uno (Fernández Pumilla, 2020).

Hasta aquí se han abordado todos los conceptos teóricos vinculados a las variables abarcadas en los objetivos del presente trabajo. A continuación, se planteará la metodología utilizada para llevar a cabo el presente trabajo de integración.

#### **4. Metodología**

##### **4.1. Tipo de estudio**

Descriptivo de carácter cualitativo.

##### **4.2. Participantes**

Los participantes del presente trabajo fueron 10 profesionales de la institución y tres profesionales externos a la misma pero que realizaron conferencias y talleres de temáticas ya mencionadas en el apartado introductorio del presente trabajo. En ambos casos, fueron profesionales con orientación psicoanalítica. De los profesionales miembros de la institución, tres eran supervisores de profesionales y, al mismo tiempo, profesores de los cursos de posgrado: una profesora y supervisora del posgrado de clínica de niños y adolescentes; otra profesora y supervisora del posgrado de patologías del narcisismo y; otro profesor y supervisor del posgrado de clínica de adultos. Dichos profesionales y docentes tenían una trayectoria institucional de más o menos 10 años

(todos con mayor trayectoria en su carrera profesional). Otros siete profesionales fueron entrevistados, de un rango etario de entre 40 y 60 años y una antigüedad media en la institución de entre 10 y 15 años. Los mismos realizaban específicamente asistencia a pacientes: tres eran especialistas en clínica de niños y adolescentes; dos psicoanalistas eran especializados en clínica de adultos; otra era psicoanalista especializada en pareja y familia; y la última profesional se especializaba en patologías del narcisismo. Por último, tres participantes eran externos a la organización: uno era psiquiatra y psicoanalista; y dos eran psicoanalistas especializados en clínica de adultos. Estos profesionales externos poseían más de 20 años de trayectoria en la clínica psicoanalítica y brindaron talleres y cursos en los que compartieron casos, viñetas y experiencias en sus relatos, que sirvieron de base empírica para el presente trabajo, siempre resguardando la confidencialidad de la información compartida.

### **4.3. Instrumentos**

En el presente trabajo se recabó información a través de la observación virtual no participante de espacios de supervisión de profesionales y de la participación virtual de cursos, talleres y conferencias sobre temáticas específicas realizadas por referentes con enfoque psicoanalítico. Algunas de dichas temáticas estaban vinculadas a la clínica psicoanalítica y otras a la adaptación del nuevo encuadre generado por un pasaje de asistencia presencial a una virtual. También se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales de la institución para relevar aspectos vinculados a la práctica psicoanalítica presencial y virtual. Los ejes sobre los cuales versaron las entrevistas fueron: motivos de consulta frecuentes en período de aislamiento; características del dispositivo asistencial presencial y particularidades que se presentaron frente a un cambio a la modalidad virtual del dispositivo; cómo se encararon nuevos tratamientos de manera virtual; estrategias e intervenciones que se utilizaron para asegurar la continuidad del tratamiento en período de aislamiento; ventajas y dificultades que se presentaron debido a la nueva modalidad de encuadre; cambios que se observaron en la transferencia con la modalidad virtual de asistencia y en qué consistieron dichos cambios.

#### **4.4. Procedimiento**

Las observaciones no participantes de cursos, talleres, conferencias y supervisiones, y la realización de entrevistas a profesionales, fueron todas actividades que se realizaron en el transcurso de la Práctica Profesional, la cual se extendió, de modo virtual, en un total de 285 horas. Las entrevistas a profesionales fueron de carácter individual y virtual, a través de video llamadas, y se realizaron a siete profesionales, con una duración de una hora y media cada una. Se realizaron un total de siete entrevistas, una a cada profesional. Por otro lado, la observación no participante de supervisiones, se realizó a través de videoconferencias grupales en tres instancias semanales, con una duración aproximada de una hora y media cada una. Por último, las observaciones no participantes de cursos, talleres y conferencias, tuvieron una duración media de dos horas y consistieron en presenciar virtualmente cuatro talleres sobre temáticas relacionadas con el impacto del aislamiento en la práctica psicoanalítica, un curso clínico de psiquiatría y psicoanálisis, y cuatro conferencias sobre clínica psicoanalítica actual. Particularmente, el curso de Psiquiatría y Psicoanálisis abarcó un total de 50 horas auto gestionables. En todos los casos se escucharon y transcribieron los casos y viñetas compartidos por los profesionales de las supervisiones, talleres, cursos y conferencias, poniendo un foco particular en todo aquello vinculado al impacto del aislamiento en el dispositivo de asistencia. Al mismo tiempo, se realizaron transcripciones de las entrevistas pautadas con los profesionales de la institución.

### **5. Desarrollo**

#### **5.1. Características de la asistencia a pacientes en la institución**

Antes de comenzar con el desarrollo de cada objetivo planteado, es importante resaltar dos aspectos que hacen a las pautas para los tratamientos institucionales, lineamientos que le dan a la institución el carácter de ser comunitaria. La primera pauta se refiere a la misión institucional que se sustenta en brindar asistencia psicoanalítica a través de un bono voluntario cuyo monto es determinado por el paciente en base a sus posibilidades económicas. La otra pauta institucional consiste en el establecimiento de una duración del tratamiento institucional. En relación a esto, los profesionales entrevistados comentaron que se estipula una duración de entre seis a ocho meses, priorizando siempre el caso por caso y, siempre y cuando se aborde completamente el motivo de consulta, concepto que se refiere al pedido inicial operado por el discurso del yo (Lacan, 1953). Aquí se muestra cómo institucionalmente se plantea el abordaje de un

pedido inicial que se realiza en la entrevista de admisión, se trata de lo que el paciente dice que lo lleva a solicitar tratamiento, un pedido que determina el plazo de duración del tratamiento institucional. Este tratamiento institucional se diferencia del tratamiento psicoanalítico, el cual puede continuar, luego del plazo estipulado, en un tratamiento privado si el paciente así lo solicita con el fin de abordar la demanda de análisis (Miller, 1997b), demanda que será construida en el análisis mismo (Lacan, 1975). Respecto a esa estipulación de duración de tratamiento institucional, se produce un desvío de lo que plantea el modelo psicoanalítico ya que, el mismo Freud sostiene que no debe estipularse una determinación de plazos para el tratamiento (Freud, 1913a) y también Lacan plantea el concepto de “*tiempo lógico*”, sosteniendo que el inconsciente requiere de tiempo para revelarse y que la duración del tratamiento debe ser indefinida (Lacan, 1953). Sin embargo, los profesionales afirmaron que el plazo se determina para diferenciar el tratamiento institucional - que es comunitario y tiene el fin de que exista circulación de pacientes - del tratamiento privado. Con respecto a esto último, los profesionales comentaron que, una vez dada el alta institucional, el paciente puede solicitar continuar el tratamiento con su analista en su consultorio privado, pero esto último debe ser una solicitud del paciente y no una propuesta del analista. Por lo tanto, el alta institucional no es un fin de tratamiento – aunque puede serlo – sino que se trata de un pasaje de un tratamiento institucional al privado, si el paciente así lo requiere.

## **5.2. Comparación del tratamiento presencial con el tratamiento virtual debido al confinamiento obligatorio**

El primer objetivo del presente trabajo se proponía indagar acerca de las características del tratamiento de modalidad presencial y las del de modalidad virtual, para luego realizar una comparación de las mismas. Es así que, al consultar a los profesionales de la institución, todos coincidieron en afirmar que el objetivo de la institución es asegurar el acceso, a todos y cada uno de los sujetos a poder realizar un tratamiento institucional, con esa afirmación, los profesionales hicieron alusión al tratamiento psíquico planteado por Freud (1890). Cabe aclarar que todos los profesionales entrevistados mencionaron que están formados en psicoanálisis, lo cual se vincula con uno de los lineamientos básicos del método psicoanalítico, que es el de ser guiado por un profesional con

formación psicoanalítica (Freud, 1913c). Asimismo, los profesionales comentaron que se analizan particularmente, condición que plantea Lacan en relación al sostenimiento del deseo del analista (Lacan, 1961).

Con el pasaje obligado e inesperado de tratamientos presenciales a virtuales, los profesionales coincidieron en afirmar que no estaban preparados para dicho cambio y que, desde el inicio, lo prioritario fue mantener el encuadre lo más cercano posible al que se mantenía en el consultorio. De este modo, los profesionales intentaron (y aún lo siguen haciendo) sostener las bases y reglas del método psicoanalítico (Freud, 1913a, 1913b) en las sesiones virtuales. Para asegurar el mantenimiento de los tratamientos, los analistas comentaron que tuvieron que establecer nuevos y determinados lineamientos que hacen a las sesiones virtuales con los pacientes, siempre sobre los pilares de las reglas del método psicoanalítico (Freud, 1913a, 1913b). Comentaron que dichos lineamientos consistieron en: mantener el horario de sesiones que los pacientes ya tenían con la modalidad presencial; establecer de qué modo y quién realiza la llamada o video llamada; solicitar a los pacientes que intenten mantener la sesión en un espacio propicio para el análisis en donde no puedan ser interrumpidos; pedirles que realicen el pago previamente a la sesión; entre otras. Todas estas pautas también se articulan con las consignas para propiciar la situación analítica de las que habla Lacan (1958a) con el fin de alcanzar la verdad del sujeto (Lacan, 1953) sea cual fuera la modalidad de las sesiones.

Volviendo a ese re establecimiento de pautas, los profesionales comentaron que tuvieron que ser previamente acordadas con el paciente, haciendo referencia al contrato psicoanalítico en la virtualidad planteado por el autor Carlino (2011), asimismo, ese acuerdo de pautas es una recomendación realizada por el mismo autor para los tratamientos virtuales (Carlino, 2014). Los profesionales también coincidieron en afirmar que tuvieron que flexibilizarse con determinados aspectos del encuadre con la nueva modalidad virtual, apelando a priorizar la continuidad de los tratamientos existentes y poder comenzar con nuevos tratamientos ya desde la virtualidad. Particularmente, una de las profesionales especialista en clínica de niños y adolescentes, para ejemplificar ese establecimiento del nuevo encuadre virtual, contó que *“existe una tendencia en los pacientes adolescentes a no disponerse para la sesión”*. Expuso el caso de un paciente que, en su primera sesión virtual, atendió su llamado desde la cama y con el torso desnudo, por lo cual tuvo que pedirle al paciente que se vistiera, se sentara, y le enviara un mensaje cuando estuviera listo. Luego cortó la llamada hasta

que el mensaje del adolescente llegó y así retomaron el encuentro. Es así que la analista afirmó: *“tuve que armar algo de la escena y pedirle al paciente que la mantenga en el resto de las sesiones”*. Respecto al sostenimiento del encuadre lo más parecido posible al que se tenía en el consultorio presencial, otra profesional especialista en patologías del narcisismo contó que *“quienes hacían diván, algunos eligieron el llamado telefónico y otros eligieron la video llamada. En este último caso, para mantener el encuadre lo más parecido al diván, yo no miro a la cámara o miro al techo. Tengo que buscar un lugar silencioso en mi casa y, en el momento, buscar a qué pared o lugar del techo mirar”*. Esta intención de la analista por mantener la situación del diván lo más parecida posible a la del consultorio, se vincula con la utilización del diván que plantea Freud (1913a) con el fin de priorizar la escucha activa.

