

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

TFI

Transferencia presencial vs virtual

Alumna: Romina Koplowicz

Tutora: Analía Brizzio

Buenos Aires, Argentina, 2020

Índice

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	2
2.1. Objetivo general.....	2
2.2. Objetivos específicos.....	3
3. Marco Teórico.....	3
3.1. Conceptualización freudiana de la transferencia.....	3
3.1.1. La transferencia según Lacan	9
3.1.2. Otros conceptos relacionados.....	13
3.2. Dispositivo, Encuadre, alianza terapéutica	17
3.2.1. Modalidad virtual y sus similitudes y diferencias con la presencial.....	19
4. Metodología.....	21
4.1. Tipo de Estudio.....	21
4.2. Participantes.....	21
4.3. Instrumentos.....	22
4.4. Procedimiento.....	22
5. Desarrollo.....	22
5.1. Presentación del caso	22
5.2. Objetivo 1.....	24
5.3. Objetivo2.....	28
5.4. Objetivo 3.....	31
6. Conclusiones.....	36
7. Referencias Bibliográficas.....	40

1. Introducción

En el marco de la asignatura Práctica y Habilitación Profesional N° 5 de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, se llevó a cabo una pasantía en una asociación civil dedicada a asistencia clínica y docencia, con marco psicoanalítico. La institución ofrece asistencia de manera individual, a niños, adolescentes y adultos, como también a parejas y familias. Tratándose de una institución privada, cuenta con perfil comunitario, por lo que trabaja con la instrumentación de bonos voluntarios.

La práctica profesional abarcó un total de 285 hs. de capacitación integral, teniendo como objetivo investigar la clínica psicoanalítica y los conceptos fundamentales que de ella derivan, a través de espacios de capacitación de forma virtual.

La modalidad consistió en la participación de diferentes actividades mediante dispositivos virtuales, como posgrados especializados en diferentes áreas - pareja y familia, adultos y niños - con espacios de supervisión que ofrece la institución a profesionales, Asistencia al ciclo de conferencias *Las pulsiones en la clínica psicoanalítica* y al *Curso académico clínico de formación integral e intensiva en psiquiatra y psicoanálisis*. Se realizaron también entrevistas a profesionales.

El interés del trabajo reside en describir y analizar el fenómeno transferencial psicoanalítico en asistencia clínica en forma presencial y virtual, enmarcados en contexto actual de aislamiento social preventivo y obligatorio resultante de la pandemia por Covid-19.

En el trabajo se buscará analizar las similitudes y diferencias producidas en la transferencia en procesos psicoanalíticos presenciales y virtuales a partir de entrevistas realizadas a profesionales de la citada institución.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

- Analizar las similitudes y diferencias producidas en la transferencia en procesos psicoanalíticos presenciales y virtuales.

2.2. Objetivos específicos:

- Analizar las particularidades en el establecimiento y despliegue de la transferencia en pacientes que inician tratamiento en forma virtual a través de los dispositivos tecnológicos.
- Describir, en base a la opinión de los profesionales, si se han producido cambios en la transferencia en pacientes que habían iniciado análisis en forma presencial y pasaron a forma virtual.
- Analizar las similitudes y diferencias producidas en la transferencia entre las modalidades de atención presencial y online.

3. Marco Teórico

3.1. Conceptualización freudiana de la transferencia

No es posible pensar en el campo del psicoanálisis sin aludir a la noción de transferencia. Existen muchas definiciones sobre ella, no debiendo olvidarse que sin transferencia no hay análisis. Sin ella el análisis no funciona, no es eficaz (Leibson, 2019).

Se trata de uno de los cuatro conceptos fundamentales y uno de los más complejos de definir del psicoanálisis, que requirió de un proceso por parte de Freud para desarrollarlo. Para esto, y en sus propias palabras, el autor se valió de su trabajo clínico, el que le permitió ir sumando elementos a este complejo concepto (Freud, 1895; 1905; 1912). Por esto puede decirse que sus estudios sobre el tema comenzaron con los que realizó sobre la histeria conjuntamente con Breuer (Álvarez, 2012).

Sobre la transferencia sostienen Laplanche y Pontalis (2016) que consiste en la repetición actualizada en la relación psicoanalítica con el terapeuta de prototipos infantiles, reeditándose deseos inconscientes sobre ciertos elementos, que se hacen conscientes en el proceso de cura. Se trata de un conjunto de fenómenos que hacen a la relación paciente-analista, encontrándose en su fundamento, y que incluyen las concepciones del terapeuta sobre la cura, que se encuentra en el fundamento mismo de la relación (Laplanche & Pontalis, 2016). Siguiendo a Freud (1895), una parte importante del trabajo terapéutico se apoya en la figura del analista, al vencerse las

resistencias. Se trata de un falso enlace, consistente en el depósito de sentimientos desconocidos, resistidos, en la figura del analista que eran originariamente dirigidos hacia otra persona.

En sus primeros trabajos, Freud (1895) describe la presencia de una corriente afectiva que es depositada en la persona del analista por su paciente en lo que reconoce como un falso enlace. Este enlace falso implica depositar sentimientos desconocidos que se dirigen a otra persona, sobre el analista, lo que implica la incorporación del médico como sustituto de otro objeto de amor. Entiende esto como una situación de cumplimiento sistemático, a modo de ley. El descubrimiento surge a partir de otro concepto, el de resistencia, implicada en el desconocimiento mencionado. Entiende que en el trabajo catártico, el proceso de la cura se apoya sobre el médico, venciendo de este modo la resistencia.

De acuerdo con Cosentino (1999), Freud entiende que la tarea del analista termina con una vinculación implícita entre resistencia radial, que tiene que ver con ese núcleo patógeno, y la primera introducción de la noción de transferencia. Señala también que hay un obstáculo externo –lo nombra así– en un análisis. Este obstáculo externo tiene que ver con lo que él llama falso enlace, que se va a establecer con el analista. Entiende así que la transferencia sobre la persona del médico acontece por un enlace falso. Pero también este obstáculo externo que pone en juego la transferencia con el analista aparece como el núcleo de la compulsión a asociar: ese resto que no se puede dialectizar en la cura.

Por su parte, Álvarez (2012) afirma que la transferencia consiste en reediciones o reelaboraciones de las mismas mociones pulsionales y las fantasías que sostienen la sintomatología. La reactualización de lo experimentado significativamente en la infancia obstaculiza el análisis de tales fantasías. Puede ocurrir que al acercarse el proceso al núcleo patógeno comiencen a surgir afectos que no tengan representaciones y como el analista es el más cercano, se anude dicho afecto con su persona. La transferencia aparece así ligada al falso enlace y a la resistencia, impidiendo arribar a la cura. Experimentar tales fenómenos y decir todo al analista es difícil y tortuoso, por lo que puede derivar en el abandono de la cura.

En su análisis del caso Dora, Freud (1901; 1912) retoma el tema de la transferencia, explicando que existe una transferencia que posibilita la actualización de sucesos del pasado, de tipo traumáticos, a través de su colocación, de forma sustitutiva, en la persona del analista. En el abordaje del mismo caso Dora (Freud, 1901) sostiene el

carácter de necesario de la transferencia, siendo condición inevitable para el camino de la cura, requiriendo del trabajo del médico para su identificación en pos de la dirección deseada.

En la teoría de los sueños Freud (1900) utiliza el término transferencia como desplazamiento. A partir de este proceso se posibilita que el inconsciente se abra paso, adquiriendo una nueva significación. Luego, en el caso Dora (1901), sitúa el término no como un recuerdo vaciado de significación sino de algo muy particular, la persona del médico. Propone que en lugar de recordar, se actúa un fragmento de los recuerdos y fantasías con el analista. Así el médico pasa a formar parte de la economía psíquica (Luis, 2019).

Luis (2019) explica que para Freud, el psicoanálisis se desarrolla gracias a la transferencia, porque activa los procesos psíquicos, pero al mismo tiempo a pesar de ella. Plantea un carácter doble, como obstáculo enlazado a la resistencia y a la repetición y como prueba de la presencia del inconsciente.

Freud (1905) caracteriza aspectos de la transferencia en la práctica clínica como su carácter de necesaria e ineludible, manifestando la existencia de sentimientos de hostilidad o de ternura que se instalan a favor del tratamiento, transformando a sí lo que podría ser un obstáculo en un factor positivo, colaborador del proceso de cura.

Por su parte, Kligmann (2014) entiende a la transferencia en dos sentidos: por un lado, como motor en el que están implicadas tanto la asociación libre como la interpretación. Así se produce la apertura del inconsciente y el sentido de amor tierno hacia el analista. Por el otro lado como obstáculo, ya que el paciente repite en lugar de recordar.

En el tratamiento analítico, la transferencia es el objeto del mismo y es descompuesta en cada una de sus formas de manifestación. Tal es así que al finalizar la cura psicoanalítica, esta debe ser desmontada. El éxito entonces, sobreviene de la superación de las resistencias que saben mudarse en transferencias negativas (hostiles) y en la transformación interior en un enfermo (Freud, 1917b). Kligmann (2014) postula que, en *Más allá del principio de placer*, Freud afirma que el inconsciente no ofrece resistencia alguna, sino que intenta irrumpir en la consciencia.

Siguiendo a Freud (1917a) se observa que el paciente desarrolla un interés particular hacia la persona del médico. Todo lo que refiere a él adquiere mayor importancia que lo que refiere al propio paciente, como también ocurre con la opinión del médico sobre el otro integrante de la pareja analítica. En estas condiciones se

observa que el análisis deriva en brillantes progresos y mejoras del estado patológico. Puede decirse entonces que se han transferido sobre el médico intensos sentimientos de ternura que ni la conducta ni la relación nacida de la cura la justifican.

En relación con esto, Ferenczi (1949) caracteriza a la transferencia como un mecanismo psíquico presente en las neurosis, que se hace expresa además en todas las situaciones vitales, y subyaciendo en todas las manifestaciones patológicas. Afirma que se realiza una transferencia al analista de todos los afectos – amor, odio – para evitar la compenetración en el inconsciente propio

Trabajando sobre el mismo caso Dora, en relación al momento del abandono del tratamiento, Freud (1901) destaca otros aspectos de la transferencia en la práctica clínica que le causaron sorpresa, dado que no los había aplicado a su debido tiempo - si bien los había considerado - llevándolo a actuar, entendiendo que en ese momento debió haber intentado reproducir en Dora sus vivencias subjetivas. Comienza así a introducir otro elemento fundamental de su teoría, producto revelado a partir de la transferencia: la resistencia. Entiende sobre ella que debe ser vencida para permitir hacer conscientes mociones pulsionales profundas asociadas a la patología, haciéndolas conscientes. A partir de esto se entiende que la transferencia puede obstaculizar el avance del tratamiento, constituyéndose en una resistencia (Freud, 1917a).

De acuerdo con Álvarez (2012), en *La dinámica de la de transferencia*, Freud introduce el tema de la repetición relacionado con la resistencia. De acuerdo con él, Freud (1912) sostiene que la repetición actúa de este modo como consecuencia del depósito que realiza el analizante de una proyección libidinal en la persona de su analista. La libido en los neuróticos está ligada a los síntomas que le procuran una satisfacción sustitutiva, manteniéndola en estado de represión, siendo incapaz de gozar y producir (Freud, 1917b).

Freud (1914a; 1917b) explica que la represión y la resistencia, conceptos relacionados con lo no recordado, con aquello que no puede ser dicho, se traducen en la representación del síntoma, que se actúa entonces sobre el médico, en la relación terapéutica, lo que constituye una neurosis de transferencia. Yendo más allá de lo simbólico se despliegan en el acto, haciendo jugar aquí inhibiciones, rasgos, síntomas y afectos del paciente. Es tarea del proceso terapéutico el poner en conocimiento del paciente, a través de la interpretación de la transferencia, y en pos de su reelaboración, lo que se encuentra reprimido, constituyéndose esto en la dirección de la cura. A partir de esto, Freud (1914a) entiende a la transferencia a partir de la repetición, sosteniendo

que se trata de un fragmento de esta, entendiendo además que la repetición es una puesta en acto en la transferencia del pasado del paciente, que se hace a su vez extensiva a cualquier otro ámbito de su vida. El manejo adecuado de la transferencia, como camino de la cura, requiere, a criterio del autor, atender a la compulsión a repetir.