Siguiendo con cuestiones de encuadre, otro profesional especialista en clínica de adultos, contó que un paciente quiso pagar por adelantado varios encuentros, aludiendo que no sabía si tendría el dinero en el futuro debido a la incertidumbre laboral que le generó el confinamiento obligatorio. Frente a este planteo del paciente, el analista contó que, si bien no estaba de acuerdo con ese pago adelantado, lo aceptó. Al mismo tiempo admitió que no le hubiese dado lugar si no existiera el contexto de pandemia, en sus palabras: *“tuve que tener consideración debido al contexto tan particular que estamos viviendo todos, pacientes y analistas”*. El profesional continuó la entrevista confesando que con ese pago por adelantado se ubicó en una posición de deuda en la que afirmó *“ningún analista debería estar”* y también asumió que fue un error haberlo aceptado. Esa posición del analista puede analizarse como una interferencia con el lugar ético que éste debe ocupar, el lugar de un Otro y de un Sujeto Supuesto Saber (Lacan, 1951, 1961, 1964b) como elementos articuladores de la transferencia el motor de la cura (Freud, 1914).

Con respecto a las formas de comunicación con los pacientes de manera virtual, todos los profesionales comentaron que, por lo general, le hacen elegir al paciente si prefiere que la sesión se realice por teléfono o por video llamada, afirmando que la mayoría de los pacientes optan por llevarla a cabo por video llamada. Sin embargo, una profesional especialista en adultos, a diferencia del resto, comentó que es ella quien dispone la modalidad de la comunicación, afirmando que con la mitad de sus pacientes realiza video llamadas y que con la

otra realiza llamadas telefónicas. Continuó contando que dicha disposición está ligada a una combinación entre su preferencia y la estructura o momento que esté atravesando el paciente, expresando que, como analista, mantener la imagen mucho tiempo le resulta agobiante y agotador. Al mismo tiempo aclara que, si bien la disposición viene más de su parte, hay pacientes que prefieren el llamado telefónico y así se llevan a cabo las sesiones en esos casos. Asimismo, otro profesional especialista en adultos, también hizo referencia a ese agotamiento y comentó que, con la modalidad presencial no le ocurría, pero con la virtual sí, esto se da porque la mayoría de sus pacientes utilizan el diván en las sesiones presenciales. Sin embargo, contó que encontró la opción de mantener el diván en la video llamada, pidiéndole al paciente que apague su cámara de forma tal que en la sesión el paciente vea al analista pero que el analista no pueda ver al paciente, comentando que pudo corroborar que se cansa menos cuando tiene sesiones de este tipo. El profesional agregó que, otras veces, para mantener el diván *“casi igual que en el consultorio”* determinó un procedimiento con unos pocos pacientes que consiste en: iniciar la video llamada; luego saludarse paciente y analista; posteriormente ponerse cómodos ambos en un asiento y; por último, apagar ambos las cámaras. Con este procedimiento, el analista contó que pudo lograr que el diálogo se diera como si fuera una llamada, pero afirmó que *“antes ambos nos vimos, sabemos que estamos ahí, como en el consultorio tradicional”*. Esta afirmación se vincula al concepto de la presencia del analista, una presencia relacionada no a la presencia física sino al analista como un Otro a quien se dirige el discurso (Lacan, 1951). Ese mismo analista también contó que, con un paciente que quería mantener el hecho de recostarse en el diván, pudo establecer que éste se recostara sobre un sillón colocando la cámara detrás de él, simulando así el diván del consultorio. Este sostenimiento del diván con la virtualidad, se relaciona con el estilo de aplicación del método que también expresa el autor Carlino (2014). Estos ejemplos compartidos por los analistas, no sólo se vinculan con la utilización del diván de Freud (1913a), sino también con las experiencias que comparte el autor Carlino (2014), en las cuales cuenta cómo diferentes analistas mantienen el encuadre del diván virtualmente. Al mismo tiempo, ese cansancio que plantean los profesionales frente a la mirada continua y acumulativa de los analizantes, y esa necesidad de que el paciente no vea al analista con el fin de propiciar el discurso analítico y su escucha asociada, es algo que también recalca Freud cuando explica el motivo de mantener el diván en las sesiones psicoanalíticas (Freud, 1913a).

Volviendo a las formas de comunicarse con los pacientes en las sesiones, todos los profesionales coincidieron en plantear que se establecen en el orden de la singularidad y que, muchas veces, están ligadas con el hecho de poder propiciar un espacio adecuado para el análisis. Dicha singularidad hace referencia al planteo de Edelstein (2020), quien afirma que la práctica psicoanalítica virtual en tiempos de pandemia debe llevarse a cabo según la particularidad y singularidad del paciente. Respecto al hecho de generar un espacio propicio para el análisis, la mayoría de los entrevistados manifestaron que muchos pacientes no disponen en sus casas de un ambiente adecuado para la sesión y optan por la llamada telefónica o, incluso, una sesión a través de mensaje de texto. Con respecto a esto último, un profesional especialista en adultos, contó que trabaja con un paciente que vive con la pareja en un mono ambiente en el cual no tiene la intimidad que necesita para la sesión. En este caso, la analista le planteó al paciente la alternativa de comunicarse por medio de mensajes de texto en el horario habitual de la sesión para poder mantener la intimidad en el proceso analítico. Este intento de propiciar el análisis por medio de la escritura, está relacionado con el planteo de la autora Colautti (2020) basado en el hecho de generar en aislamiento un encuadre adaptado a las posibilidades de cada paciente, en el cual afirma que uno de los formatos de la palabra es la escritura y es a través de esa palabra que surge lo inconsciente. Vinculado a esta producción del inconsciente a través de la escritura, la profesional especialista en adultos contó que *“los pacientes también tienen fallidos en sus mensajes de texto, aunque muchas veces hay que dilucidar si se trató de una corrección automática del celular o si se trató de un fallido en sí mismo”*. Con esta afirmación, la profesional hace alusión a los actos fallidos que menciona Freud como actos psíquicos que manifiestan el inconsciente (Freud, 1901). Otra profesional especialista en adultos planteó que, si bien la virtualidad era una novedad en su práctica, la sesión *“por chat”* era algo tan novedoso que ni siquiera tuvo tiempo de considerarla, en sus palabras: *“tuve que hacerla y la hice sin pensar mucho y, al finalizar la primera sesión por chat me hice preguntas como: ¿Cuándo termino la sesión?, ¿Cómo garantizo la confidencialidad si después esto queda escrito y alguien le agarra el celular al paciente? Esto último se lo comenté al paciente y éste decidió borrar el chat y yo también lo hice, como encuadre, para mantener la confidencialidad”*. En

estos ejemplos de sesiones por escrito, el deseo del analista cumple un papel importante debido a que, como plantea Lacan, los analistas apuestan a una verdad del sujeto por venir (Lacan, 1952, 1961) en donde la sola presencia del analista es una intervención en sí misma (Lacan, 1951) y una “*manifestación del inconsciente*” (Lacan, 1964c).

Por otro lado, los profesionales coincidieron en contar que el aspecto del encuadre que mayormente se vio afectado por el aislamiento fue “*la desaparición física del espacio del consultorio*”, comentando que las sesiones comenzaron a darse en dos espacios físicos que se comunican por medio de un dispositivo tecnológico como el celular o la computadora, dando lugar al proceso analítico virtual o, como lo llama el autor Carlino (2010), al “*psicoanálisis a distancia*”. Como se mencionó anteriormente, esos espacios que se conectan deben ser propicios para el análisis, sin embargo, los profesionales plantearon que se presentan dificultades para pacientes que conviven con otros, que son la mayoría. Un ejemplo lo aportó el profesional especialista en clínica de adultos, quien comentó que muchas veces el horario de la sesión está ligado a las condiciones climáticas, contando que tiene un paciente que, para buscar intimidad, tiene que ir a la terraza del edificio donde vive. En este caso, el profesional le plantea al paciente la opción de recuperar la sesión perdida, cosa que no ocurriría con la modalidad presencial en la cual, si el paciente se ausentaba de su sesión por cuestiones climáticas, no podía recuperarla. Este último ejemplo consiste en otro aspecto de flexibilidad por parte del analista en materia de encuadre, haciendo alusión a la flexibilidad propuesta por la autora Fernández Pumilla (2020) en período de pandemia, en donde lo importante es la presencia del analista. En línea con lo que plantea Lacan (1958a), no se debe confundir la presencia física con a relación analítica, la cual, como contaron los profesionales, se da sin necesidad de una presencia física del analista y el paciente en el consultorio.

Otro ejemplo respecto a la búsqueda del espacio físico propicio para el análisis, lo brindó la profesional especialista en patologías del narcisismo, quien contó que, con una paciente, en todas las sesiones se escucha el lloriqueo de la hija que está en la habitación contigua, que llama a la madre varias veces durante la sesión, y la paciente se refugia en otro lugar como el baño para rearmar el espacio virtual analítico. Otro cambio relevante en materia de encuadre lo comentó la profesional especialista en patologías del narcisismo, afirmando que “*hay algo nuevo que estamos aprendiendo, y es precisamente que el analista ve su cara en las video llamadas, algo a lo que no estábamos acostumbrados en la práctica habitual. No solo el paciente tiene que*

*encontrar un espacio adecuado en su casa para que comience la sesión, yo también como analista debo poder aislarme dentro de mi casa y generar ese espacio adecuado, es una construcción de un dispositivo que antes, con la modalidad presencial, ya estaba dado por el consultorio en la institución".* Esta adaptabilidad por parte de la analista, se relaciona con el deseo de analizar, de apostar al sujeto del inconsciente (Lacan, 1960, 1961) y, para eso, primero hay que encontrar el espacio físico para realizar la sesión. De este modo la analista cumple con la ética profesional de propiciar el análisis y poder cumplir con la regla de una escucha y atención flotante (Freud, 1913b) y así apuntar a que el inconsciente se produzca a través del discurso (Lacan, 1964c).