La repetición, *agieren*, se presenta como un nuevo modo de recordar en transferencia. No está en juego la resistencia sino un recuerdo en acto como un modo de funcionamiento de la memoria. Sostiene el autor que Freud afirma que hay un actuar con el analista conectándose con él, la fantasía y la pulsión. Se produce entonces un pasaje de la libido desde los síntomas hacia el analista en el que la persona del médico aparece como objeto libidinal fantaseado. Entiende que el analista toma el relevo de la libido que estaba en el síntoma con su persona. De esta manera se constituye como objeto libidinal artificial del paciente. Se delimita el lugar al que el analista adviene en el centro de la neurosis de transferencia, entendiendo así que si el analista no ocupa ese lugar no hay transferencia sin poder operar en ella (Kligmann, 2014). Se trata de sustituir la compulsión a la repetición por la neurosis de transferencia a partir de su despliegue en el vínculo terapéutico, posibilitando el recuerdo y con este, la cura (Freud, 1914b).

En su Conferencia N° 27, Freud (1917a) advierte que la transferencia es de importancia central en la cura de las histerias, las histerias de angustia y las neurosis obsesivas, que son llamadas neurosis de transferencia. Se trata de una transferencia de sentimientos sobre la persona del médico, de un afecto que proviene de otro lado. Estaba ya preparado en el enfermo y lo coloca sobre la persona del médico. La transferencia puede entonces presentarse como un reclamo de amor. En el proceso se ven sobreestimadas las cualidades del médico, lo reviste de autoridad y presta creencia a sus comunicaciones y concepciones. Explica que la transferencia se instala en el tratamiento desde el inicio, y durante un tiempo constituye el más poderoso resorte impulsor del trabajo analítico. Si los sentimientos se convierten en hostiles o si la inclinación tierna se hace fuerte, entonces los signos de su procedencia provienen de una necesidad sexual, produciendo el fenómeno de resistencia. Si bien la transferencia se instala desde el principio, es la aparición de la resistencia, asociada siempre a una pulsión sexual, la que permite percibirla. Se trata entonces de una ambivalencia de sentimientos. Es aquí, ante la hostilidad, que no se rechaza la demanda del paciente derivadas de su transferencia. Se supera con la demostración al enfermo de que los sentimientos no provienen de la situación presente y que no son tampoco valiosos para

la persona del médico. La transferencia cobra vuelo y puede decirse entonces que la neurosis recién creada y recreada sustituye a la primera - la de la enfermedad-. Todos los síntomas del enfermo abandonan su significado originario incorporando un sentido nuevo. El analista anoticiará al enfermo sobre lo que está actuando eso reprimido, inconsciente, lo que denominará interpretación de transferencia. Sólo así el enfermo podrá darle otro destino a la pulsión. En determinado momento del tratamiento el analista se apoderará de toda la sintomatología, y gracias a la sugestión, transferencia positiva mediante, evitará que el paciente vuelva a reprimir. Así podrá encontrar otro curso a la libido que le sea más satisfactorio para su vida (Álvarez, 2012; Freud, 1917a).

Freud (1917a) sostiene además que la naturaleza de la fuente de la transferencia es la misma en mujeres que en hombres, aunque hace una diferencia, indicando una leve inclinación a la transferencia positiva en la mujer y a la hostil en el hombre. Esa fuente la ubica en una demanda de amor articulada a otras variadas formas menos explícitas, como el saber del profesional.

Distingue el autor dos tipos de transferencias, positiva y negativa. La transferencia positiva la relaciona con el surgimiento de sentimientos amistosos, tiernos, que son susceptibles de ser conscientes y se enlazan con la sexualidad y que se instalan desde el inicio del proceso. Y la negativa con el despertar de sentimientos de tipo hostil (Freud, 1917b). En este caso, esos sentimientos que, a su entender, provienen de fuentes eróticas, se comportan a modo de resistencia, desplegando una demanda de amor hacia el médico, el amor de transferencia, amor que reedita y repite rasgos y conductas infantiles, lo que le otorga el carácter de un amor genuino (Freud 1917b y 1914a). Sobre este amor sostiene Freud (1914a) que es perteneciente al vínculo analítico, requiriendo de su reorientación hacia su origen en el inconsciente, sin responder a él, atendiendo a que no se relaciona con su persona sino con el dispositivo analítico.

Freud (1912), en *Sobre la dinámica de la transferencia*, postula que las personas admiradas pueden seguir siendo objetos sexuales inconscientemente en los individuos - entendiendo que todos los sentimientos tiernos implicados en los vínculos se relacionan con la sexualidad-. Sostiene que el enfermo quiere actuar, sus mociones inconscientes, sus pasiones, que *agieren*, sin atender a la situación objetiva, real. Es trabajo del médico constreñirlo a insertar esas mociones en la trama del tratamiento. Esta lucha es la que desencadena una resistencia.

3.1.1. La transferencia según Lacan

Al momento de plantear la cuestión de la naturaleza de la transferencia, Lacan (1951) afirma que debe prevalecer la noción del psicoanálisis como experiencia dialéctica. Entiende que en él se hace uso de palabras y de rasgos mudos que son una preferencia en el análisis y a los cuales se debe interrogar.

La de Lacan (1953a) es una visión dinámica de la transferencia, que surge desde el fondo de una resistencia que se hace presente en el núcleo más reprimido del inconsciente cuando se intenta abordarlo. El autor ubica a la transferencia en el plano simbólico, si bien con alguna relación al imaginario, en una pelea entre los egos. Para Bustos Arcón (2016) no se trata de una repetición de imagos, sino que alude a un cambio en la posición subjetiva frente a lo que ellos representan y su sentido para el analizante. El progreso será posible presencia del analista mediante, dado que no se presentará desde una posición imaginaria sino simbólica.

Lacan (1951) realiza la fundamentación de la transferencia, a través del caso Dora. Afirma sobre ella que se trata de una escansión de las estructuras en que se trasmuta para el sujeto la verdad. Es decir que el concepto de exposición es la realidad de la curación. Dora le imputaba a Freud las mismas intenciones que le había manifestado el señor K. y el hecho de haberse puesto en juego en persona como sustituto del señor K. De este modo, la transferencia toma sentido en función del momento dialéctico en que se produce y no remite a ninguna propiedad de la afectividad. De acuerdo con él, la transferencia no es algo real que se da en el sujeto sino que consiste en la aparición, en un momento en que la dialéctica analítica se encuentra estancada, de los modos permanentes según los que constituye sus objetos. No hay progreso para el sujeto si no es por la integración de su pasado en un discurso en devenir. La transferencia indica siempre momentos de errancia y también de orientación del analista con vistas a la ortodramatización de la subjetividad del paciente. Bustos Arcón (2016), en su lectura de Lacan (1951: 1953b) sostiene que la transferencia implica al Otro, haciendo énfasis en la posición subjetiva del analizante en el vínculo con el Otro, analista, apuntando a su deseo, en una relación que no es de objeto.

Posteriormente, a medida que va profundizando en la transferencia, propone que los sueños tienen función de diálogo con el analista. El universo del hombre es un universo simbólico y como tal es un universo intersubjetivo en el que todo lo que sucede en la vida del individuo a nivel subjetivo, tiene función de diálogo en el análisis.

Todo, para el autor, está dirigido a alguien, y ese alguien es el *Gran Otro - A-*, posición que en el proceso analítico ocupa el psicoanalista. El síntoma se resuelve en un análisis del lenguaje, dado que se trata de un lenguaje cuya palabra debe ser liberada (Lacan, 1953b).

Álvarez (2012), sostiene que Lacan, en su clase número 14 del seminario, afirma que el analista completa al síntoma. Siguiendo esto es posible plantear que no habría síntoma en sentido estricto para el psicoanálisis antes de entrar en la órbita de acción del analista. Allí se evidencia para el consultante, en eso que le pasa, que hay saber en juego. Se hace evidente que el analista, en ese registro, se introduce como *Sujeto de Supuesto Saber*, siendo él mismo el que recibe y soporta sobre sí el estatuto del síntoma. Del mismo modo afirma Miller (1984) que Lacan incluye una nueva función a lo propuesto por Freud, la de *Sujeto de Supuesto Saber*, elemento nuevo que debe ser considerado en la conceptualización de la transferencia.

Agrega Lacan (1953b) que los símbolos envuelven la vida del hombre en una red total, en la que el universo simbólico recubre toda la experiencia humana, constituyendo su realidad. La ausencia percibida ha sido creada por el símbolo pero, en la realidad, no existe una falta. La palabra es expulsada del discurso consciente encontrando entonces su expresión en el síntoma, que se convierte en el significante de un significado reprimido. Se convierte así en un símbolo, que se constituye en doble sentido. En la neurosis hay una dialéctica en la que está incluida la respuesta del otro. Es función del analista, ubicado como *Gran Otro - A -*, atravesar el muro del lenguaje y reinterpretar las resonancias semánticas de las expresiones para poder llegar al sentido, oculto en el inconsciente del sujeto, y dirigirlo a la verdad que se encuentra más allá del muro. Álvarez (2012) explica que se trata de una dialéctica que implica una relación paciente – analista, en la que, a través de desarrollos dialécticos y de la verdad, se podrá llegar a la verdad de los síntomas.

Según Rabinovich (1992), Lacan (1961) utiliza el texto *El banquete de Platón* como contexto para iluminar la relación entre amor, deseo y transferencia. En el amor, el amante es el sujeto activo, algo le falta aunque no sabe qué. No sabe lo que tiene para despertar amor. Qué es lo que no tiene: el Otro, el amado como objeto. El amado, sujeto pasivo, no está en posición de falta y no sabe porqué se lo ama. Se sitúa en una ambigüedad entre el ser y el tener. Es objeto de amor pero no sabe porqué lo es ni tampoco qué tiene para serlo. Se presenta un saber acerca del objeto del amor, ambos comparten un no saber que difiere en términos de ser y tener. Para Luis (2019), la

transferencia es un amor dirigido al saber, el saber no sabido. El analista partenaire tiene ahí un lugar y requiere de él una intervención, lo novedoso es que este tiene la posibilidad de responder. Aclara entonces que amar es esencialmente querer ser amado. El sujeto se hace amable, y tiene como efecto la ilusión de reciprocidad. Se trata de estar advertidos de la posición que ocupa el analista en la transferencia.

El sujeto, abierto a la intervención objetivante, asume que su verdad está ya dada en el analista. Ese saber que el sujeto supone en el analista acerca de su propio inconsciente constituye el *Sujeto Supuesto Saber* y es condición para que se establezca la transferencia (Lacan, 1953b).

Lacan (1961) agrega sobre la transferencia que se trata de un acto amoroso en el que distingue dos posiciones, que se sustentan a partir del deseo del analista: una activa, la de un sujeto amante y otra pasiva, de un sujeto amado. Es el sujeto amado el que posee algo y es el amante el que se constituye como sujeto del deseo. La apertura se habilita a partir del deseo analista, quien aloja la introducción del deseo del sujeto analizado a través de la pregunta. Afirma sobre la célula analítica que adquiere la falsa posición de un lecho amoroso, pero cuya instauración es imprescindible para la transferencia. Será el analista, sostenido en ese lugar, quien señale la falta, aquello de lo que se carece y constituye al sujeto deseante. Álvarez (2012) entiende que en una primera instancia el analista está en posición de amante, ya que es él quien pone su deseo de analizar, el que apuesta al sujeto. Con la frase *dígame qué tengo*, el analizante estaría ubicado en posición del amado. Queda así constituida la metáfora de amor, donde el paciente pasa a ser causado en su deseo de amor por algo que genera la presencia del analista (Álvarez, 2012).

Por su parte, Rabinovich (1992) explica que Sócrates invierte la posición de Alcibíades. Es esta inversión la que permite caracterizar el discurso de Alcibíades y la respuesta de Sócrates desde la perspectiva de transferencia. Es aquí donde Lacan introduce el término *agalma*, Este se presenta como uno de los antecedentes de la moneda en Grecia, como una fuente de valor. Así, el *agalma* es el objeto de deseo en tanto tal implica una articulación entre el a y el (-Q). El (-Q) es el falo imaginario, y fetiche es (+Q). El *agalma* funda el carácter fetiche del objeto de deseo, pero el mismo no es fetiche.

Lacan (1961), postula que en relación con lo vincular, terapeuta y sujeto constituyen un par imposible de separar, unidos en torno al deseo. El analizado asigna al otro un supuesto saber que permitirá el camino de la cura y cada vez que se ubica frente

al analista funda la transferencia. Por otro lado, el analista opera suponiendo saber a un sujeto, causando así la apertura del inconsciente. En otro aspecto, Lacan (1965) entiende a la transferencia en dos sentidos, uno como resistencia, obstaculizando la cura y otro como guía del tratamiento, refiriendo a la idea de que se trata de lo que se produce entre analista y analizado, vínculo en el que el analista completa el síntoma. La relación analítica, no se crea por la repetición de un pasado que retorna sino también la presencia en acto de lo que se crea (Álvarez, 2012).

El significante de la transferencia es lo que instaura la transferencia como tal. Ese significante es el que instituye el síntoma, entendiendo que se está en presencia de un saber supuesto que se debe develar. Hay en ello un saber supuesto y un sujeto involucrado en un acto. Se trata de un tiempo de espera, de un significante que está por venir, un significante cualquiera que durará el análisis, ya que sólo subsiste en tanto pervive la transferencia. Lacan lo va a formalizar con el matema de la transferencia: $St \text{-----} \rightarrow S_q s (s_1, s_2, s_n \dots)$, en el que se indica que un significante representa a un sujeto con un saber para otro significante (Álvarez, 2012).

Avanzando en el tiempo, Lacan (1961) incorpora la idea de una escenificación, una ficción en la que se habilita al analizante a construir, asociando al Gran Otro en este dispositivo, historizando sin disimular esta creación para su analista, ese Otro de sus formaciones del inconsciente, componente de la díada analítica, en su rol fundamental de la relación transferencial.

Agrega luego Lacan (1964), que el inconsciente y el analista son elementos inseparables, requiriéndose de la presencia del psicoanalista para emerger, operando a partir del espectador, de manera pulsante. Es el Otro el que realiza la interpretación, tras la apertura del muro del lenguaje. El primer momento de aproximación transferencial se da en la obturación, introduciendo el lugar de la palabra y posicionando la verdad del sujeto en el Otro. Es a partir del cierre que la interpretación realizada por el analista adquiere sentido (Lacan, 1975). Se trata de una verdad proveniente del Otro, por lo que no podrá resultar engañado. Es una verdad devuelta de manera invertida, a partir del enunciado de un sujeto que intenta engañarse (Lacan, 1965). En el mismo sentido, Lacan (1961) postula la conformación de un par, analizante y analista, ligados entre sí en relación al deseo. Díada inseparable, en la que uno supone al Otro un saber como condición para la transferencia, la que se funda cada vez que el sujeto se posiciona frente al *Sujeto de Supuesto Saber*.

El eje en torno al cual se estructura la transferencia es el deseo del psicoanalista, ese deseo del Otro a partir de cual se introduce en la cadena de significantes y posibilita su posición de causante del deseo desde su deseo. Se trata de una posición vital en tanto estructura el dispositivo, por lo que debe ser tenida en cuenta y construirse en la práctica clínica, para poder otorgar lugar a la transferencia, que requiere de un duro trabajo, no instalándose de manera automática (Lacan, 1964).

3.1.2. Otros conceptos relacionados

El psicoanálisis plantea una serie de conceptos fundamentales relacionados estrechamente con la transferencia, sin los cuales su abordaje teórico no queda completamente claro. En relación con esto se despliegan a continuación cuatro: resistencia, contratransferencia, goce y deseo.

En sus orígenes, trabajando con pacientes histéricas, Freud (1895) nota que algunas pacientes no podían ser hipnotizadas. A partir de esto abandona ese método con el que había iniciado su labor en este campo, virando hacia la catarsis. En ese momento apareció por primera vez la idea de resistencia. La entendió como una fuerza psíquica que se opone al devenir a la consciencia de ciertas representaciones que son extremadamente dolorosas para la paciente, inconciliables. Esta fuerza, que busca la defensa desplegada por el aparato psíquico hacia esas representaciones es la misma que se presentan en el acto analítico y está constituida por la misma fuerza que originó el síntoma. Es tarea del psicoanalista superarla, aplicando presión sobre el analizado buscando que comunique cualquier recuerdo que surja al momento del análisis. Delgado (2012) sostiene que el trabajo consiste en lograr el *querer saber* por parte del sujeto, entendiendo a la resistencia como un *no querer saber*.

En similar sentido Evans (2015) entiende que se trata de una renuencia por parte del sujeto a hacer conscientes recuerdos reprimidos, utilizando el término para todos los obstáculos que perturban el avance del tratamiento. Es estructural e inherente al proceso analítico y se debe a una incompatibilidad entre la palabra y el deseo. Sostiene que hay una parte de las resistencias que no pueden superarse nunca, que es residual. Para el autor esta idea es vital, dado que es lo que diferencia el trabajo analítico de la sugestión. Por su parte, Delgado (2012) entiende como vital en el proceso analítico con el

neurótico un trabajo en pos del querer saber, a partir de ese no querer saber propio de la condición.

Freud (1914b) postula que existe una relación entre resistencia y transferencia, a partir de la transferencia negativa, erótica, en la que hay una exigencia de amor. Esa demanda constituye una resistencia, en la que esos sentimientos despertados se exageran en su exteriorización.

Existe una doble relación del amor con lo modal, por un lado con los modos lógicos y por el otro con nodal, el Nudo Borromeo. El autor utiliza una tragicomedia, El Banquete, para pensar el amor de transferencia, punto inicial en el psicoanálisis. En este caso la tragedia es la tragedia del deseo inconsciente, vista como deseo del Otro y articulada con más allá del principio de placer. A esta idea Lacan la bautiza como *goce*. Dado que Lacan enfoca la tragedia desde la perspectiva del deseo inconsciente en su articulación con el más allá del principio del placer, necesariamente implica que ha desechado la posibilidad de enfocar la tragedia desde la perspectiva de los ideales (Rabinovich, 1992; Rivas, 2019).

Por otro lado, existe otro concepto fundamental para el trabajo psicoanalítico, el de contratransferencia, que de acuerdo con Luis (2019), Lacan sitúa como la necesaria implicación del analista en la transferencia. A veces solo ingresa por la vía de los afectos, terreno que es necesario admitir para su interrogación.

De acuerdo con Little (1957) consiste en la presencia de elementos reprimidos no trabajados por el terapeuta en su propio análisis, que el profesional coloca en el paciente de manera acorde con la que este transfiere sobre su médico, relacionados con afectos experimentados hacia otras personas, fundamentalmente sus padres. En el mismo sentido, Heinmann (1962) explica que la contratransferencia implica la representación de la activación de aspectos que no fueron trabajados en su análisis por el terapeuta, no habiendo sido entonces integrados por él. Little (1957) continúa con el tema, utilizando la expresión *respuesta total* para agrupar todo lo que un analista, en el curso de un análisis, experimenta, imagina, piensa y hace. Por su parte, Luis (2019) afirma que el analista debe tener en cuenta la información y los sentimientos que siente, sin omitir ni silenciarlos en sus trabajos de supervisión.

Siguiendo a Eremeff Martínez (2012), la contratransferencia del analista y la transferencia del paciente son conceptos inseparables, que van de la mano. La transferencia abarca sentimientos y deseos inconscientes que son depositados por el paciente en diferentes objetos transferenciales, constituyendo el terapeuta uno de ellos.

En el caso de la contratransferencia se trata de sentimientos y deseos inconscientes son provocados a partir de la transferencia del paciente, sobre en aspectos del profesional que no fueron analizados y tramitados por este, en su análisis personal.

Por su parte, Corveleyn (1997) propone que la contratransferencia se define como los sentimientos y representaciones, tanto de tipo conscientes como inconscientes que despiertan en la persona del médico a partir de la cercanía y escucha de su paciente, en el vínculo analítico, determinando la manera en que el profesional escucha, interpreta e interviene en el proceso, por lo que su consideración y el análisis personal del terapeuta son vitales. El autor sostiene que Freud propone para su manejo el dominio absoluto de ella a partir de su represión.

De acuerdo con Laplanche y Pontalis (2016) Freud sólo utilizó el término unas pocas veces. Consiste en la aparición en el analista de sentimientos para con su paciente, que surgen en el proceso analítico, debido a la ausencia de análisis propio, por lo que deben ser reducidos, constituyendo entonces un obstáculo. Se trata de los efectos que el paciente produce sobre el médico, idea que para Lacan (1958), estremece - o debería hacerlo -. Entiende que consistiría en una demostración de que *se está hecho con la misma arcilla que el paciente*, lo que se opone al objetivo analítico, que no consiste en reeducar emocionalmente al paciente sino en su elevación. Sobre los autores que se ocupan del tema sostiene que son antifreudianos, entendiendo que se trata de una diversión, de moda en la época, legando a posicionar su ocurrencia como una forma de impotencia para sostener la praxis de manera auténtica.

Existen otros conceptos fundamentales para el trabajo psicoanalítico, como los de fantasía, fantasma, pulsión y goce, que resultan de interés para el presente trabajo.

Leibson (2019) afirma que los adultos fantasean a diferencia de los niños, que juegan con juguetes. El fantaseo es para él el juego de los adultos. Esas fantasías suponen, en cierta manera, fragmentos del cuerpo. A partir de esto entiende que el psicoanálisis es una práctica del cuerpo con cuerpo del cuerpo. El cuerpo del análisis es un cuerpo que se va haciendo de a pedacitos, porque es como el cuerpo del erotismo. Se trata entonces de un cuerpo entero, unificado, a diferencia de la imagen narcisista. El cuerpo del erotismo es el cuerpo del síntoma.

Lacan (1961) entiende por fantasma al material reprimido, la respuesta que el sujeto construye al enigma del deseo del Otro. Para el autor, el niño es el falo de su madre y por lo tanto aspira a ocupar su lugar. Para devenir en sujeto de deseo es necesario haber sido desalojado de ese lugar, mediante la operación de función paterna,

inscribiendo la prohibición. Se trata de poner en evidencia que el goce no sólo está prohibido, sino que es imposible. Hay un viraje en la posición del sujeto, pasa de estar ofrecido a través de su yo como objeto al goce del otro, a estar causado por el objeto a que lo divide. Es en ese punto de falta que tiene que reconocerse al sujeto.

En cuanto al goce, Imbriano (2008) opina que su producción se debe a la operación del sistema simbólico. El significante produce satisfacción sobre el cuerpo a partir de su particular efecto. Freud ubica una ganancia de placer más allá del principio de placer que Lacan conceptualiza como goce. La caracteriza como una ganancia contraria a la homeostasis del principio de placer, una ganancia extra que se traduce en un plus de goce en relación con la inexistencia de un goce sexual absoluto. La relación existente es de falo – castración, no tiene lógica sexual, haciendo girar a las modalidades del goce a su alrededor.

Por otro lado, Freud (1915) define a la pulsión como un estímulo para lo psíquico. El estímulo pasional no proviene del mundo exterior, sino del interior del organismo. Es una fuerza constante. A este lo llama necesidad y lo que cancela esa necesidad es la satisfacción. Los destinos que las pulsiones pueden experimentar son para el autor el trastorno hacia lo contrario, la vuelta hacia la persona propia, la represión y la sublimación. Estos pueden ser presentados también como variables de la defensa contra las pulsiones.

Muñoz (2018) postula que Lacan opone con claridad los conceptos de goce y de placer. Entiende a dicha oposición como un nombre de la división del sujeto en términos pasionales, goce y placer. Explica que Lacan le da al concepto de goce un nuevo sentido, propiamente analítico. Las prohibiciones impuestas al goce son siempre trasgredidas, es decir se exceden en su función y van más allá del principio del placer. El resultado de la trasgresión no es más placer, es dolor. Afirma que Freud dice que se puede soportar cierto monto de placer. Si se va más allá, el placer deviene en dolor, acercándose ese placer doliente a la concepción de goce. Muñoz (2018) continúa explicando que si se quisiera captar algo de lo que el goce implica para el hablante, se trataría de una satisfacción que habría que pensar más del lado de la pulsión que del lado de la necesidad biológica, cuyo acceso para el sujeto sería puro y simple. Por su parte, Álvarez (2012) sugiere que Freud postula al síntoma como una conjunción de dos elementos heterogéneos, lo pasional y lo psíquico.