Por otro lado, el profesional especialista en clínica de niños y adolescentes, compartió particularidades de trabajar con niños con cuestiones graves de base en época de aislamiento. En relación a eso, contó la experiencia con un niño de siete años en quien la construcción de la realidad estaba muy estipulada por determinadas rutinas que le organizaban el día a día, rutina que se vio cortada por el aislamiento. Con respecto al primer encuentro virtual, describió que se trató de una video llamada con la madre en la cual al niño se lo veía sorprendido y buscando detrás del celular al analista. En ese momento contó que aprovechó para hablar con el niño proponiéndole seguir con esos encuentros virtuales, a lo cual el niño accedió. El profesional comentó que, en las primeras sesiones, el niño mostraba enojo por no contar con la presencia física del analista, pero que ese enojo se fue apaciguando al ir escuchando su voz y mostrarle que el analista sí estaba presente. Esto se relaciona con la idea del autor Carlino (2011) de que en un análisis virtual no existe un encuentro físico, pero sí un diálogo en el que es importante, como también plantea Lacan, la presencia del analista, que no es física, pero que es una presencia que permite el surgimiento del inconsciente donde lo importante es que haya un Otro al que se dirige la palabra (Lacan, 1951). Siguiendo con la clínica de niños, otra profesional comentó que, un día antes del decreto del confinamiento obligatorio, un niño de tres años, en el consultorio, sacó para jugar una cocinita que hacía ruido de agua y, durante toda la sesión jugaron a lavarse las manos, la comida y la fruta (que se caía y se volvía a lavar). La analista siguió contando que cuando llegó la madre a buscar al niño, le comentó que estuvieron jugando a lavar mucho la comida y las manos, a lo que la madre contestó: “¡Ay! Es que lo estoy

*volviendo loco, todo el tiempo le digo que no toque esto, que no toque lo otro, que se lave las manos, le pongo alcohol en gel...*”. Es así que la analista explicó que el niño pudo desplegar en el juego aquello “*torturante*” de la madre con su temor a que el niño se contagie y lo pudo poner a jugar. Esto último se relaciona con el análisis del juego para acceder a experiencias reprimidas en el niño, planteado por Melanie Klein (1932), al mismo que se vincula con la idea de Freud de que el involucramiento de los padres es inevitable en el tratamiento de niños (Freud, 1932).

En relación al pasaje a la virtualidad de los tratamientos, varios profesionales comentaron que, aquellos pacientes que tenían problemas vinculares o de socialización como la agorafobia, en los encuentros por video llamada o por teléfono se los ve o escucha hasta “*contentos*” por haberse visto paliados los síntomas al no tener que enfrentar aquello que se los genera, que es la vida en sociedad. Esta especie de ventaja que el aislamiento les brinda a pacientes con problemas vinculares también la plantea el autor Carlino (2010). Con respecto a esto último y, finalizando con el primer objetivo planteado, una profesional comentó que tiene una paciente que no tomaba el tren porque le tenía fobia, prefiriendo viajar tres horas en colectivo contra una hora de tren. En período de aislamiento, la paciente trabaja desde la casa y se encontró beneficiada con la medida de no tener que ir a la oficina, sin embargo, la profesional planteó que, para lo que es el tratamiento no se trata de una mejora, aunque los síntomas hayan mermado. Por otro lado, los profesionales también comentaron que, en los pacientes que no tienen ese tipo de problemática, los síntomas se vieron exacerbados con el aislamiento, haciendo alusión al síntoma patológico que plantea Freud (1904), que tiene un sentido y, como plantea Lacan, el motor de la transferencia consiste en buscar la verdad de ese síntoma (Lacan, 1951).

Hasta aquí se ha desarrollado la comparación de aspectos vinculados al pasaje de la práctica psicoanalítica de una modalidad presencial a una virtual que versaron sobre los siguientes ejes: tratamiento institucional presencial y virtual; re establecimiento de pautas y reglas para el análisis virtual; aspectos y adaptación al cambio de modalidad de encuentro virtual entre analista y analizante; la novedad para los analistas del análisis por mensajes de texto; las particularidades de la clínica con niños y adolescentes de modo virtual; y la experiencia analítica virtual desde la visión del analista.

### 5.3. **Motivos frecuentes de consulta y comienzo de nuevos tratamientos en época de aislamiento obligatorio por pandemia**

El segundo objetivo del presente trabajo se proponía indagar los motivos de consulta frecuentes en período de aislamiento y analizar de qué manera los profesionales abordaban los inicios de nuevos tratamientos con sesiones virtuales. Al consultar a los profesionales sobre los motivos de consulta frecuentes en nuevos tratamientos virtuales por pandemia, comentaron que se basaron en: problemas de ansiedad; insomnio; desordenes del sueño; angustia frente a la amenaza de la enfermedad; angustia por el encierro; angustia por la necesidad de salir; angustia que genera la incertidumbre de no saber qué va a pasar; consecuencias vinculadas al encierro; temores a enfermarse; temores a que se enferme un ser querido; temores a la muerte propia o de un ser querido; temor a morir en soledad; ansiedades acerca del mundo que se encontrará al poder salir; problemas en las relaciones con el otro; violencia familiar – en abundancia –; y problemas de pareja que, con el encierro, se acentúan y son más frecuentes que antes. Con respecto a este último motivo de consulta, el profesional especialista en pareja y familia, afirmó que los conflictos de pareja han sido los motivos de consulta más frecuentes debido a que las parejas y familias pasaron de tener un equilibrio entre su vida laboral, académica y doméstica, a convivir las 24 horas del día y a *“hacer malabares para continuar con sus actividades desde sus casas”*. Otro profesional especialista en clínica de adultos, comentó que tuvo muchas nuevas consultas de personas que viven solas y que, con el aislamiento, se sienten más solas y eso las angustia. Contó que, particularmente, un paciente consultó porque, en su intento de contactarse con amigos, allegados o familiares por medios virtuales, encontró que esos otros ya tenían su vida armada y le cuesta en aislamiento encontrar el espacio para vincularse con esas personas cercanas, alegando que *“están en la suya”*. El profesional comentó que ese paciente optó por expulsarse él mismo de esas relaciones, generando más soledad de la que ya tenía, lo cual ha comenzado a angustiarle y por tal motivo acudió al análisis. Por otro lado, otra profesional especialista en adultos, compartió que, si bien el ataque de pánico es un motivo de consulta frecuente desde antes del aislamiento, tuvo un nuevo paciente que consultó con el confinamiento por tener su primera crisis en ese contexto.

En relación a los motivos de consulta en la clínica de niños, la profesional especialista en niños y adolescentes comentó que son variados, pero la mayoría, se relacionan con nuevos miedos que aparecieron en los niños y que, por lo general, son transmitidos por los padres. La analista contó que los niños con los que trabaja, en período de aislamiento escuchan el noticiero y los padres no se dan cuenta, absorbiendo esos miedos que transmite la televisión y los padres mismos al ser un tema central en la casa. Otro motivo de consulta frecuente que compartió la profesional fue el stress y la ansiedad que generan las tareas educativas de modalidad virtual.

Estos motivos de consulta expuestos por los profesionales, se refieren a aquello que el paciente dice en las primeras entrevistas para solicitar tratamiento, es decir, en las entrevistas iniciales que Freud (1913b) llama "*de prueba*", para dar conocimiento del caso, a las que paciente llega debido a su padecimiento y su deseo de sanar (1913a). Se trata de motivos de consulta planteados por los pacientes en lo que Lacan llama "*entrevistas preliminares*" (Lacan, 1958a), y son determinados desde el discurso del yo sin dar lugar una posición subjetiva aún (Lacan, 1953). Será al finalizar las entrevistas preliminares cuando se pasará de ese motivo de consulta a una demanda de análisis (Miller, 1997b).

Un aspecto relevante que comentó el analista especialista en adultos, consistió en que, muchas personas que tienen problemas vinculares o fobias sociales desde antes de la pandemia, se vieron motivados a realizar una primera consulta en estos tiempos en los cuales la virtualidad les "*facilita*" un poco las cosas. Este comentario del analista se relaciona con la idea del autor Carlino (2010), quien afirma que el tratamiento virtual es la única forma que encuentran muchos pacientes con dificultades vinculares.

Por otro lado, respecto al establecimiento de pautas con los nuevos pacientes, los profesionales comentaron que no se presentaron diferencias con respecto al encuadre que tuvieron que re establecer en la modalidad virtual con los pacientes que ya venían de sesiones presenciales. Sin embargo, también contaron que con estos nuevos pacientes "*si o si*" se trata de establecer el encuentro por video llamada, aunque sea por única vez, para "*al menos vernos las caras*". Al referirse a la forma en que se inician nuevos tratamientos con niños, la analista especialista en ese tipo de clínica, contó que las primeras entrevistas a padres se realizan por video llamada y que se pueden desarrollar sin problema, ya que, al tratarse de adultos, puede establecerse un diálogo. Para ejemplificar, compartió el caso de una primera entrevista on-line con los padres de un niño. En el encuentro estaban ambos padres, por lo cual pusieron el celular de modo

horizontal para poder entrar en plano y comenzaron a contar que su hija de 10 años tenía problemas vinculares en la escuela. Lo que la analista comentó que le resultó interesante, fue que el encuentro se dio como una entrevista en el consultorio y contó que pudo desarrollarse de manera tal que los padres sintieron que se entró en un tratamiento.

Por otro lado, otro profesional especialista en adultos, afirmó: *“yo con los nuevos pacientes siempre hago video llamada, porque hay algo de la imagen, el hecho de vernos a las caras, que hace que las distancias se acorten un poco, más allá de que no estemos en el encuentro presencial”*. Esta afirmación del profesional se relaciona a la idea de presencia en el psicoanálisis a distancia que plantea el autor Carlino (2011), una presencia que históricamente se ha vinculado a lo que es visible. Lo que busca el profesional es instalar en el paciente la presencia del analista para que se pueda producir la verdad del síntoma (Lacan, 1951).

En estos nuevos tratamientos, todos los profesionales expresaron que, en los inicios de la práctica psicoanalítica virtual, se les presentaron algunos de los siguientes interrogantes: *“¿Qué sucederá?; ¿Cómo se establecerá la transferencia?; ¿Cómo será el primer encuentro presencial cuando finalice el aislamiento?; ¿Cómo me percibirá el nuevo paciente?”; “Cómo se podrá sostener la presencia del analista virtualmente?” y “¿Cómo tomará las intervenciones?”*. Todos estos interrogantes, los profesionales afirmaron que fueron resolviéndose con el correr de las sesiones. Dichas preguntas iniciales asociadas a la incertidumbre de esta nueva modalidad, se pueden vincular con la desventaja que plantea el autor Carlino en la práctica del psicoanálisis a distancia, que consiste en que el analista puede sentir que este tipo de práctica se separa de su habitual paradigma de trabajo o que no cuenta con la experiencia necesaria para llevarla adelante (Carlino, 2008). Al mismo tiempo, los interrogantes planteados por los profesionales hacen alusión a la necesidad del interrogarse y adaptar la práctica a las nuevas exigencias contextuales, tal como lo plantea el autor Rocha (2020) y también se relacionan con el tiempo lógico de comprensión que propone Lacan (1953).

Por otro lado, la profesional especialista en patologías del narcisismo comentó que, en un primer encuentro con un paciente, implementó preguntarle cómo vive el aislamiento. También comentó que, dado que muchos nuevos pacientes tienen

problemáticas generadas por la pandemia, intenta en ese primer encuentro calmar ansiedades contándoles que existió una pandemia similar hace un siglo atrás, que fue la gripe española, con el fin de transmitirles que este período es transitorio y finalizará en algún momento. Esto último se relaciona con el intento inadecuado planteado por el autor Sebastián Plut (2020) de “*sugerir no tener miedo*”, para el autor no es adecuado que un analista aconseje, y ese intento de transmitir tranquilidad por parte de la analista puede asemejarse a un consejo. Este intento de la analista en las entrevistas preliminares se presenta desde un discurso de yo a yo en donde aún no se ha instalado la transferencia y, por ende, no se ha entrado en análisis (Lacan, 1953, 1958a).

Continuando con la experiencia de la profesional con nuevos tratamientos en período de aislamiento, contó también que en los primeros encuentros intenta cerciorarse, a través de preguntas, si al paciente le quedaron claras las reglas y pautas del tratamiento o si se sintió cómodo, afirmando que éstas sí eran preguntas que solía hacer en las entrevistas preliminares en el consultorio. De esta forma, sea cual fuera la modalidad, la analista establece las pautas del método psicoanalítico (Freud, 1913a, 1913b) como procedimiento inicial en las entrevistas preliminares (Lacan, 1975) o de prueba (Freud, 1913b), al mismo tiempo que establece el contrato analítico (Carlino, 2014).

En relación a los nuevos tratamientos y el establecimiento de la transferencia (Freud 1914, 1916b, 1916c; Lacan 1951) cuyo motor es el deseo y la presencia del analista (Lacan, 1951, 1961), un profesional especialista en clínica de adultos afirmó que “*la transferencia institucional juega un rol fundamental siempre, pero en estos tiempos más, ya que es la que lleva a que el paciente confíe en arrancar un tratamiento en una institución a la cual no puede asistir presencialmente, sólo ve a un analista en su casa del otro lado de la pantalla*”.

Hasta aquí se plantearon los diferentes motivos de consulta surgidos del período de aislamiento debido a una pandemia y cómo los profesionales establecen los primeros encuentros con los nuevos pacientes que demandan asistencia psicoanalítica.

#### **5.4. Indagación sobre estrategias e intervenciones que utilizan los profesionales para asegurar la continuidad de los tratamientos virtuales y si se observan cambios en la transferencia con esta nueva modalidad**

El tercer objetivo del presente trabajo se proponía indagar acerca de las estrategias de intervención y técnicas adoptadas por los profesionales para darle continuidad a los tratamientos con la modalidad virtual obligada y, al mismo tiempo,

indagar si se observaron cambios en la transferencia con las sesiones virtuales. Primeramente, en relación a las estrategias e intervenciones que utilizan los profesionales en sus sesiones virtuales, todos coincidieron en afirmar que las mismas tienen como objetivo fomentar que continúe circulando la palabra y que pueda producirse el inconsciente. Esta afirmación no sólo se alinea con el planteo de Freud de lograr discernir lo inconsciente como objetivo del tratamiento (Freud, 1913a, 1913b), sino que también se relaciona con la posición del analista como un Otro para que advenga el inconsciente (Lacan, 196a), posición ligada con la apuesta del analista al surgimiento de un saber en el discurso analítico (Lacan, 1961), a la verdad del sujeto (Lacan, 1953). Para cumplir con ese objetivo, los profesionales contaron que la técnica más utilizada es la regla básica del psicoanálisis, y que no ha variado respecto de las sesiones presenciales, que es la utilización de la técnica de la asociación libre y su escucha activa asociada, la cual consiste en una atención más allá de lo que el paciente dice, realizando preguntas para que el inconsciente emerja. De este modo, los profesionales hicieron alusión a la técnica de la asociación libre como regla fundamental del psicoanálisis (Freud, 1913b), la cual sostienen tanto presencial como virtualmente, y también afirman que dicha técnica se vincula con una escucha activa del analista, haciendo alusión a esa escucha que va más allá del discurso, planteada por Lacan (1958a).

Respecto de las intervenciones, la profesional especialista en patologías del narcisismo realizó la siguiente afirmación: *“En tiempos donde todos los días son iguales, la misma sesión ya es una intervención”*. Con esta afirmación, la profesional se alinea con el planteo de Lacan (1951) acerca de que la presencia misma del analista ya es una intervención, una presencia que no es física, sino virtual, en donde lo importante es la posición del analista como Sujeto Supuesto Saber (Lacan, 1954b), el deseo del analista y la posición de éste como un Otro al que se dirige la palabra (Lacan, 1951, 1961). Más allá de esta presencia del analista como intervención, todos los profesionales coincidieron en que la escucha activa es la técnica que más se puso en juego en tiempos de confinamiento, haciendo alusión a esa escucha que busca que se produzca la verdad del sujeto (Lacan, 1953). Con respecto a esto, el profesional especialista en adultos afirmó que *“la clave está en cómo dirigir el tratamiento, escuchando, tratando de no apresurarse y prestando mucha atención al discurso del*

*paciente, mucha más que en el consultorio porque ahora entran en juego cuestiones vinculadas a la tecnología, cuestiones a las cuales en el consultorio no teníamos que prestar atención porque no existían*". Esta escucha planteada por los profesionales, se relaciona directamente con el concepto de atención libremente flotante que debe tener el analista frente a la asociación libre (Freud, 1913a), una atención a la cual la modalidad virtual le agregó aspectos tecnológicos a los cuales el analista también tiene que abrir su atención. También la afirmación de la analista hace alusión a esa dirección de la cura que realiza el analista (Lacan, 1958a) y al afirmar que *"no hay que apresurarse"* no está haciendo más que aplicar el principio de abstinencia de corresponder a las necesidades del paciente establecido por Freud (1918), abstinencia que Lacan plantea como elemento del análisis (Lacan, 1953) y que Miller (2006) afirma que consiste una forma de intervenir. Al mismo tiempo, el profesional comentó también que, con la modalidad virtual, utiliza mucho la interrogación para poder abrir el discurso del paciente. Alineado con esto último, un profesional especialista en pareja y familia contó que, con los pacientes nuevos deja que fluya lo que va saliendo en los primeros encuentros pero que, en general, las intervenciones dependes del caso por caso, tratando de configurar una lógica de repreguntar o reformular lo que vienen diciendo los pacientes. Con sus afirmaciones, ambos profesionales plantean una búsqueda por abrir el discurso, búsqueda que se relaciona con la intervención para reconocer al sujeto por medio de la palabra y lograr que surja la palabra plena del orden del inconsciente (Lacan, 1953). A lo que aspiran los analistas con esa apertura del discurso es a fijar la posición del sujeto como acto ético (Miller, 1997a), sosteniendo el discurso del Otro (Lacan, 1964b), buscando que circule la palabra que permita que emerja el inconsciente (Lacan, 1964c) y un saber por venir en el discurso analítico (Lacan, 1961).

Siguiendo con la indagación sobre las estratégicas e intervenciones que realizan los profesionales en las sesiones virtuales, todos coincidieron en contar que, además de utilizar un poco más la pregunta, se utiliza el recurso de pedirle a los pacientes que compartan sueños que tengan, con el fin de reconectarlos con algo de su subjetividad. Esto último es una propuesta que realiza el autor Sebastián Plut (2020) para lograr dicha reconexión. Esta intervención de solicitar a los pacientes que compartan sueños en sus sesiones virtuales, se fundamenta en que los sueños son la vía más directa para acceder al inconsciente (Freud, 1900b) cuya técnica asociada es la interpretación de los mismos (Freud, 1900a, 1900b) desde el lugar de un Otro al que se dirige el sujeto (Lacan, 1958a).

Otra profesional especialista en adultos, contó que durante las sesiones virtuales suele hablarse de la rutina y sus distintos impactos subjetivos, y ella ha apelado a preguntar cómo estuvo la semana, cómo se siente el paciente con el aislamiento, dirigiendo un poco más - cosa que no hacía en las sesiones presenciales - con el fin de que circule la palabra y alojar al sujeto. Este intento de la analista se relaciona con el planteo de Lacan (1964b, 1964c) de que el inconsciente se manifiesta por medio del discurso y el analista debe propiciar este último (Lacan 1964c). Lo que la analista trata es de crear las condiciones necesarias para el surgimiento de la palabra plena (Lacan, 1953), intento que busca alojar al sujeto del inconsciente (Lacan, 1958a).

Otra intervención que contó la profesional especialista en adultos, se dio con un paciente que durante una sesión virtual afirmaba “*estar mejor que nunca*”. Ni bien el paciente terminó con esa afirmación, la imagen se quedó congelada por problemas de conexión. Hasta que volvió la comunicación, la analista contó que se encargó de dibujar esa expresión del paciente que había quedado en una imagen, expresión que le resultaba muy disruptiva respecto a cómo decía sentirse el paciente, y contó que existían gestos mínimos que no concordaban con el decir del paciente. Comentó que gracias a esa conexión de baja calidad en el encuentro pudo captar ese gesto que era muy sutil. Ese dibujo lo compartió con el paciente y, a partir de ahí, el paciente comenzó a desplegar un diálogo profundo en el cual surgió una angustia de fondo vinculada al fallecimiento del padre, tema que no había tratado en sesiones anteriores. Esta intervención hace referencia a la idea de que el analista debe desarrollar habilidades perceptivas para compensar las limitaciones sensoriales del método psicoanalítico virtual, en donde lo esencial es crear las condiciones necesarias para que se produzca el inconsciente (Carlino, 2006, 2010; Colautti, 2020). Por otro lado, esa “*imagen congelada*” le permitió a la analista ir más allá del discurso del paciente (Lacan, 1958a), que no se dio mediante la escucha sino por medio de una imagen disruptiva. El decir “*estar mejor que nunca*” del paciente, se relaciona con las palabras vacías que operan desde el discurso desde el yo y, a través de ese dibujo, la analista logró propiciar un discurso que permitiera disponer al sujeto (Lacan, 1953).