Imbriano (2008) sostiene que lo que el paciente repite en el síntoma es una letra simbólica de la realidad del inconsciente, que singulariza un goce real - goce

irreductible -. Por ende, el síntoma es el modo de cada uno de gozar del inconsciente, lo cual implica demanda inconsciente. Sobre el síntoma psicoanalítico, Leivi (2001) refiere que constituye una formación del inconsciente que se encuentra en una organización temporalizada. En la estructura del discurso importa fundamentalmente la articulación con lo que precede y continúa. Entiende que su abordaje psicoanalítico pasa por la inclusión en la trama discursiva. Aparece como un punto enigmático sin sentido, inherente al sujeto, pero al mismo tiempo extraño a él, a su comprensión y control. El síntoma no deja de representar un enigma a descifran en el dispositivo analítico.

3.2. Dispositivo, encuadre y alianza terapéutica

Es importante, en el trabajo en esta disciplina, demarcar el dispositivo analítico. Deleuze (1979) lo describe como un ovillo, un conjunto multilíneal, dado que está compuesto por múltiples líneas de distinta naturaleza, cada una de las cuales sigue una dirección diferente. Por su similitud con el ovillo, preanuncia varios posibles destinos, prestándose a hacer algo con él, ofrece potencialidades para transformarse en algo nuevo, un algo cuyo origen no está en sí mismo sino que hay que tejerlo. Esta posición de apertura constituye el punto de inicio en la demanda de análisis. De acuerdo con Kuras de Mauer (2008), encuadre y dispositivo no son lo mismo. El encuadre está abarcado por el dispositivo, concepto de mayor amplitud que lo contiene como elemento determinante. Este es realmente el que inicia e impulsa el proceso analítico, constituyéndose en su sostén y a su vez en guardián de su estabilidad. Es el que fija reglas de antemano y mediante ellas lo regula. Por su parte, el dispositivo se construye. El diseño del dispositivo en cambio se construye en el transcurso, caracterizándose por el dinamismo, la variación y la heterogeneidad en las estrategias de abordaje que permiten el enriquecimiento de la práctica clínica.

Por tratarse de montajes complejos, construcciones conjuntas entre analista y paciente, es el vínculo el que va evidenciando las distintas figuras del dispositivo. Se trata entonces de un producto del vínculo analítico en transferencia. No lo precede, como sí lo hace el encuadre. No es fijo, se van transformando, nutriéndose de la creatividad del conjunto, generando distintas posibilidades combinatorias (Kuras de Mauer, 2008).

Afirma Avenburg (1999) que Freud no utilizó el término encuadre. De todas maneras en *Sobre la iniciación del tratamiento*, Freud (1913) habló de ciertas reglas, de

una forma singular, a partir de hacer una comparación con la apertura y cierre del juego de ajedrez. Las consideró consejos que no pretendían tener el carácter de obligatorio. Sí lo hizo Bleger (1966), quien lo define como las constantes dentro de cuyo marco se da el proceso. Lo hizo utilizando la noción de encuadre para referirse al conjunto de estipulaciones explícitas e implícitas, que deben ser constantes y que se desarrollan entre paciente y analista. Para el autor es condición esencial que el analista despliegue el diálogo del analizado consigo mismo y no interfiera en éste con sus propios contenidos y especialmente con su propia lógica (Avenburg, 1999). Del mismo modo, para Urtubey (1999), el encuadre es un vínculo pulsional en donde los contenidos reprimidos, comprendidos, interpretados son elaborados por la pareja analítica, aunque marca la asimetría entre los dos participantes, cuyos roles son diferentes. El paciente debe respetar el encuadre luego de haberlo aceptado en el momento de establecerse el contrato analítico. El tratamiento está delimitado así por quien es su guardián.

En el mismo sentido, Zukerfeld (2001) sostiene que el encuadre actúa como garante de estabilidad y confidencialidad, actuando a modo de tercero. Freud escribió poco acerca del tema, con la excepción de algunas reglas, como la atención flotante y la abstinencia y de algunos consejos que describía como adecuados a su propia persona, estando más preocupado por el método, el proceso, sus resultados y el sustento teórico. Dejó mayor libertad para establecer frecuencia, modalidades, etc. Entiende que la mayor contribución del terapeuta a la alianza consiste en su compostura, interés, atmósfera analítica permisiva, humanitaria y moderada. En el ejercicio, la frecuencia está reglada, quedando a criterio del profesional el tipo y estilo del consultorio y otros aspectos, que hoy aceptan innovaciones y son considerados como analíticos. Sostiene el autor que el resultado del trabajo analítico depende en manera importante de la calidad percibida del vínculo terapéutico, no estando vinculado a la frecuencia de sesiones ni a la modalidad analítica (Zukerfeld, 2001).

Por su parte, Avenburg (1999) afirma que se establece el encuadre en función de las necesidades, ante todo subjetivas, del paciente y del objetivo o los objetivos que se propongan a modo de un escenario que ha de ser adecuado a la obra que se representa. Lo que se trata de lograr en el tratamiento psicoanalítico es un equilibrio peculiar a cada situación, el que es dinámico, flexible pero manteniendo el trabajo dentro de un cuadro mínimo de tensiones.

En principio, las fuentes no especifican modalidad, aunque se entienden presenciales. De acuerdo con Tovilla Sáenz (2019), Freud recibía pacientes de otros

países para recibir su tratamiento, asegurando que hoy el traslado es posible sin realizar un cambio de residencia.

3.1.2. Modalidad virtual y sus similitudes y diferencias con la presencial

En la actualidad, el tema del encuadre debe adaptarse a nuevas formas. El ser humano está cada vez más exigido a costa de disminuir su tiempo de reflexión y su calidad de vida. Esto se refleja en una tendencia a menor introspección acerca del sí mismo y del mundo. Esto hace que el psicoanálisis se plantee la forma de facilitar el acceso a la terapia, acortando tiempos y distancias, para lo que requiere cambiar el paradigma clásico de tratamiento en consultorio por otro modelo que permita el abordaje fuera de él pero conservando sus principios rectores (Aryan et al., 2015).

Carilino (2014) sostiene que cada analista debe adaptarse, *hacer camino al andar*. No se trata de ajustar al paciente al modelo sino de adaptar esta a cada sujeto, evitando así caer en una estandarización del proceso analítico. No se trata de psicoanalizar, entonces, sino de hacer psicoanálisis, lo que requiere flexibilidad y adaptación a circunstancias distintas, no pueden los analistas instalarse por fuera del contexto en el que trabajan, lo que incluye cualquier circunstancia, más allá de lo difícil de imaginar que sea. Sin dudas la posibilidad de la práctica online no escapa a esto.

Partiendo de la idea de dispositivo como sostenido en el vínculo y los distintos saberes, puede establecerse un dispositivo cibernético, prestando algunas atenciones. Pacientes con debilidad yoica requieren de mayores reaseguramientos narcisistas, más fáciles de lograr de manera presencial, surcándose a partir del armando una red confiable, a modo de ejemplo. En todos los casos se requiere el planteo acerca de qué es lo que se debe valorar en una relación analítica. Lo esencial no es el lugar físico en el que transcurre la terapia sino la cualidad analítica del diálogo establecido. Se requiere un clima transferencial, con la entonación adecuada, atención a actitudes, gestos y comportamientos que hablan sobre ambos participantes de la díada y sobre el vínculo establecido. Las palabras adquieren mayor protagonismo, por tratarse de una vía virtual. Adquieren importancia el lugar desde donde cada uno habla, la sesión como un tiempo particular y específico, el diálogo interno, el sentir y el pensar como espacio interior ubicado en las mentes de ambos protagonistas y el espacio transferencial de intercambio ideo – afectivo. La situación analítica y las reglas del encuadre estructuran y otorgan sentido al intercambio y estructuran y dan sentido a la lógica transferencial, siempre

exigiendo mayor esfuerzo a la dupla. De acuerdo con los autores el mayor compromiso requerido es acerca de las condiciones de *setting* del paciente, tales como espacio, tranquilidad y privacidad, entendiendo que el trabajo, aunque más costoso para ambos, es posible en condiciones igualmente eficaces, sostenidas en la cuestión vincular (Aryan et al., 2015).

Al respecto afirma Tovilla Sáenz (2019) que se ha de correlacionar ciertas aptitudes de la práctica clínica tradicional con las relativas al trabajo vía internet. El psicoterapeuta online no es un improvisado. Su capacidad de observación, abstracción y atención libre flotante debe ser magnificada y asumida en plena conciencia. Es importante establecer un encuadre definido como situación en la cual se producirá la constancia en el análisis y la atención a sus variaciones. Lo interesante es el discurso del paciente, de forma que emerja su inconsciente en asociación libre y sea escuchado por el analista sin prejuicios ni intervenciones que favorezcan la resistencia. Acerca del proceso, entiende que las partes evitarán distraerse durante la sesión, las miradas se cruzarán lo máximo posible y el terapeuta observará las reacciones faciales del paciente y las propias contratransferenciales. Además, piensa que es posible que la ortodoxia tradicional psicoanalítica se alarme por la propuesta de llevar a cabo estas innovaciones, pero la época actual obliga a pensar diferente y encontrar nuevas posibilidades para los procesos de cambio psíquico.

De acuerdo con Cook y Doyle (2002), no existen diferencias significativas en la alianza terapéutica entre ambos modelos de trabajo, el presencial y online, tanto en la persona del terapeuta como del paciente. Se entienden como ventajas la flexibilidad y conveniencia, la posibilidad de mantener un vínculo en la distancia o para establecerlo, en personas que viven en zonas aisladas, la mayor sensación de libertad para expresarse, sin sentir la sensación de ser juzgados por el analista. Como desventajas, puede pensarse en la necesidad de establecer explícitamente la creencia en la vía online como criterio de efectividad, cierta dificultad para establecer una relación honesta y genuina entre ambos participantes para algunos pacientes, pudiendo requerir de un tiempo algo mayor en el establecimiento de la transferencia, la necesidad de contar con momentos y espacios de privacidad e intimidad en ámbitos distintos del consultorio y buen sistema de conexión, además de tener menor posibilidad de atender a gestos y movimientos, limitados por el dispositivo mediador. No se encuentran diferencias en el costo. Prosiguiendo con el tema, en cuanto a la transferencia, Tovilla Sáenz (2019) opina que es inherente a todas las relaciones humanas y que para que resulte efectiva en la cura es necesario que se la

perciba e interprete. El proceso analítico no crea el traspaso pero lo devela al situarlo como base de la sanación. A su entender existe una cesión de calidad en el análisis online no importando que el desarrollo de la transferencia, ya sea positiva o negativa en su contenido. Sostiene que se le oponen diversas formas de resistencia. Un proceso online presenta dificultades si la modalidad se pone al servicio de la renuencia. Un error contratransferencial puede convertir la *atención libre flotante* en una distracción en la relación analítica. Constituirse en otro significativo en la vida del paciente en una sesión a distancia implica una mayor atención relativa del analista, por lo que el terapeuta debe estar atento a las causas de sus devaneos. Como positivo observa que la psicoterapia online permite intervenciones de apoyo entre sesiones, con llamadas al celular, conversaciones en texto o videollamadas, en relación con la constitución de un Yo auxiliar representado por el psicoterapeuta, quien facilita las elaboraciones del paciente durante todo el proceso analítico.

En contraposición a lo analizado, de acuerdo con Martínez (2016) existen autores que consideran que el psicoanálisis no puede practicarse de manera online, dado que no puede sustituirse la persona de carne y hueso por la persona virtual, puesto que lo que sucede allí es muy diferente. Si bien existe hoy un cuerpo virtual, este puede tener efectos en lo real, pero el cuerpo virtual no es el real, no debe confundirse. Sostienen que la imagen tiene valor representacional, es aquello que representa a la cosa, pero sólo la representa, no lo es. De todas maneras, termina diciendo que aunque internet no permite la presencia del cuerpo como consistencia en la sesión, este impedimento es únicamente imaginario, no es real ni es simbólico, dejando una puerta abierta a la práctica.