Con respecto a la técnica de interpretar (Freud, 1900a, 1900b), varios profesionales coincidieron en afirmar que suelen utilizarla más en las sesiones

virtuales. Un ejemplo lo aportó la especialista en patologías del narcisismo, contando que le pidió a una paciente que comparta sueños si los tenía, ya que la paciente manifestaba *“no tener de qué hablar en las sesiones virtuales”*. A la sesión siguiente de la propuesta de traer un sueño, la paciente le contó a la analista que, por la pandemia, le realiza las compras a la madre de 73 años y que, en las dos últimas compras, se olvidó de lo más importante que era la compra de sus medicamentos. Este olvido es una de las manifestaciones del inconsciente a interpretar en el proceso analítico (Freud, 1904). En la sesión siguiente, la paciente compartió un sueño con la analista que consistía en que se le caía una *“corona”* de una muela, y al día siguiente al sueño a la madre se le rompió un diente. La analista contó que, justamente, se estaba tratando en las sesiones el vínculo con la madre, el cual se basaba en la dependencia y sometimiento, por lo tanto, era un sueño para trabajar ese significante de *“corona”* y pensar qué estaba pasando con ese reinado de la madre que se desmoronó en el sueño. Al mismo tiempo, la analista contó que ese sueño fue el disparador para trabajar el significante *“corona”* en un momento de pandemia donde el *“coronavirus”* es algo que atraviesa a toda la sociedad y al mundo entero y, por ende, a la paciente. Con este último caso, la analista hace alusión a los significantes que permiten acceder a un inconsciente estructurado como un lenguaje que puede ser descifrado, como plantea Lacan (1953). Al mismo tiempo, el trabajo de la interpretación de ese sueño, hace alusión al sueño como vía regia de acceso al inconsciente (Freud 1900a, 1900b).

Respecto a la clínica virtual con niños, la técnica por excelencia es el juego como planteó la autora Melanie Klein (1932) y, en relación a ello, los profesionales afirmaron que tuvieron que *“re versionar los juegos que ejecutaban en el consultorio para realizarlos a través de video llamadas”*. Al mismo tiempo, contaron que los juegos que suelen realizar dependen de las edades y del caso por caso, pero que son muy utilizados virtualmente el ahorcado, el tutti frutti, las cartas y algunos hasta utilizan aplicaciones en los que se pueden jugar a juegos de mesa de a dos virtualmente. Un profesional especialista en clínica de niños contó que las sesiones virtuales con un niño de tres años se presentan con el niño mostrando sus juguetes y el analista mostrando los juguetes que utilizaban en el consultorio, lo cual generó alegría en el niño al ver los juguetes con los que jugaban juntos. Otro caso que compartió el profesional consistió en jugar con un niño de cinco años a aparecer y desaparecer con el celular mientras el niño mostraba las diferentes partes de su casa. También comentó que los niños que están en edad escolar generalmente se sientan frente a la pantalla y se ponen a hablar, dibujar y

compartir juegos de mesa por video llamada. Como señala Freud (1932), la clínica de niños involucra también a los padres y, en relación a dicho involucramiento, los profesionales coincidieron en afirmar que es importante escuchar a esos padres en tiempos de pandemia y a la desesperación que expresan en un contexto en el que se los escucha desbordados y agotados por estar las 24 horas del día con sus hijos, haciendo de padres y docentes al mismo tiempo. Siguiendo con la clínica de niños, como se vio anteriormente, un profesional compartió el caso de un niño de siete años en el cual la construcción de la realidad dependía de las rutinas que, con el aislamiento se vieron modificadas. Comentó que el niño comenzó las sesiones virtuales enojado por no ver físicamente al analista. Es así que el analista intervino en las sesiones con el tarareo de canciones que ambos cantaban en el consultorio, logrando de este modo que el niño dejara de estar enojado y comience a mostrar su cuarto, sus juguetes y su casa. El profesional también contó que cuando dejaba de tararear esas melodías, el niño miraba la pantalla del celular, que estaba tomado por su madre, con una expresión de exigencia a que continuara tarareando. De esta forma, el analista contó que entendió el pedido del niño de “*no te vayas*”, y continuó tarareando. El analista comentó que se tienen que “*re significar estos nuevos espacios, dialectizar lo nuevo que se presenta con la historia del niño*”. Esta demanda del niño al analista de no dejar de cantar, se vincula con la idea que plantea la autora Fernández Pumilla (2020) de que, en la modalidad virtual de las sesiones, el analista debe estar ahí para el paciente, el cual demanda su atención a través de la voz. Se trata de un pedido de que el analista esté presente y se vincula con el concepto de presencia del analista abordado por Lacan como manifestación del inconsciente y como intervención en sí misma (Lacan, 1964b, 1964c).

Otro ejemplo de juego virtual lo compartió otra profesional especialista en clínica de niños y adolescentes, quien comentó el caso de un niño de 11 años muy mimetizado con su hermano mellizo, un hermano que continuamente interrumpía las sesiones virtuales apareciéndose en la pantalla. Incluso, en una sesión virtual, llegaron a hacerle el chiste a la analista de salirse de la pantalla y, al volver, reemplazándose el uno con el otro para que la analista crea que quien estaba en la pantalla era uno y en realidad era el hermano. Esto último, comentó la analista: “*es un juego que no se podría haber dado en el consultorio y que me*

*llevó a una broma entre hermanos*". Esta broma que contó la profesional se pudo desplegar en la virtualidad, siendo una manifestación del inconsciente, como plantea Freud (1905) al referirse al chiste. Siguiendo con la clínica de niños, que es la más dificultosa con la modalidad virtual, otra profesional compartió el caso de un niño de 13 años con problemas madurativos tanto físicos como emocionales, que usa mucho su despliegue corporal y, por ende, el juego en el consultorio se daba desde lo corporal. Se trata de un niño que no tiene diálogo para poder desplegar ya que se encuentra en el tiempo de armar palabras y en el consultorio jugaban a armarlas. Con el aislamiento, la profesional contó que acordó con los padres la sesión on-line pero que el niño quería que fuera "*sin cámara*". La profesional contó que la primera sesión fue muy dificultosa, sin embargo, en la siguiente sesión el niño contó que se peleaba mucho con la madre y el hermano, lo cual permitió plantear en la sesión el armado de una lista lúdica con variantes a implementar para no pelearse con la madre y el hermano. De esta forma, la analista contó que se pudo desplegar el juego, siendo ésta la técnica por excelencia para la clínica psicoanalítica con niños (Klein, 1932). A partir de esa intervención, la profesional contó que sintió que pudo desarrollarse algo que en la primera llamada no había podido lograrse y estaba dificultando el tratamiento. En la siguiente sesión, el niño propuso jugar al tutti frutti, juego en el que se desplegó la creación de categorías novedosas como insultos, partes del cuerpo y una categoría que inventó él, que nunca había aparecido, que fue el verbo, categoría muy importante para que pueda armar palabras y así construir el diálogo. La analista también contó que pudo con este niño plantear un juego en el que la analista hacía gestos y el niño tenía que imitarlos, afirmando que "*desde la imagen especular pude armar conexión con el juego, cosa que no había hecho antes*". Estos juegos propuestos por la analista hacen referencia al desafío del profesional planteado por el autor Rocha (2020) para que la escena del juego advenga en la clínica virtual con niños, juegos que apunten a que surja lo reprimido en el niño (Klein, 1932). Como ya se comentó previamente, en los niños más pequeños, muchas veces sus padres son los que sostienen los celulares o dispositivos que utilizan para la video llamada, en relación a ello, los profesionales compartieron la preocupación de que los chicos "*perdieron su lugar, un lugar en el que los padres no tienen que estar*". Es por eso que varios profesionales les propusieron a los padres que armen en la casa, en la medida de lo posible, un espacio que pueda utilizarse como aula, consultorio, etc. En relación a esto último, otra profesional compartió el caso de una niña de siete años, con mucho despliegue simbólico, lo cual genera muchas posibilidades para jugar

en el consultorio. Comentó que esta niña tiene una relación muy endogámica con su madre, que vive con sus padres en un ambiente único en donde no hay división de ningún tipo, excepto el baño. La primera sesión se dio en el comedor, por video llamada y la niña jugó al “*dígalo con mímica*” disfrazándose para que la analista adivine de qué película o personaje se trataba. Sin embargo, la analista contó que se escuchaba de fondo a la madre guionando el despliegue de su hija con frases como “*dale cambiate*” o “*ponete esto*”, por lo tanto, en la segunda sesión la analista hizo intervenir a la madre para que jugaran las tres, madre, hija y analista. Con ese despliegue, la analista contó que intervino como terceridad en esa endogamia, como otra persona para la niña en su casa, afirmando que eso no ocurre en el consultorio. Esta propuesta de juego conjunto de la niña con su madre se vincula con la recomendación del autor Rocha (2020) de sostener el espacio terapéutico incluyendo a los padres en el juego con el fin de no afectar la subjetividad del niño.

Otra profesional especialista en clínica de niños, comentó que no tuvo problema en continuar trabajando con la modalidad virtual lo que se venía trabajando en el consultorio y brindó el ejemplo de una paciente de siete años que sufrió violencia por parte del padre, con quien dejó de tener contacto hace tiempo. La profesional contó que la niña posee mucho despliegue simbólico y, en el consultorio (previo al aislamiento), jugando a hacerle con masa la comida a muñecos, hizo una masa oscura. En ese momento la analista intervino preguntándole qué era esa masa oscura, a lo cual la niña respondió: “*esta es la caca de los muñecos, pero no podés decirle ni a mi mamá, ni a mi hermano, que jugamos con la caca*”. Posteriormente, la analista contó que se pasó a las sesiones virtuales y, en la primera sesión la niña le dice a la analista “*vamos al baño*”, y, a partir de ahí, tienen las sesiones en el baño con la excusa de que es el único lugar que tenía la niña para estar sola. De este modo, la profesional comentó que pudieron seguir trabajando el significante de la “*caca*” y eso de “*lo que no se puede hablar en la casa*”. Este significante “*caca*” se vincula a con ese inconsciente estructurado como un lenguaje que puede ser dilucidado, planteado por Lacan (1953).

En relación a pacientes con patologías más graves, el profesional especialista en adultos compartió el caso de un joven de 20 años con una estructura física compatible con la psicosis, en quien el aislamiento obligatorio

le generó enojo y mucha tristeza debido a no poder concurrir a la escuela de formación laboral a la que asistía, al mismo tiempo que, al encontrarse viviendo con sus padres, manifestó estar muy en desacuerdo con todas las pautas de convivencia que éstos le planteaban. El analista contó que, con el aislamiento obligatorio, el joven se negó a mantener las sesiones virtuales, a pesar de estar en tratamiento desde hacía más de cuatro años. Esta dificultad, el profesional contó que la resolvió enviándole audios por WhatsApp al paciente, afirmando: *“si no quería hablar, al menos que me escuchase”*. El analista continuó contando que, a la semana siguiente al primer audio, el paciente le devolvió un audio en el cual el paciente le expresó su profundo enojo y malestar con la ley, el hecho de verse obligado a no poder salir y también mostró su negación a mantener un diálogo con su analista. De esta forma, el profesional contó que descubrió que no existía negación a hablar por audios porque el paciente mismo decide cuándo contestar los audios *“sin ninguna ley que le quite esa libertad”*. Es así que encontró otra forma de diálogo con el joven, describiendo que recibe mensajes de audio en cualquier momento del día, de la noche e, incluso, de la madrugada, pero que todos los mensajes los contesta (aunque sin apuro), sosteniendo así el diálogo analítico. Luego de estos primeros intercambios, los padres le comentaron al analista que el joven mostraba menos enojo pero que seguía sin hablarles. Esta búsqueda por parte del analista de encontrar una nueva forma que permitiera el despliegue de un diálogo, coincide con la recomendación que plantea el autor Carlino (2014) para el psicoanálisis virtual, al mismo tiempo que se relaciona con el sostenimiento de la presencia del analista para lograr que se pueda dar el discurso que logre que se produzca el inconsciente (Lacan, 1951) con el fin de apuntar a un saber por venir en ese discurso analítico (Lacan, 1961).

Respecto a las intervenciones en tiempos de aislamiento, a modo de síntesis, los profesionales comentaron que intervienen utilizando las técnicas fundadas en las reglas del método psicoanalítico, pero por medio de una nueva modalidad, sosteniendo y acompañando desde la escucha y la palabra, aplicando una nueva versión de trabajo en donde existe una distancia física pero que no impide la producción del inconsciente que es lo que importa en la práctica psicoanalítica cuyo meta, como plantea Lacan (1953) es buscar la verdad del sujeto.

Hasta aquí se desplegaron las técnicas y estrategias que los analistas llevaron a cabo para la continuidad de tratamientos con la modalidad virtual. Ahora bien, yendo a la indagación sobre si se presentaron cambios transferenciales en la clínica psicoanalítica virtual, todos los profesionales entrevistados coincidieron en afirmar que

en los pacientes que ya venían de antes, la transferencia ya estaba instalada y no se observaron cambios, debido a que la transferencia no es algo permeable. En línea con esto, la profesional especialista en patologías del narcisismo comentó que no fue necesario realizar ninguna maniobra específica para sostener la transferencia, que es esencial en el tratamiento, tal como lo plantea Freud (1914). Sin embargo, un profesional especialista en clínica de adultos comentó que algunos pacientes mostraron las resistencias y sus escenarios transferenciales en olvidos particulares de la modalidad virtual como, por ejemplo, celulares sin la batería cargada, cables de carga olvidados, entre otros. Esto se vincula con la acepción del concepto de transferencia negativa como resistencia (Freud, 1895). Respecto a la repetición en el discurso del paciente, los profesionales manifestaron que no se vio modificada con la modalidad virtual. Esta repetición hace que pueda inferirse la transferencia, como plantea Freud (1914). Dado que Lacan plantea que los elementos articuladores de la transferencia son tanto la presencia del analista desde una posición de sujeto supuesto saber (Lacan, 1964b), como el deseo del analista mismo (Lacan, 1961), la experiencia de los profesionales entrevistados ha mostrado que, una vez establecida la transferencia, ésta no permeable más allá de la modalidad en que se lleven a cabo las sesiones analíticas y lo que la sostiene es la presencia del analista y su deseo (Lacan, 1961, 1964b).

### **5.5. Indagación sobre ventajas y desventajas que encuentran los psicoanalistas en la clínica psicoanalítica de modalidad virtual**

El último objetivo del presente trabajo integrador se proponía recabar las ventajas y desventajas que los profesionales encontraron en la práctica psicoanalítica de modalidad virtual. Con respecto a la variación en la modalidad de llevar a cabo las sesiones, en las entrevistas a los profesionales, todos coincidieron en comentar que al principio se les hizo difícil, no sólo porque tenían que comenzar a utilizar aplicaciones tecnológicas que no estaban acostumbrados a usar para ejercer la profesión, como plantean los autores Carlino (2008) y Cattelli (2020), sino también porque muchos de los pacientes frenaron la consulta pensando que el aislamiento iba a ser sólo por 15 días, sin embargo, cuando esos pacientes vieron que se extendía el aislamiento obligatorio, comenzaron a retomar sus tratamientos de a poco, generando un

corte que no se hubiese dado si no surgía el confinamiento por pandemia. Los profesionales también comentaron que sólo una minoría de pacientes no retomó su tratamiento de manera virtual. Otra dificultad que plantearon los analistas consistió en los problemas de conexión en los cuales sienten que se les pueden pasar por alto determinadas cuestiones ya que el encuentro es más “*trabado y torpe*”. Al mismo tiempo, todos coincidieron en comentar que esta modalidad los agota más por el hecho de estar mucho tiempo frente a una pantalla en la cual hay una doble atención, a lo que dice el paciente y a los dispositivos de conexión. Esto se vincula también con la atención libremente flotante del analista (Freud, 1913b), atención a la que se le deben sumar aspectos vinculados a la conexión y la tecnología. Los profesionales también expresaron que, al hacer seguimientos del caso por caso, están pendientes de los pacientes más allá del horario de la sesión, lo cual les genera un cansancio extra y una atención fuera del espacio analítico, ya que los pacientes suelen escribir en horarios fuera de la sesión por algún problema particular, aunque admiten que eso se fue ajustando con el correr del tiempo y a medida que se fueron organizando los espacios virtuales de análisis. Siguiendo con las desventajas, la profesional especialista en clínica de adultos comentó que muchas veces se le complica también al analista encontrar el lugar y espacio para que las sesiones no sean interrumpidas, ya que los analistas también deben cumplir con el aislamiento obligatorio. Al mismo tiempo, los profesionales plantearon la dificultad de crear un lugar de intimidad debido a que depende de las posibilidades del paciente y eso puede ser un obstáculo en el camino hacia la cura, obstáculo que no existe con la modalidad presencial ya que el espacio propicio para el análisis está dado por el consultorio. Otra profesional planteó la siguiente dificultad: “*hay algo con los silencios, muchas veces no sabés si se trata de un silencio propio del discurso del paciente o si es un problema de conexión*”. Con respecto a los silencios, los profesionales comentaron que éstos le generan angustia al paciente y muchas veces preguntan “*¿estás ahí?*”, coincidiendo que cuesta a veces distinguir el silencio tanto del analista como del paciente. Esta pregunta relacionada a si el analista está del otro lado de la pantalla o el teléfono, se vincula con la importancia para el paciente de que exista un Otro a quien se dirige la palabra (Lacan, 1953), es decir, con la presencia del analista (Lacan, 1951). Por otro lado, el silencio en las sesiones virtuales como dificultad para sostener el diálogo también es una desventaja que menciona Carlino (2014).

Otra desventaja que plantearon los analistas entrevistados, consiste en el tiempo que se pierde al inicio de la sesión realizando ajustes técnicos hasta que pueda verse la imagen o escucharse mutuamente, al mismo tiempo que la resolución de dificultades técnicas que pueden presentarse durante la sesión y que atentan con la continuidad espontánea del paciente para sostener la técnica de la asociación libre (Freud, 1913a, 1913b). Los profesionales manifestaron que se requiere de una atención para con un aparato, además de la atención para con el paciente, al mismo tiempo que necesitan realizar las notas propias de la sesión. Este aspecto de tomar notas se relaciona con el consejo del mismo Freud de no tomar muchas notas para poder mantener la atención libremente flotante requerida del analista (Freud, 1913b). Por otro lado, el profesional especialista en adultos, planteó que la apariencia, con la modalidad virtual, es un recorte que hace la cámara, recorte en el que se muestra una presentación acotada y es diferente a la que se da en el consultorio, lo cual genera que existan detalles que se suelen percibir con la presencia física que no pueden percibirse en la virtualidad y que hacen a la escena analítica, este profesional llamó a ese recorte: “*recorte de la presencia*”. Respecto a la preferencia del paciente de que sea llamado por el analista, la profesional especialista en patologías del narcisismo se preguntó si esto no podía generar una confusión acerca de dónde se encuentra la demanda, planteándolo como una desventaja de la modalidad virtual. Esta confusión respecto a la demanda que plantea la analista, se relaciona con el concepto de demanda de análisis planteada por Lacan (1958a).

Ahora bien, indagando sobre las ventajas de la modalidad virtual en la práctica psicoanalítica, en las entrevistas todos los profesionales coincidieron primeramente en afirmar que la virtualidad acorta distancias y de esta forma pueden asistir a pacientes que viven en el interior del país o incluso fuera de éste, en palabras de uno de los profesionales: “*no existen barreras para el tratamiento psíquico del otro*”. Esta ventaja vinculada a la accesibilidad del análisis también es planteada por los autores Caspar (2004) y Carlino (2008). Otra ventaja que comentaron los analistas entrevistados consistió en que, dado que no es lo mismo sostener la imagen de modo virtual como en el consultorio, eso ayuda a que el paciente no perciba micro gestos del analista que pueden influir en el análisis. Respecto a esto último, Freud (1913a) plantea la misma ventaja cuando se refiere al sostenimiento del diván. Sin embargo, los

profesionales aclararon que, lo mismo ocurre con el analista, éste puede no llegar a captar micro gestos sutiles del paciente que son relevantes para el tratamiento, como se ejemplificó con el caso comentado por la profesional que, gracias a un corte de conexión, la imagen se congeló y pudo captar un gesto que se le hubiese pasado por alto de no existir un problema técnico de conexión, lo cual le permitió hablar de aquello disruptivo entre lo que el paciente decía y su gesto, generando que se propicie un discurso analítico que permitió surgir lo inconsciente. Otra ventaja que planteó una profesional especialista en adultos, consiste en que ella fue mamá hace poco, estaba volviendo de la licencia por maternidad cuando se decretó el aislamiento y considera que la nueva modalidad la puede aprovechar para no tener que salir de su casa con una hija chica que aún está en período de lactancia.