Finalmente consideran al respecto Melis, Koutsompou y Karasarlidou, (2015) que la práctica virtual debe ser reglada al igual que en la modalidad presencial, sosteniendo la importancia de la firma del consentimiento informado y el secreto profesional, agregando la confidencialidad y seguridad del sitio y límites derivados de la misma a la privacidad.

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

Descriptivo

4.2. Participantes

Los participantes fueron 4 miembros del equipo clínico de la institución en donde se llevó a cabo la práctica, todos especializados en psicoanálisis. Se trató de Andrea, licenciada en psicología, con 6 años de experiencia en la institución, Lucía, licenciada en psicología, con 5 años, Pilar, con 2 años en la institución y Florencia, doctora en psicología, con 8 años de desempeño en la misma y parte del equipo de supervisión.

4.3. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron para la realización del trabajo fueron:

4 entrevistas semiestructuradas a los profesionales participantes de la institución, las mismas fueron de forma virtual, con una duración de 50 minutos aproximadamente.

Observación participante de espacios de formación de posgrado y de supervisión.

Observación no participante de un Ciclo de conferencias online.

4.4. Procedimiento

Se llevaron a cabo 4 entrevistas semiestructuradas, durante los meses de mayo y junio de 2020, a los profesionales participantes de la institución, con una duración aproximada de 50 minutos, en relación con la temática y funcionamiento general de interés de este trabajo.

Se tomó como ejes, entre otros, las manifestaciones de los pacientes frente al cambio de modalidad de atención, intervenciones de elección al momento de generar vínculo en ambas modalidades, presencial y virtual, diferencias y similitudes que se observen entre ambas modalidades, diferentes formas de resistencia relacionadas con las modalidades, importancia de la transferencia, contratransferencia y resistencia, la importancia de trabajar el encuadre en ambos casos y algunos ejemplos de situaciones que se presentaron en pacientes que realizaron análisis en ambas modalidades.

Observación participante de espacios de formación de posgrado y de supervisión.

Observación no participante de un Ciclo de conferencias online: Inhibición, síntoma y angustia en la clínica psicoanalítica. Tiempos lógicos de una experiencia: el psicoanálisis a cargo del Dr. Isidoro Vegh. Además se presenciaron talleres de manera online, vía *streaming*, por las plataformas Instagram y Facebook: *El instante del acting out e Intervenciones clínicas*, ambos de la Licenciada Mariana Davidovich, *La incertidumbre en tiempos de cuarentena, ¿cómo sobrellevarla?*, de la Licenciada Mirta Petrollini y *Fenómeno psicoanalítico en tiempos de cuarentena*, por el Licenciado Juan Pablo Capdeville.

5. Desarrollo

5.1. Presentación de la situación

Las prácticas se realizaron en una institución psicoanalítica, bajo la modalidad online, debido al contexto de pandemia imperante en el mundo. En la Argentina rige un aislamiento social, preventivo y obligatorio, decretado por decreto del poder ejecutivo nacional (2020), por el cual se obliga a permanecer en los hogares a la población, con la excepción del personal esencial allí nombrado. En relación con esto el Ministerio de Salud de la Nación (2020) realizó recomendaciones para la atención psicológica virtual, única manera de práctica autorizada.

Es justamente por dicho contexto que la institución comenzó a trabajar de ese modo, adaptando todas sus actividades al dispositivo online. En todos los espacios se comenzaba con el lema *Que se corte el virus pero no la palabra*, predicando la importancia de la circulación del discurso.

El establecimiento cuenta con dos pilares fundamentales. El primero de ellos, de carácter ético, consiste en recordar siempre, tal como su fundador lo hacía, que el término tratamiento etimológicamente proviene de buen trato. Buen trato que debe propiciarse en todos los niveles del lugar, ya sea entre colaboradores, colegas o profesionales, alcanzando su máxima expresión a nivel clínico, con los pacientes. El otro legado y pilar de la institución es el aporte que realizará desde el psicoanálisis al ámbito comunitario. La institución tiene un marco conceptual y clínico de procedencia

psicoanalítica comunitaria. Es el paciente quien decide el monto de lo que puede pagar, de acuerdo a sus posibilidades.

Su directora académica recalca sistemáticamente que la consulta es un punto de partida y fundamentalmente una oportunidad clínica de comenzar a construir lentamente con el paciente - y con paciencia - la transferencia con la institución, con el profesional y con nuestra técnica, como así también que, para el psicoanálisis, el hecho es que el paciente hable en clave para su despliegue. Para que ocurra debe generarse un marco de amor sublimado que Freud (1914a) denominó: amor de transferencia. Así mismo remarca algunos consejos para aplicarlos también en la modalidad virtual.

De acuerdo con ella, se puede y se debe hablar y dialogar con el paciente, hacerle un chiste si resulta pertinente, llamarlo por teléfono si no acude a la entrevista con la finalidad de interiorizarse por el motivo de su ausencia, como también por alguna otra razón por la cual pudiera necesitar apoyo. Propone saludarlo afectivamente y por su nombre, con un buen trato y, con relación al contexto, no tener miedo en que sea en otro sitio, distinto del consultorio habitual. Sostiene además que lo importante no es dónde el analista encuentre al paciente, sino cómo lo haga, con qué disposición a atenderlo y escucharlo.

En una organización como la de interés de este trabajo, en la que hay tantas variables siempre vivas y cambiantes, el paciente podrá ser atendido en un consultorio (esto es de hecho, lo usual) como así también, si por alguna razón esto no fuera posible, podría serlo en otro sitio asignado para tal efecto (Institución Fernando Ulloa, 2020).

A partir de la circulación por la institución y algo avanzada la participación en los talleres y contemplado el citado contexto de *Aspo*, surgió la pregunta acerca del modo en que se instala la transferencia habitualmente y si podría haber alguna diferencia al hacerlo en forma virtual, con todo lo que ello implica.

5.2. Analizar las particularidades en el establecimiento y despliegue de la transferencia en pacientes que inician tratamiento en forma virtual a través de los dispositivos tecnológicos.

Consultados los profesionales participantes de este trabajo acerca de la posibilidad de establecimiento y despliegue de la transferencia en modalidad virtual, coincidieron en que esto es posible. Particularmente dos de ellos, la Dra. Florencia y la Lic. Andrea, expresaron dudas acerca de los tiempos que pudiera tomar, entendiendo

que podrían alargarse, coincidentemente con lo que sostienen Cook y Doyle (2002), quienes afirman que el establecimiento de la alianza de manera online puede tomar más tiempo de lo habitual que en la forma presencial, requiriendo entre tres y cinco sesiones. Además, Andrea sugirió que podría ser algo más dificultosa, viéndose afectada no sólo por la falta de presencia física, sino también por una mayor dificultad afectiva. Al respecto Tovilla Sáenz (2019) postula la necesidad de prestar especial atención a la observación, magnificando la misma y la concentración y definiendo correctamente el encuadre

La licenciada Lucía, de acuerdo con sus palabras, comenzó a atender pacientes en forma online y con todos logró, en el transcurso de las primeras sesiones, desplegar la transferencia. Para ella, este efecto fue posible gracias a que los pacientes le llevaron producciones, sueños, lagunas y algún un fallido pudiendo, de este modo, funcionar. Explica también que lo que ocurre en la transferencia es la posibilidad de volcar la hostilidad que se tiene para con el padre hacia la persona del analista, de manera de reeditar material, como formaciones del inconsciente, lo que la posibilita. Freud (1917b) postula que los sueños y operaciones fallidas sirven al analista para colegir el sentido de los síntomas, conduciendo así hacia la cura.

La misma profesional opinó que las posiciones teóricas tienen que ser flexibles en algún punto sin dejar de ser sólidas, al igual que la Dra. Florencia, que sostiene la imposibilidad de trabajar con rigidez, no sólo en esta modalidad, entendiendo que la flexibilidad debe ser una característica de todo proceso analítico. En este sentido Aryan et al. (2015), sostienen que el psiquismo es igual en todos los tiempos, por eso el psicoanálisis debe aggiornarse, concordante con lo que sostienen las analista, evitando la rigidez y asirse al concepto ortodoxo porque, en ese caso no es posible ayudar en circunstancias como las actuales, de la que la pandemia constituye un claro ejemplo. En relación con esto es que el psicoanálisis comunitario busca que se garantice la salud mental como derecho humano, al que debe garantizársele el acceso a todo aquel que lo requiera, gozando plenamente los derechos, en este caso del de la salud, en su concepción actual (Institución Fernando Ulloa, 2020).

Lucía explicó que la escucha debe ser analítica, que consiste en escuchar de manera activa y crítica, estando presente, con un sexto sentido, sin preconceptos y prejuicios, logrando identificar las tecnologías y los encuadres en los que se trabaja cómodamente, aplicando así el método de atención flotante, como en todo proceso analítico, contando además con la responsabilidad para lograr un cambio subjetivo. Tal

como postula Lacan (1958), el análisis trata de trabajar un síntoma o hacerlo con los significantes del paciente, buscando así acercarlo a su deseo. Esto no varía, de acuerdo con Lucía, con la modalidad. Para ella el objetivo es el mismo y la forma técnica de hacerlo también, independientemente de la vía utilizada. Es importante mantener la asimetría de roles en la relación, lo que posibilita el vínculo pulsional del trabajo analítico sin importar tanto la vía utilizada. Del mismo modo lo plantea Urtubey (1999).

Sostuvo además que al comenzar un análisis se debe tener en cuenta la ética del psicoanálisis y mantener debidamente el encuadre, debiendo ser más claros en la forma virtual que en la presencial, debido a la tendencia al desvío de los límites, tal como sostienen Aryan et al. (2015) y Tovilla Sáenz (2019). La flexibilidad y la creatividad tienen que estar presentes siempre.

Pilar explicó que un paciente es un desafío en ambos modos y así se debe encarar un análisis al iniciarse, independientemente de la modalidad elegida. Sobre el encuadre la misma profesional manifiesta que hay que construirlo muy fuertemente, condición que para Bleger (1966) es fundamental, dado que constituye la fuente de intimidad necesaria para que se despliegue la asociación libre, factor fundamental en el análisis. El mismo autor caracteriza al encuadre como un conjunto de estipulaciones explícitas e implícitas, que deben ser constantes y que se desarrollan entre paciente y analista.

Agregó Pilar que se debe vaciar de sentido el discurso del paciente, desarmarlo y proponer otra modalidad de goce. Al decir *diga todo lo que se le ocurre*, se lo invita al decir, a la asociación libre, a que ese discurso se dirija hacia el analista. Según Freud (1917b) el decir y el desear van juntos. El decir apunta al objeto de satisfacción, hace posible que la libido, que en los neuróticos está ligada a los síntomas que le procuran una satisfacción sustitutiva, manteniéndola en estado de represión, siendo incapaz de gozar y producir, se dirija al objeto de satisfacción, que es edípico originariamente y luego es sustituido. El analista debe detenerse en ese objeto libidinal, deteniendo allí la transferencia. En el mismo sentido postuló Andrea que es importante no mantener un discurso como con un amigo, sino dejando fluir todo lo que venga a la mente en ese momento, aún cuando entienda que no tiene relación con lo que se está trabajando, de acuerdo a lo que se conoce como asociación libre (Freud, 1913). El decir va de la mano del deseo, por lo que es necesario desplegar en el semblante de diálogo todo aquello que se piense en ese instante, de acuerdo con la profesional. Corresponde alojar la demanda de amor sin responder a ella (Lacan, 1958). Pilar sostuvo que se trabaja con lo

disparatado, no con el yo, lo que abre paso al inconsciente, permitiendo a partir de esto desplegar las intervenciones. En este punto, destacó que es posible realizarlo de manera online, sin dificultades y del mismo modo que en el consultorio, ofreciendo al paciente la posibilidad de que diga lo que se le ocurre, invitándolo así a lo espontáneo, sin hacer mención a los pensamientos. No le parece una dificultad para esto la mediación de la pantalla, la que de algún modo se asemeja, a su entender, a estar a espaldas del médico, colocado en la cabecera del diván.

Tanto la licenciada Pilar como Florencia expresaron que se debe apostar al lazo analítico con el Otro, que es vital para esto valerse de la circulación de la palabra. Ambas coincidieron en que esto se pudo manifestar sin ningún tipo de dificultad en la virtualidad.