Otra ventaja que plantearon los profesionales se basó en la posibilidad de acudir al análisis en momentos que pueden ser muy angustiantes y riesgosos para los pacientes, momentos en los que poder hablar con un profesional puede ser muy determinante en el accionar de ese paciente que puede poner en riesgo su vida y/o la de terceros. Esta ventaja también fue planteada por el autor Carlino (2008). También los profesionales comentaron que este tipo de modalidad genera menos ausencias o demoras por parte del paciente. Otra ventaja que planteó el profesional que brindó un taller sobre la práctica analítica en período de aislamiento, fue que se posibilita el análisis a personas que viven en regiones donde no hay analistas, al mismo tiempo que posibilita al paciente la elección de un analista por fuera del radio de su residencia, ventaja también planteada por los autores Carlino (2008) y Caspar (2004).

Por otro lado, el profesional especialista en adultos que brindó un curso de capacitación, comentó que existen singularidades que hacen que el método psicoanalítico virtual sea más ventajoso o perjudicial según el caso, tal como lo plantea la autora Fernández Pumilla (2020), quien afirma que la aplicabilidad del análisis virtual dependerá de la singularidad de cada paciente. En relación a esto, el profesional entrevistado contó el caso de una paciente que era argentina pero que vivía en España hacía más de 20 años y una de los motivos por los que lo eligió como analista fue por el hecho de vivir en Argentina, ya que estaba pasando por el duelo de la muerte de su padre, que vivía en Argentina y se había suicidado hacía tres semanas. La paciente le contó al analista que, desde que se fue del país, sólo hablaba español con su padre cuando lo llamaba por teléfono con una frecuencia semanal de tres veces en promedio. Con ese relato, el analista pudo conocer cuál fue el motivo inconsciente de su consulta,

al que se les sumaban a las motivaciones conscientes que era experimentar en la transferencia lo que había perdido con el suicidio del padre. Este último ejemplo compartido por el profesional, no sólo se relaciona con el objetivo de la práctica psicoanalítica de hacer consciente lo inconsciente (Freud, 1913a) sino también con la ventaja de la accesibilidad a la práctica psicoanalítica con la modalidad virtual (Caspar 2004; Carlino, 2008). Al mismo tiempo, el analista plantea un “*motivo inconsciente de consulta*”, que se refiere a esa demanda que se construye en el análisis y que nada tiene que ver con el motivo de consulta como pedido inicial desde el discurso del yo (Lacan, 1953, 1975).

A modo de síntesis, respecto a las ventajas y desventajas de la nueva modalidad de análisis, todos los profesionales comentaron que nunca habían realizado sesiones virtuales, que al principio les costó un poco adaptarse pero que, con el tiempo, se fueron sintiendo cómodos, aunque coincidieron en que les es más cansador. También admitieron que, en un principio creyeron que no era posible, tal como lo plantea la autora Colautti (2020) cuando se refiere a posiciones de analistas ortodoxos con el análisis virtual. Los profesionales admitieron que al inicio vieron esa imposibilidad debido a que no tenían experiencia en esta modalidad y que tampoco era algo que se planteaba en encuentros entre profesionales, pero que confirmaron en la práctica que es muy posible continuar con este tipo de modalidad, en palabras del profesional especialista en adultos “*quedó atrás la imposibilidad de hacerlo*”.

Finaliza el desarrollo del presente trabajo de integración, con las ventajas y desventajas que encontraron los analistas en la implementación del psicoanálisis de manera virtual de manera abrupta. Las ventajas versaron sobre: aumento en la accesibilidad a tratamientos; menor cantidad de ausencias o llegadas tarde a las sesiones; acceso inmediato al analista para momentos de crisis o angustia del paciente y posibilidad de comenzar un tratamiento para personas con dificultades vinculadas a la socialización. Respecto a las desventajas relevadas, estas se basaron en: una primera instancia de reticencia por parte de los analistas y analizantes a poder realizar este tipo de psicoanálisis; agotamiento y cansancio del analista; dificultades técnicas o de conexión y dificultades para encontrar un espacio propicio para el análisis.

## 6. Conclusiones

Concluyendo con el presente trabajo integrador, se realizará un repaso del cumplimiento de cada objetivo planteado. Respecto al primero, que se proponía comparar la práctica psicoanalítica presencial con la virtual, se pudo cumplimentar el objetivo relevando las características diferenciales que hacen a los tratamientos de manera on-line. Respecto a estas características, se pudieron recabar en las entrevistas las siguientes temáticas: el re establecimiento de pautas consensuadas con los pacientes para llevar a cabo las sesiones virtuales; la flexibilidad que mantuvieron los profesionales para poder asegurar la continuidad de los tratamientos o el inicio de nuevos; las dificultades y experiencias con los que se encontraron los analistas en ese pasaje a la virtualidad de las sesiones; el sostenimiento de la presencia y posición del analista con la nueva modalidad de sesión virtual; las formas de comunicación con el paciente en el orden de la singularidad del caso por caso; el sostenimiento del diván de modo virtual; la novedad de las sesiones por mensajes de texto; las estrategias para sostener un espacio propicio para el análisis desde los hogares; y la particularidad de la clínica de niños y el despliegue del juego con la modalidad virtual. En el relevamiento sobre las características de la modalidad virtual de las sesiones, se logró también recabar ejemplos compartidos por los profesionales entrevistados y así poder articular con casos prácticos cómo se llevó a cabo el pasaje a la virtualidad de las sesiones. En relación al segundo objetivo, que planteaba analizar los motivos frecuentes de consulta en período de aislamiento y la manera en que se comienzan nuevos tratamientos virtualmente, el mismo pudo cumplirse relevando los motivos de consulta compartidos por los profesionales entrevistados. Éstos consistieron en: problemas de ansiedad; insomnio; desordenes del sueño; angustia frente a la amenaza de la enfermedad; angustia por el encierro; angustia por la necesidad de salir; angustia que genera la incertidumbre de no saber qué va a pasar; consecuencias vinculadas al encierro; temores a enfermarse; temores a que se enferme un ser querido; temores a la muerte propia o de un ser querido; temor a morir en soledad; ansiedades acerca del mundo que se encontrará al poder salir; problemas en las relaciones con el otro; violencia familiar; y problemas de pareja. Respecto a este último motivo de consulta sobre violencia familiar, es importante destacar que los profesionales afirmaron que se han visto incrementadas las consultas por dicho motivo con el aislamiento obligatorio. Respecto al planteamiento de indagar acerca de cómo los profesionales iniciaban tratamientos con sesiones virtuales,

se pudo relevar que el establecimiento de pautas es el mismo que en los tratamientos que ya se venían dando presencialmente y que pasaron a la virtualidad, sin embargo, se destacó una característica diferencial, y es que, a diferencia de los tratamientos en curso en los que se puede optar por realizar la sesión solo a través de la voz, a los nuevos pacientes se les exige que el primer contacto sea también visual, es decir, por video llamada, para que se pueda tener un primer encuentro visual y auditivo entre paciente y analista. Siguiendo con el cumplimiento del tercer objetivo, que proponía la indagación de estrategias e intervenciones de los profesionales en período de aislamiento, y si se presentaron cambios en la transferencia en dicho contexto, el mismo se pudo cumplir relevando tanto estrategias como intervenciones que los profesionales utilizan más frecuentemente con la modalidad virtual, las mismas se basaron en utilizar reglas y técnicas propias del psicoanálisis como la abstinencia, la escucha activa ligada a la atención flotante del analista a la que se le han sumado estímulos como el hecho de estar pendientes a la calidad de conexión o el hecho de que el analista se vea en la pantalla como algo novedoso. Otras estrategias de intervención relevadas consistieron en: la interrogación; la interpretación - más específicamente la de los sueños-, la pregunta vinculada al contexto de aislamiento y pandemia; el trabajar más en el presente; el versionado de los juegos con niños en la modalidad virtual; el involucramiento de los padres en el juego con niños; el dibujo de una imagen del paciente en análisis para compartirlo en la sesión; y el intercambio de mensajes de texto en la situación analítica. A esas intervenciones se le sumaron el sostenimiento de la presencia del analista, de su deseo de analizar y de la posición de sujeto supuesto saber en el proceso analítico como factores claves de la transferencia. Respecto a ésta, se pudo determinar que, una vez instalada, la modalidad del análisis no interfirió en la misma, aunque sí variaron los aspectos que hacen inferirla, es decir, las formas en las que se manifiestan las resistencias propias de la modalidad virtual (celulares sin batería y cables de carga olvidados). De este modo, se pudo relevar que la transferencia, una vez instalada, no permite permeabilidad sea cual fuera la modalidad de la sesión, y, al mismo tiempo, que dicha instalación depende tanto de la presencia del analista como su posición ética de Sujeto Supuesto Saber cuyo motor es el deseo del analista, variables que no se modifican en las sesiones virtuales. Finalizando con la síntesis, se pudo dar cumplimiento al cuarto objetivo que consistía en la indagación de las ventajas y desventajas de las sesiones virtuales. Respecto a las ventajas, en las entrevistas a los profesionales surgieron las siguientes: una mayor accesibilidad a tratamientos

venciendo las barreras geográficas propias de las sesiones presenciales; disminución de ausencias o llegadas tarde a las sesiones; accesibilidad casi inmediata al analista en situaciones de crisis o angustias; y la posibilidad de iniciar un tratamiento para aquellas personas con dificultades vinculares. En relación a las desventajas recabadas en las entrevistas, las mismas consistieron en: una inicial negación de continuar con esa modalidad por parte de los pacientes; problemas derivados de manejar distintos programas y dispositivos tecnológicos; dificultades tecnológicas y de conexión durante las sesiones virtuales que generan cortes inesperados; cansancio y agotamiento extra de los analistas por estar más tiempo pendiente y disponibles para los pacientes; dificultades para lograr un espacio propicio para el análisis; dudas en la distinción de silencios propios del análisis; pérdida de espontaneidad del paciente por ajustes o problemas técnicos de conexión; recorte en la percepción de detalles en el encuentro virtual; y posible confusión sobre el lugar que se ubica la demanda en los casos en los que el llamado es realizado por el analista.