Florencia continuó afirmando que cuando la transferencia está instalada reserva un lugar para el analista aunque no esté, se le da un lugar en el analizante, aunque no lo ocupe de manera física. Se trata de un depósito de afecto en la persona del médico, que era originariamente dirigido hacia otra persona, constituyendo un falso enlace, mecanismo de despliegue de la neurosis de transferencia, tal como lo define Álvarez (2012). Algo de la cadena asociativa, vía el falso enlace, posibilita que devenga el analista como un elemento más de dicha cadena, situación que no se ve afectada por la modalidad en que se realice.

Para Andrea, la transferencia funciona como motor y como obstáculo. Como motor, a partir del amor y sentimientos tiernos, permitiendo la apertura del inconsciente y la asociación libre. Y como obstáculo, a partir de la repetición, agieren - recuerdo en acto - realizada por el paciente, a modo de otra forma de recordar en transferencia, tal como sostienen Freud (1912; 1917a), Kligmann (2014) y Lacan (1965). Continuó afirmando que esta apertura en transferencia, es posible en virtud de la experimentación de estos sentimientos tiernos, que se ven enlentecidos por la modalidad online, requiriendo entonces un poco más de tiempo para lograrlo, lo que de todas maneras es posible, de acuerdo con lo manifestado por ella.

Florencia refirió que el médico queda posicionado en calidad de objeto, convergiendo en él toda la libido, a partir del vínculo terapéutico, en lugar de hacerlo sobre otros objetos libidinales. Se trata de un objeto fantaseado, objeto parcial enmarcado en una fantasía que luego será necesario desmontar (Freud, 1917a; Kligmann, 2014), situación que ella sostuvo haber logrado de manera adecuada con sus pacientes bajo modalidad online, a partir de la circulación de la palabra y del afecto, tal

lo esperado, sin encontrar entonces un impedimento alguno relacionado con la modalidad.

La transferencia no es del plano real en el sujeto, sino que tiene carácter simbólico, afirmó Lucía, coincidentemente con Kligmann (014), por lo que es posible su despliegue cualquiera sea el dispositivo. En otro sentido, la misma manifestó que el síntoma, que consiste en lenguaje, debe por tanto resolverse a partir de él, tal lo postula Lacan (1953b), por lo que tampoco debería encontrarse ningún inconveniente para hacerlo si el despliegue de la palabra, vehículo del lenguaje, es posible sin limitaciones.

Consultadas acerca de los dispositivos usados y su comodidad terapéutica, Andrea refirió no tener preferencias por ningún sistema, entendiendo que el foco no está colocado en él sino en la circulación y despliegue de la palabra. Por su parte Lucía prefiere como modalidad una plataforma virtual operada a partir de su computadora, debido a la mayor libertad de contacto a través del sistema wifi y la presencia de una mayor pantalla, que le permite una mejor visualización de la escena terapéutica. Pilar, por el contrario, manifestó haber iniciado las prácticas online a través de videollamadas, las que le resultaban complejas debido a numerosas dificultades en la conexión, además de resultarle más cansador el hecho de tener que sostener la mirada, por lo que luego optó por los llamados telefónicos, los que mantiene hasta el momento. Luis (2019) entiende, en su interpretación de Lacan, que el analista debe reflexionar, teniendo en cuenta la información y los sentimientos que el paciente siente, no la que a él le inspira, lo que se ve posibilitado si no se omite ni silencia su trabajo en las supervisiones. La misma profesional sostuvo además que es lo más parecido al diván, explicando que, según Freud, el diván se utiliza para no tener que sostener la mirada de los pacientes tanto tiempo, para evitar el cansancio que le producía.

5.3. Describir, en base a la opinión de los profesionales, si se han producido cambios en la transferencia en pacientes que habían iniciado análisis en forma presencial y pasaron a forma virtual.

La práctica se llevó a cabo en contexto de aislamiento social preventivo y obligatorio debido a la pandemia de Covid-19 imperante en el país, por lo que los tratamientos se vieron forzados a realizarse de manera online. En este marco, muchos de los comenzados en forma presencial debieron pasar a modalidad virtual, y los nuevos iniciaron por esta vía. En relación con esto se consultó a los profesionales acerca de la

presencia de efectos en la transferencia en los pacientes que debieron cambiar de modalidad, extendiéndolos también a otros pacientes que por distintos motivos hubieran transitado también este proceso.

Para Andrea, la situación de cambio de modalidad no es nueva, debido a que existe un largo recorrido teórico desarrollado por autores que establecieron enfoques específicos para el tratamiento de pacientes que por diversos motivos no pudieran ser atendidos a través del dispositivo tradicional, concordantemente con lo que sostienen Aryan y otros (2015). En relación con esto, afirmó que el contexto de pandemia ayudó a dar una mayor legalidad a los procesos analíticos que se venían realizando con personas que, habiendo comenzado un análisis presencial, estaban por diversos motivos - como fuera del país - continuando su tratamiento por vía virtual. Continuó remarcando que dada la ausencia de legislación existente hasta este episodio de aislamiento, era el profesional el que debía regular su práctica. Del mismo modo opina Colombero (2019) quien agrega que para esto es necesario analizar y reflexionar sobre la temática para luego delinear la manera adecuada, responsable y éticamente válida de actuar.

Lucía estimó que ante la situación de pandemia se decretó un encierro que afecta a todos, analistas y analizantes. En este ámbito se pone en juego la castración de ambos, entendiendo que la situación está atravesada por lo real. Esto genera una nueva necesidad de adaptación, de superación a modo de la del Edipo, que se ve reflejada en el cambio de dispositivo, requiriendo de algo de tiempo para el sostén de la transferencia ya iniciada en la forma presencial. El nuevo encuadre requiere ser claramente especificado y reconvenido, estableciendo la constancia y responsabilidades necesarias, contando con el acuerdo explícito de ambas partes (Tovilla Sáenz, 2019), resultando un poco más fácil de sostener en los pacientes con transferencia previa. Sobre esto, Pilar declaró tener un paciente que consume alcohol, consumo que se vio incrementado por el contexto de aislamiento. A partir de un mayor consumo, comenzó a incrementar la demanda, situación que desdibujó el encuadre, por lo que se hizo necesario reconstruirlo de manera más firme. Al respecto postuló Andrea que el cambio es en la escena, en el encuadre y no en la escucha, no en el lugar en la transferencia que se le da al analista. Ella considera que hay aspectos que son sustituibles y otros que no. El espacio físico puede variar, no así la utilidad del mismo. Esta función debe quedar establecida en el nuevo dispositivo para que la transferencia continúe siendo posible, la que también se ve favorecida en los pacientes con historia transferencial previa con su analista. Para Florencia es condición esencial que el médico habilite el despliegue del diálogo del

analizante consigo mismo, sin interferir ni con sus contenidos ni con su lógica propia. Cree que el desafío es vencer el encierro simbólico y con la tecnología y las pautas necesarias, continuar alojando al sujeto.

Por su parte, Lucía estima que el encierro derivado de la pandemia puede leerse de manera subjetiva como un corte en la palabra, en el lazo. La propuesta de la institución es entonces, de acuerdo con ella, que no se corte la palabra, recordando en este sentido la frase de su directora: *que se corte el virus pero no la palabra*. Para esto es necesario readaptar el dispositivo y el encuadre, que consiste, siguiendo a Avenburg (1999), en un conjunto de pautas explícitas e implícitas que deben resultar constantes en su desarrollo entre analista y paciente.

En un sentido similar, Florencia entiende que es importante dar continuidad al proceso analítico más allá del formato, entendiéndolo particularmente necesario en el ámbito de aislamiento dado que se trata de una condición que propicia el acting, lo que dificulta la entrada de la palabra al discurso. Esto se ve en forma de olvidos de horarios o de pagos. Requiere un reencauce que a veces resulta costoso, según sus palabras.

Ante la incertidumbre manifestada por los pacientes acerca de la efectividad de la modalidad nueva, Pilar les solicita que confíen en el nuevo dispositivo, que puedan relajarse y dejar fluir su decir, apostando a que no hay una diferencia en la virtualidad, que su escucha es activa y atenta, en los mismos términos de la modalidad conocida y que es posible que el inconsciente continúe circulando. Para ella pareciera que lo virtual constituye una modalidad viable para la continuidad de la práctica pero que conectarse con el otro va más allá de la forma, lo virtual funciona en tanto y en cuanto funcione el decir. En este punto, hay pacientes a los que les cuesta más que a otros. La diferencia es fundamentalmente, para ella, en la disposición de los cuerpos, en tanto en la preespecialidad hay presencia física y en la virtualidad hay corporeidad. Para Martínez (2016) se trata de una presencia no sustancial, un cero binario en contraposición al uno que implica consistencia, un agujero, en el que no distingue la presencia sino la carencia de sustancia. La presencia no se define por lo físico sino otros factores que se ponen en juego, como la voz, la mirada, la imagen o las pulsiones, que son las que la constituyen. Todos estos factores son vehiculizados por la virtualidad, por lo que hay presencia en ella, de acuerdo con Andrea.

Existe un punto en el que coincidieron todas las entrevistadas, que surge a partir de sus observaciones del cambio de modalidad, según afirmaron. Se trata de que, a su entender, el despliegue del inconsciente y sus manifestaciones se abren de la misma

manera en ambas modalidades. Lucía lo describió a partir de la llegada tarde al consultorio, manifestación que se ve reproducida en el quedarse dormida para la hora de la sesión. Andrea propuso como ejemplo de esto el hecho de pisar el pie de diván, que se repetía en su casa en reclamos a la terapeuta, demandándola y colocándola en falta en su condición de Otro y lo interpretó como que pisoteaba los lugares a los que quería llegar. Florencia lo describió a través de un paciente que se enojaba y se retiraba del consultorio golpeando la puerta, reflejándose esta conducta en su casa mediante el cierre repentino de la computadora, situaciones que en ambos casos constituyen ejemplos de acting. Pilar lo relató desde el ejemplo de una paciente que se refería a su estado de embarazo. Ella le preguntaba de manera insistente cómo iba a hacer para atenderla cuando naciera su bebé. Durante el aislamiento le cuestionaba su capacidad de escucha a causa del llanto de la criatura. Son ejemplos en lo que la necesidad de cambio, la cuarentena se constituyen como un significante, en una cadena de significantes desprendiendo así el acento de una representación para colocarlo en la otra, ligando a ambas de manera asociativa, tal como afirma Laplanche y Pontalis (2016). Para Pilar, el analista está más barrado dado que está vetado por la castración, puesto que también está en cuarentena. Interpreta la situación con la paciente del bebé un reclamo en el sentido de que *ella no es toda madre, toda para ese otro*. Hay algo de la libido que se redirección con el deseo, y esto hace a la transferencia. Sostiene que si bien las manifestaciones de los pacientes son diferentes, la lectura es más de lo mismo, de la cadena de representantes, sobre la que sostiene Laplanche y Pontalis (2016) se dirigen a la misma represión y demanda. Continuó manifestando que se cancela. Se trata de manifestaciones sintomáticas consecuencia de la represión sobre fantasías de tipo incestuoso y mociones pulsionales que se ponen en juego en transferencia que deberán ser analizadas. Lo que no puede ser recordado y puesto en palabras se actúa con el médico – acting -, permitiendo en el vínculo su acceso a su armado, de acuerdo con Álvarez (2012) y Freud (1917a).

En sentido opuesto, Florencia relató el caso de un paciente adolescente que concurría al consultorio obligado por su madre, y que, en la virtualidad encontró una nueva motivación, en relación con su gusto por ella, comenzando a conectarse a las sesiones de manera autónoma e independiente. En este caso el cambio actuó como motor del tratamiento, afectándolo directamente de manera positiva, tal lo postulan Kligmann (2014) y Lacan (1965).

5.4. Analizar las similitudes y diferencias producidas en la transferencia entre las modalidades de atención presencial y online.

Si bien al ser consultadas las profesionales intervinientes específicamente acerca de la presencia de diferencias en la transferencia entre ambos modelos de práctica, respondieron que no encontraban muchas, durante el desarrollo de las entrevistas fueron apareciendo algunos puntos significativos.