En relación a las limitaciones del presente trabajo, básicamente fueron de índole teórica debido a que la práctica psicoanalítica de modalidad virtual no sólo no ha sido muy practicada con anterioridad al aislamiento, sino que mucho menos ha sido investigada, lo cual ha dificultado el encuentro de material bibliográfico en relación a esta nueva modalidad. Otra dificultad respecto a la búsqueda de material bibliográfico consistió en que, en período de aislamiento no se tuvo acceso a bibliografía física debido a que las bibliotecas permanecieron cerradas durante el proceso del presente trabajo, sin embargo, se pudo acceder a abundante bibliografía de modo virtual. Por otro lado, en relación a las limitaciones de índole operativas en el relevamiento de base empírica, la principal restricción consistió en que las entrevistas a profesionales se realizaron virtualmente debido al aislamiento obligatorio por pandemia, al mismo tiempo que también se realizaron virtualmente las observaciones de espacios de supervisión grupales, los talleres y los cursos, lo cual pudo haber repercutido en la pérdida de detalles mínimos de información. Otra limitación operativa está vinculada a que los participantes fueron todos profesionales de la institución y no se contó con la visión y experiencia de los pacientes en la implementación de la nueva modalidad de sesiones virtuales. Una última limitación vinculada a la operatividad del presente trabajo, se relaciona con el hecho de que la modalidad virtual de sesiones en la institución se implementó hace aproximadamente cinco meses, por lo tanto, se encuentra en una fase experimental, haciendo referencia a Lacan: en el tiempo lógico de

“*comprender*” la situación y, si bien en el trabajo se responde la pregunta acerca de la posibilidad de la práctica psicoanalítica de modalidad virtual, la respuesta será más firme en el tiempo lógico de “concluir” que se dará con el correr de la experiencia en esta práctica psicoanalítica virtual emergente de estos tiempos.

Durante el desarrollo del presente trabajo surgió el interrogante acerca de cómo se instala la transferencia institucional en nuevos tratamientos que se inician virtualmente. Para poder responder este interrogante, podría sugerirse la realización de encuestas dirigidas y anónimas, mediante formularios on-line, a pacientes de la institución que sólo hayan realizado sesiones virtuales, con el fin de poder obtener base empírica sobre la instalación de la transferencia institucional como nueva línea de investigación. Las preguntas sugeridas podrían ser del tipo: ¿Cómo llegó a la institución?; ¿Qué referencias tienen de la institución?; ¿Qué lo llevan a confiar en el tratamiento institucional?; entre otras. Respecto al enfoque psicoanalítico clásico, con el desarrollo del presente trabajo, se planteó la pregunta acerca de si deben replantearse pautas básicas con esta nueva modalidad, lo cual puede llevar a una nueva especialidad en psicoanálisis. Una sugerencia para responder esta pregunta podría ser la realización de una encuesta anónima y masiva a distintos psicoanalistas para poder relevar cómo influyó la nueva práctica virtual en el reajuste del método, con qué desvíos del método clásico se encontraron y comenzar a generar encuentros entre profesionales para poder compartir experiencias, dificultades y soluciones en la aplicación del método psicoanalítico on-line. Respecto a esta sugerencia, es algo que, durante el proceso del presente trabajo fue ocurriendo con más frecuencia.

Para el desarrollo de nuevas líneas de estudio, a criterio de la autora del presente trabajo, se sugiere investigar sobre la forma de practicar el psicoanálisis virtualmente debido a que no existen investigaciones de la temática por ser novedosa. Estas investigaciones deberían ser tanto en relación a tratamientos institucionales como también privados. Otras líneas de investigación pueden ser acerca de la instalación de la transferencia y, particularmente de la transferencia institucional en el psicoanálisis de modalidad virtual. Por otro lado, sería interesante investigar específicamente el psicoanálisis por medio de mensajes de texto o la escritura, particularmente analizar cómo se manifiesta el inconsciente por ese medio y cómo puede trabajarse o realizar intervenciones por escrito a partir de lo que surge de esas escrituras. Finalizando con el presente trabajo, se propone que, del resultado de estas investigaciones planteadas, sería enriquecedor analizar si se deben reestablecer pautas del método psicoanalítico clásico

para poder adaptarlas a la nueva modalidad virtual generando un cambio paradigmático o simplemente generando una nueva especialidad en psicoanálisis.

Más allá de las limitaciones planteadas y las líneas de investigación propuestas, en transcurso del presente trabajo se pudo responder afirmativamente a la pregunta: ¿Se puede practicar el psicoanálisis virtualmente? Sin embargo, esa respuesta positiva se enmarca bajo condiciones fundantes del psicoanálisis que consisten en: sostener en la virtualidad la presencia del analista, el deseo del analista y la posición de Sujeto Supuesto Saber de éste, al mismo tiempo que las sesiones virtuales deben estar basadas en las reglas básicas de la asociación libre, la atención flotante y la abstinencia del analista, siempre con la finalidad de propiciar el advenimiento del inconsciente y la verdad del sujeto.

## 7. Referencias Bibliográficas

- Argentieri, S. & Amati Mehler, J. (2003). Análisis por teléfono: “Hola, ¿quién habla?”. *En Profundidad*, 12(1), 17-19.
- Carlino, R. (2006). *¿Psicoanálisis por teléfono?* En Ponencia XXVI Congreso Federación Psicoanalítica de América Latina (FEPAL). Lima, Perú.
- Carlino, R. (2008). *Radiografía del psicoanálisis por teléfono*. En Ponencia XXVII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, Santiago de Chile, Chile.
- Carlino, R. (2010). *Psicoanálisis a distancia*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Carlino, R. & Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires Argentina (2011). *Diálogo analítico telefónico*. En III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina.
- Carlino, R. (2014). Reflexiones actuales sobre el psicoanálisis a distancia. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, (18), 173-197.
- Caspar, F. (2004): Technological developments and applications in clinical psychology and psychotherapy: summary and outlook. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 347-349. doi: 10.1002/jclp.10268
- Cattelli, J. (2020). Coronavirus: Pandemia, angustia y desencuentro. *Revista actualidad psicológica*, 494, 15-16.
- Colautti, L. (2020). Y en el diván...la pandemia. *Revista actualidad psicológica*, 494, 8.
- Edelstein, C. (2020). Iatrogenia, Coronavirus, el psicólogo clínico y la virtualidad. *Revista actualidad psicológica*, 494, 22-23.
- Fernández Pumilla, A. Y. (2020). Desafíos clínicos, la praxis en tiempos de pandemia. Modos de operar en el escenario de la emergencia. *Revista actualidad psicológica*, 494, 27.
- Fischer, H. (2020). Tiempos difíciles (¿Iatrogenia a distancia?). *Revista actualidad psicológica*, 494, 17-18.
- Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. I.* (pp. 111-132). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1895). Sobre la psicoterapia de la histeria. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. II.* (pp. 261-309). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1900a). La interpretación de los sueños (primera parte). En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. IV.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1900b). La interpretación de los sueños (continuación). En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. V*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1901). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. VII*. (pp. 265-277). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1904). El método psicoanalítico de Freud. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. VII* (pp. 233-242). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905). El chiste y su relación con lo inconciente. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. VIII* (pp. 233-242). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1908). El creador literario y el fantaseo. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. IX* (pp. 123-136). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912a). Notas sobre el concepto de lo inconciente en psicoanálisis. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XII*. (pp. 265-277). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912b). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XII*. (pp. 93-105). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1913a). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XII*. (pp. 107-120). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1913b). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XII*. (pp. 121-144). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1913c). Sobre psicoanálisis. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XII*. (pp. 209-216). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XII*. (pp. 145-157). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915). Lo inconciente. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XIV* (pp. 153-214). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1916a). 16ª Conferencia: Psicoanálisis y Psiquiatría. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XV* (pp. 223-234). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1916b). 27ª Conferencia: La transferencia. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XVI* (pp. 392-407). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1916c). 28ª Conferencia: La terapia analítica. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XVI* (pp. 408-421). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1918). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XVI* (pp. 155-153). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1922). Más allá del principio del placer. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XVIII* (pp. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XXII* (pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1932). 34ª Conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XIX* (pp. 126-145). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1938). El aparato psíquico. En *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XXII* (pp. 143-145). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Klein, M. (1932). El Psicoanálisis de niños. En *Obras Completas, Tomo II*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo. En *Escritos I* (pp. 86-93). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1951). Intervención sobre la transferencia. En *Escritos I* (pp. 204-215). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos I* (pp. 227-310). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1954a). La verdad surge de la equivocación. En *El Seminario 1. Los escritos técnicos de Freud* (pp. 379-395). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1954b). Las fluctuaciones de la libido. En *El Seminario 1. Los escritos técnicos de Freud* (pp. 261-276). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1954c). Psicología y Metapsicología. En *El Seminario 2. El yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica* (pp. 11-25). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1954d). Saber, verdad, opinión. En *El Seminario 2. El yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica* (pp. 27-44). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1955a). El deseo, la vida y la muerte. En *El Seminario 2. El yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica* (pp. 331-352). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1955b). Variantes de la cura tipo. En *Escritos I* (pp. 311-348). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1956). La cosa freudiana o el sentido del retorno a Freud en psicoanálisis. En *Escritos I*. (pp. 384-418). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1958a). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2*. (pp. 565-626). Buenos Aires: Siglo XXI.

- Lacan, J. (1958b). La significación del falo. En *Escritos 2*. (pp. 665-675). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1958c). Las fórmulas del deseo. En *El Seminario 5. Las formaciones del inconsciente* (pp. 311-325). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1960). *El Seminario 7. La Ética del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1961). *El Seminario 8. La transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964a). Del Trieb de Freud y del deseo del psicoanalista. En *Escritos 2*. (pp. 830-833). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1964b). *El Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964c). Posición del inconsciente. En *Escritos 2* (pp. 808-829). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1965). *El Seminario 12: Problemas cruciales para el psicoanálisis*. Inédito. Versión de la Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Lacan, J. (1967). Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela. En *Revista Ornitar*, 1.
- Lacan, J. (1975). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. En *Intervenciones y textos*, 2, 115-144.
- Miller, J. A. (1997a). Diagnóstico psicoanalítico y localización subjetiva. En *Introducción al método psicoanalítico* (pp. 29-59). Buenos Aires-Barcelona: Paidós.
- Miller, J. A. (1997b). Introducción a un discurso del método analítico. En *Introducción al método psicoanalítico* (pp. 13-28). Buenos Aires-Barcelona: Paidós.
- Miller, J. A. (2006). *Introducción a la Clínica Lacaniana*. Buenos Aires: RBA Libros.
- Plut, S. (2020). Los Coronautas: Pacientes y analistas en cuarentena. *Revista actualidad psicológica*, 494, 6-8.
- Rocha, M. (2020). Pandemia, angustia y contención: Los efectos del virus en las personas con discapacidad. *Revista actualidad psicológica*, 494, 25.
- Saúl, L. (1951). A note on the telephone as a technical aid. *The Psychoanalytic Quarterly*, 20(2), 287-290. doi: 10.1080/21674086.1951.11925845
- Soler, C. (1984). Standards no standards. En *¿Cómo se analiza hoy?* (pp. 100-131). Buenos Aires: Manantial.