Pilar manifestó que cada paciente es un desafío, situación que tiene que ver con el proceso analítico en sí mismo, con lo que se pone en juego, independientemente de la modalidad. Lo importante es el decir, que la palabra, que es la herramienta de trabajo, funcione. El conectarse con el otro no depende tanto de la forma, va más allá. Con algunos pacientes es más difícil conectar que con otros, les es más difícil hablar. Para ella es posible que el marco fantasmático, esa manera en que el Otro se mantiene presente en la estructura neurótica corra, tal como afirma Evans (2015). En el mismo sentido opinó Lucía, al afirmar que se trata de la circulación, el fluir de la palabra, independientemente del soporte por el cual se haga, en tanto se respeten la ética y la técnica psicoanalítica, entendiendo además sobre esta última que debe aggiornarse. Sostuvo que, en tanto se escuche de manera activa, analíticamente, a un paciente bajo el método de asociación libre, es posible el trabajo, concordantemente con Colombero (2019). Agregó que es posible trabajar con los significantes del paciente, permitir la emergencia de su deseo mediante la utilización del método analítico, más allá de la modalidad.

Andrea indicó que el analista debe invitar a la asociación libre, que según Freud (1913) consiste en invitar a decir todo aquello que aparezca ante sus ojos, sin pensar en su valoración, sin hablar como a un amigo, un decir todo sin callar nada. Esto constituye un paso fundamental en el psicoanálisis, de acuerdo con ella. Es una regla a cumplir, y en tanto se haga, será posible el proceso. Bajo una escucha atenta de sus palabras y sus tonos, apuntando a la ocurrencia y no al pensamiento, con el encuadre adecuado, es factible la transferencia, independientemente de que trabaje bajo la modalidad presencial o virtual.

Florencia declaró que lo importante es cómo la palabra sigue circulando y generando significaciones de carácter inconsciente, sin importar el medio, lo que, de acuerdo con Tovilla Sáenz (2019) acontece con y sin diván, con y sin presencialidad y con la palabra escrita u oral. La virtualidad es un medio que genera procesos que

facilitan cosas y también que obstaculizan cosas (Martínez, 2016; Tovilla Sáenz, 2019). Es el Otro el que da significado a las palabras, al puntualizar. Su significado no está dado hasta la llegada de ese Otro, del analista, que escucha su discurso con sus significantes (Lacan, 1953). Es vital para todo proceso analítico la especificación del encuadre para que el proceso transferencial ocurra, sostuvo además la profesional

En relación con esto último, todos resaltaron la importancia del encuadre, en ambas modalidades, aunque entienden que requiere de mucha mayor claridad y enfatización en la forma virtual, condición que lo torna particularmente necesario. Para Pilar constituye el problema más difícil a resolver, entendiendo que los pacientes parecen sentir que tienen al profesional a disposición durante las 24 horas del día, toda la semana, lo que no sólo confunde los roles y la tarea, sino además puede resultar en una fuente de mal humor y sentimientos negativos en el analista, quién debe tenerlos presente y manejar. En este mismo sentido, Lucía refirió que en la virtualidad hay mayor tendencia a perder los límites, intentando llamados y comunicaciones con mayor frecuencia, fuera del horario, en una demanda que por ser tal no puede ser satisfecha, tal como lo entienden Kligmann (2014) y Lacan (1958a), por lo que, afirmó, hay que evitar caer en la tentación.

Por otro lado, Pilar refirió que es importante remarcar al apaciente la necesidad de intimidad para el trabajo, y que para lograrlo hay que ayudarlo, apuntando a que encuentre un lugar tranquilo, solo y aislado, sin interrupciones, en el que pueda tener privacidad para hablar y así posibilitar que la palabra fluya, que haya asociación libre, concordantemente con lo que sostiene Aryan et al. (2019), entendiendo esta colaboración como una forma de conexión con el otro, de empatía para con su paciente. Florencia se expresó en los mismos términos, agregando que es importante que encuentre comodidad postural y la menor tensión corporal posible. Del mismo modo opina Avenburg (1999) quien agrega que debe atenderse también a sus necesidades subjetivas, conformando un escenario adecuado para la obra que él va a desplegar. Sobre esto, Andrea afirmó que el analista debe ser muy claro, puesto que, a su entender, muchas veces queda sometido a la decisión y manejo del encuadre por parte del analizante, quién en ocasiones se conecta desde lugares no del todo adecuados, como una mesa de un bar, el lobby de un hotel, o el auto, entendiendo que es el mejor lugar, por diversos motivos, como una mejor conectividad. De todos modos, para ella es meritorio mantener la sesión que postergarla. Ha habido situaciones que le resultaron inaceptables, por no atenderse a la carencia de interferencia externa, como una paciente

al cuidado de su bebé mientras hablaban lo que su vez generaba la necesidad del terapeuta de preocuparse más por la seguridad de ambos que por el proceso analítico, situación que Carilino (2014) entiende que debe ser considerada y trabajada en el encuadre, en busca de evitar que suceda.

Consideró Florencia en relación con esto último que, dado que el encuadre es el garante de estabilidad y confidencialidad, tal como afirma Zukerfeld (2001), es importante que el terapeuta lo maneje especialmente en la virtualidad, además de que él mismo logre un espacio de intimidad y privacidad, sin interrupciones, que garanticen su atención, requiriendo de su compostura, escucha, interés y atmósfera analítica, tal lo proponen Carilino (2014) y Freud (1913), lo que a veces se ve también afectado en la práctica online. En relación con esto, Pilar aportó que, en este caso, en la transferencia se pone en juego la interrupción, en un analista que también está barrado por la castración. Lucía sostuvo que es necesaria cierta flexibilidad y creatividad, sin las cuales lograr intimidad de trabajo se complica bastante en la forma virtual, que se requiere de un aislamiento simbólico, particularmente mayor en el contexto de *ASPO*, en el que el encierro trágico trata de achatar el síntoma. Entiende que es un desafío vencer ese encierro para, con el uso de la tecnología, alojar al sujeto. Para esto se requiere trabajar sobre el propio encierro, el del analista, para lograr intimidad. En este marco, en el que están todos en casa, tener un espacio propio, inaccesible, en términos tanto imaginarios, como reales y simbólicos, para todos los otros que no sean analista y analizante. Mediante un encuadre claro, que precede al vínculo, este puede armarse, nutriendo mutuamente a ambos miembros de la díada (Kuras de Mauer, 2008).

Otro tema que remarcó Pilar, con respecto al encuadre, se relaciona con la elección del dispositivo a utilizar. Para ella resulta más adecuada la modalidad de llamadas telefónicas, que es lo que considera más parecido a una sesión e diván, con el analista en la cabecera, sin que el paciente vea su cara, lo que requiere de un muy buen vínculo analista-paciente coincidentemente con lo que sostiene Carilino (2014). Con sus primeros pacientes en *ASPO* intentó videollamadas, pero le resultaron cansadoras, requiriendo mucha atención de su parte, además de ofrecer numerosos problemas de conexión que interferían con su práctica. Sobre esto entiende Carilino (2014) que atenta contra la espontaneidad en el momento analítico, interfiriendo en ambos miembros, afectando cada corte la continuidad en la asociación libre del paciente y en la atención flotante del analista. Según Florencia, los silencios se leen de otra forma en la modalidad online. No se leen del todo bien, muchas veces por la dificultad ofrecida por

la conexión de internet, bastante inestable en la Argentina. En contrapartida, Lucía manifestó su preferencia por las plataformas que incluyen imagen, en dispositivos con mayor tamaño de pantalla, como las computadoras. Al respecto sostiene Carilino (2014) que aportan una buena visión de la escena, que permite una mejor captación de detalles, como señales corporales de alejamiento o acercamiento, el cierre de los ojos, inquietud corporal o algunos matices en la voz, aunque hubo pacientes con los que tuvo que trabajar a través de llamados, logrando también el despliegue transferencial. Andrea sostuvo que al atender en forma virtual hay muchos gestos y movimientos que no se llegan a notar, que sí se observan en la presencialidad, y que resultan muy significativos, que *dicen mucho*, por lo que se requiere una mayor concentración, que resulta en un aumento del cansancio profesional, lo que la llevó a optar por atender un número menor de pacientes diarios.

Todas las entrevistadas coincidieron en que esto resulta una diferencia con respecto a la práctica habitual, en la que la presencia y cercanía permite un mejor y más rápido despliegue, con una atención a los detalles citados que sale de manera más natural, no sólo por el entrenamiento con que cuentan sino además por la facilidad que para esto ofrece la presencia física en el mismo ámbito, logrando un mejor clima analítico, con mayor intimidad y menor desgaste en ambos participantes, permitiendo una comunicación que no es posible en la forma online, como el poder acercar un pañuelo de papel o un vaso de agua a un paciente que solloza, de acuerdo con Andrea.

Una diferencia importante, a criterio de Pilar, se da con los pacientes más lábiles. Se trata de pacientes que están en acting, sin poder dejar de entrar la palabra. La mediatización de la pantalla dificulta su pesquisa, dificultando a veces su identificación. Sucede algo similar, siguiendo sus palabras, con los pacientes con desborde emocional o con mucha ira o enojo, situaciones que se trabajan más fácilmente en la forma presencial, que hay algo de lo real que cuesta más. Parecería haber situaciones en las que la persona virtual no puede sustituir a la de carne y hueso, que en ese lugar habría un impedimento (Martínez, 2016). A entender de la profesional, esta situación puede ser superada con mayor o menor dificultad.

Tanto Andrea como Pilar sostuvieron que en ambas modalidades hay algo que ocurre en la neurosis y es que el paciente quiere que su analista lo quiera, que el paciente hace del analista un *padre-madre* y que hay una demanda de amor que debe ser alojada. Amor que forma parte del vínculo analítico, que lo define, y que requiere su reorientación hacia su origen en el inconsciente (Freud, 1914a), trabajando con esto

cualquiera sea la modalidad. Sobre esto manifestó Lucía que la demanda de amor aparece siempre, caracterizando al vínculo, que hay algo de lo pulsional y de lo traumático en juego, que requiere ser elaborado, ligando mediante el trabajo analítico las representaciones. Sostuvo que el trabajo debe atender también al manejo de la contratransferencia, esos efectos que el paciente produce sobre el médico (Lacan, 1958a), y que su desatención constituye un maltrato hacia el paciente que puede darse en ambas modalidades, y que se constituye en un factor de obstrucción del proceso analítico, requiriendo de supervisión para un adecuado despliegue transferencial.

Con respecto a las intervenciones, Pilar afirmó que en la virtualidad hay que inventarlas, al igual que sucede con las intervenciones presenciales. Sostuvo que la realidad se mete en la pantalla, el yo deja pasar al real y al inconsciente en ambas modalidades. El universo simbólico constituye la realidad propia del paciente, envolviendo su vida en una red de símbolos (Lacan, 1953b). En este ámbito, la realidad del paciente es la virtualidad, y por tratarse de esta instancia, carece de falta. En la realidad no falta nada, entonces en la virtualidad no hay falta, de acuerdo con sus palabras. Entiende que es posible que esta modalidad, debido a los cambios en el mundo moderno, se mantenga. Al respecto Florencia indicó que piensa que esta modalidad va a ser la elegida para el psicoanálisis a futuro, o al menos la modalidad de la mayoría de las sesiones, intercalando esporádicamente la atención presencial. Aconseja a los pacientes que comienzan a atenderse en forma online, que confíen en el dispositivo, que es un espacio donde también se mantiene la privacidad y, el mismo modo que en la presencialidad, se pone a jugar lo inconsciente. Entiende Lucía que a muchos pacientes les cuesta rearmar la escena, por lo que hay que inventar, que ser creativo. Hay que dar cuenta que se lo está escuchando, tener una actitud muy activa hasta que pueda tomar el espacio de la virtualidad en lugar del consultorio, puesto que se mejor cualquier espacio que ninguno, en situaciones de crisis y que el trabajo analítico debe aggiornarse a formas nuevas, que hacen al hacer psicoanálisis en lugar de psicoanalizar, y requieren de flexibilidad de ambas partes (Carilino, 2020). También Andrea cree que esta modalidad llegó para quedarse.

6. Conclusiones

Este trabajo fue realizado en el marco de la materia Práctica y Habilitación Profesional N° 5, llevada a cabo en una institución psicoanalítica clínica con orientación a la práctica comunitaria.

Planteado a partir del contexto de aislamiento rigente en el país consecuencia de la pandemia de Covid-19, se intentó ahondar en el despliegue de la transferencia en la modalidad virtual, necesaria en la situación citada.

Para esto se propusieron tres objetivos específicos en relación a las particularidades en el establecimiento y despliegue de la transferencia, por un lado, en pacientes que inician tratamiento en forma virtual a través de los dispositivos tecnológicos. Por otro, en los que cambiaron de modalidad, pasando de la presencial a la virtualidad y por último, se analizaron las similitudes y diferencias producidas en la transferencia entre las modalidades de atención presencial y online.

Se recolectó material a través de entrevistas a profesionales de la institución con el objetivo de conocer y analizar sus experiencias, como fuente de información para el análisis planteado.

El primer objetivo se propuso ahondar acerca de la posibilidad del establecimiento y despliegue de la transferencia en el proceso psicoanalítico iniciado de forma virtual, concluyéndolo como posible y adecuado. Entendiendo que el psiquismo es igual en todos los tiempos, el psicoanálisis debe aggiornarse a nuevos formatos, tal como lo afirma Carilino (2014), manteniendo como eje la circulación de la palabra, que permite la asociación libre, habilitando la emergencia de un sujeto barrado, del inconsciente, en el trabajo. Es fundamental para esto una escucha analítica, esto es activa y crítica, sin preconceptos ni prejuicios. Dado que el síntoma consiste en lenguaje, debe resolverse a partir del despliegue de la palabra como vehículo, como condición *sine qua non*, entendiendo que el decir apunta al objeto de satisfacción, cuya libido está ligada a los síntomas que procuran una satisfacción sustitutiva, manteniéndola en estado de represión (Freud 1917b). En tanto la transferencia no es del plano real en el sujeto, sino que tiene carácter simbólico, es posible su despliegue cualquiera sea el dispositivo.

El segundo objetivo se relacionó con la descripción de la presencia de cambios en la transferencia, en pacientes que habían iniciado análisis en forma presencial y pasaron a forma virtual. El objetivo se considera logrado. Si bien existen cambios, se lo entiende como periféricos, de contexto, no alterando de manera significativa el núcleo central del proceso psicoanalítico. En ambas modalidades y cualquiera sea el dispositivo

elegido, el fluir del decir del analizante y la escucha activa fueron posibles, permitiendo que el inconsciente circulara y se desplegara en los mismos términos. En ambos casos la lectura fue en relación a la cadena de representantes, sobre la que Laplanche y Pontalis (2016) afirma que ellos se despliegan y dirigen a la misma represión y demanda, que se dan de la misma manera en las dos modalidades, estando esto en relación exclusiva con cada proceso. El trabajo de rastreo causal se realiza a lo largo de las represiones hasta llegar a las disposiciones pulsionales, propias de la neurosis subjetiva de cada analizante (Freud 1917a).

Con respecto al último objetivo, que buscaba analizar diferencias y similitudes en la transferencia entre ambas modalidades, pudo ser cumplido. Se concluyó que existen diferencias relacionadas con el encuadre, sobre el que Zukerfeld (2001) afirma es garante de la estabilidad del proceso, que requiere mayor enfatización y claridad, implicando recordaciones constantes; con los tiempos para su establecimiento, en general algo mayores; con la intimidad de los espacios, tanto del analizante como del analista, ambos fundamentales para el trabajo de acuerdo con Carilino (2014) y Freud, (2013); con la atención necesaria, que requiere mayor concentración, generando mayor esfuerzo y desgaste; con la corporalidad, en cuanto a la ausencia de cuerpos en un mismo ámbito, sobre lo que Martínez (2016) afirma que si bien pertenece al registro imaginario, modifica la escena, no es con el cuerpo biológico con el que se trabaja en psicoanálisis. Otra diferencia, que es a criterio de la autora la más significativa, es la alteración o interrupción de los servicios utilizados, como internet, que producen cortes y disrupciones, alterando la fluidez del decir y la escucha del analista, pudiendo afectar la lectura de la cadena de significantes, lo que requiere una consideración extra. Como similitudes, se destaca la posibilidad de trabajo, el logro del vínculo, la acogida del sujeto y la habilitación para el surgimiento del sujeto deseante, en tanto con un inconsciente estructurado como lenguaje (Lacan, 1953b), no se encuentran nada de lo virtual que impida la circulación de la palabra, permitiendo así su lectura. El amor de transferencia se establece en ambas modalidades, tanto el modo hostil como el amoroso se mantienen y se despliegan en ambos dispositivos.

Con respecto a las limitaciones encontradas, puede citarse como fundamental la originada a partir del planteo inicial del mismo. Dado el marco de aislamiento por pandemia, la idea inicial era analizar las similitudes y diferencias producidas en la transferencia a partir de la modalidad virtual en este contexto, entendiendo al mismo como una variable importante dentro del proceso transferencial. No fue posible este

abordaje debido la falta de material teórico suficiente en relación con lo actual del mismo. Se optó por trabajar la transferencia en ambas modalidades, independientemente del contexto, dado que ha ido produciéndose un pasaje a una forma virtual de psicoanálisis, por diversos motivos, dada la imbricación que tiene la cibernética en el mundo actual.

Con el citado aislamiento, se produjo, de manera disruptiva, un cambio en la modalidad que afectó a todos, no sólo a la clínica psicoanalítica, afectando entonces la realización de la práctica. En relación con esto, la autora se vio obligada a participar de las actividades de manera online, impidiendo así su acceso a procesos analíticos, pudiendo participar de talleres, seminarios y clases. Esto constituyó una dificultad pero también un motor para el presente trabajo. Las limitaciones que se presentaron así a la hora del acceso a la información para fundamentar el marco teórico, pero fundamentalmente a la observación de procesos analíticos y a la recopilación de datos empíricos, habiéndose podido contrarrestar esto último a partir de la utilización virtual de cuestionarios predeterminados y algún contacto telefónico posterior para agregar o aclarar alguna información.

Otra limitación encontrada fue la falta de acceso a las historias clínicas de los pacientes, útiles como fuente de información acerca de casos tratados en ambas modalidades, como así tampoco a los pacientes mismos, quienes hubieran constituido una importante fuente de información acerca de sus percepciones en el trabajo analítico en ambas modalidades, dado que, como afirma Bustos Arcón (2016) constituyen un participante fundamental del dispositivo analítico, constituyendo la transferencia una entidad única y subjetiva, particular en cada vínculo.

Como críticas, puede pensarse, en cuanto a lo metodológico, una elección de un número bajo de entrevistados, con la ausencia además de la participación con los pacientes, cuyas opiniones resultan de particular interés para el presente trabajo.

El primer objetivo pensado, eje sobre el que se planteó todo lo demás resultó inviable, por ausencia de material teórico suficiente debido a la actualidad del contexto, como se mencionó anteriormente. El mismo fue reemplazado por uno posible, en este caso, el planteado como segundo objetivo de este escrito. Si bien fue posible un trabajo, que resultó de interés, no era el propósito que desencadenó la investigación teórica, no permitiendo el acercamiento deseado, que a entender de la autora, hubiera aportado un conocimiento nuevo e interesante.

Otra crítica hacia la autora fue, en relación con lo antedicho, el planteo de objetivos que resultaron algo similares y poco ambiciosos, básicamente referentes a transferencia, costando el trabajo de cada uno de manera aislada, entremezclándose un poco.

La modalidad propuesta por la institución no resultó del todo suficiente, si bien las causas se relacionan básicamente con el contexto. No se permitió el acceso a material privado, como lectura de historias clínicas, por un tema de confidencialidad, tal vez salvable a través de la firma de un contrato al respecto, a modo de alternativa. Hubo alguna dificultad en la realización de entrevistas, concretamente alguna falta de disposición a las mismas por falta de tiempo, ante la necesidad de atender a diversos materiales para corregir.

Como futuras líneas de investigación, se propone la realización de un estudio de líneas similares pero en relación con el contexto de aislamiento como variable, a modo de lo previsto originariamente, participando del mismo tanto profesionales como pacientes, con una cantidad de casuística representativa.

El tránsito de la autora por la institución le permitió conocer un poco más acerca del campo teórico y clínico psicoanalítico. Si bien contaba con un bagaje previo aportado por el paso por los claustros universitarios, no eran suficientes como para encarar el desempeño profesional en el área, encontrándose al momento un poco, y sólo un poco, más cerca, permitiéndole elegir el mismo como el de preferencia para el futuro, decidiendo ahondar entonces en el mismo. Le permitió entender un poco más la disciplina, compartirla y entender que es la que más se acerca a su idea del trabajo psicológico, contando además con las herramientas necesarias, confirmando que se trata del marco de elección para su futuro.

Referencias

- Álvarez, I. (2012). La Transferencia: Un Recorrido en la obra de Freud y Lacan. En *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires – Argentina: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-072/716.pdf>
- Aryan, A., Briseño, A., Carlino, R., Estrada, T., Gaitan, A. & Manguel, L. (2015). Psicoanálisis a distancia. Un encuentro más allá del espacio y del tiempo. *Caliban, Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 13 (2), 60-75.
- Avenburg, R. (2004). Sobre el encuadre en psicoanálisis. *Psicoanálisis, APdeBA*, 26. Recuperado de <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/11/Avenburg.pdf>
- Bleger, J. (1966) Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. *Revista Psicoanálisis, APA*, XXIV, 2, 240-245.
- Bustos Arcón, V. A. (2016). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica. *Psicología desde el Caribe, Universidad del Norte*, 33 (1), 97-112.
- Carlino, R. (2014). Reflexiones actuales sobre el psicoanálisis a distancia. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 18, 173-197.
- Carlino, R. (2020). Cyberanálisis: condiciones actuales. *Topía. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/cyberanalisis-consideraciones-actuales>
- Colombero, M. L. (2019). Dilemas bioéticos, fortalezas y limitaciones en el ejercicio profesional de las psicoterapias virtuales. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Ética*, 22-25. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Cook, J. E. & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 5(2), 95-105.

- Cosentino, J. C. (1999). *Construcción de conceptos freudianos*. Buenos Aires: Manantial
- Corveleyn, J. (1997). Acerca de la contratransferencia: ¿obstáculo o instrumento? *Revista de Psicología, 15(2)*, 157 - 178. Lima: Pontificia Universidad Católica de Perú.
- Deleuze, G. (1999). ¿Qué es un dispositivo? En G. Deleuze (Ed), *Michelle Foucault, filósofo* (pp.155 - 163). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Delgado, O. (2012). *Lecturas Freudianas I*. Buenos Aires: UNSAM
- Eremef Martínez, R. (20012). Tesis de grado: Análisis conceptual de los fenómenos transferenciales y su manejo en Psicoterapias Psicoanalíticas Breves. Montevideo: Universidad de la República.
- Evans, D. (2015). *Diccionario introductorio al psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Ferenczi, S. (1949/2009). Introyección y Transferencia. En *Sexo y psicoanálisis, II*, pp. 29 - 63. Colonia Suiza: Pressur Corporation S.A.
- Freud, S. (1895/2006). Estudios sobre la histeria. Sobre la Psicoterapia de la histeria. En *Obras completas, II* (pp. 111 -143). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1896/2006). Manuscrito K: Las neurosis de defensa. (Un cuento de Navidad). En *Obras completas, I* (pp. 31 – 302). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1900/1991). El trabajo del sueño. En *Obras completas, VI* (pp. 285 – 344). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1901/1978). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En: *Obras completas, VII*, (pp. 1 - 107). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905/1978). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras Completas, VII*, (pp. 7 - 108). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912/2005). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras Completas, XII*, (pp. 93-106). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1913/2005). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras Completas, XII*, (pp.121-144). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914/2005a). Observaciones sobre el amor de transferencia. En *Obras completas, XII* (pp. 138 - 143). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914/2005b). Recordar, repetir y reelaborar. En *Obras completas, XII* (pp. 145 - 157). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1915/2005) Pulsiones y destinos de pulsión. *En Obras completas, XIV* (pp. 105 - 135). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917/2005a). 27° Conferencia: La transferencia. En: *Obras completas, XVI* (pp. 392 - 407). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917/2005b). 28° Conferencia: La terapia analítica. En *Obras completas, XVI* (pp. 408 - 421). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1933/1991). 34° Conferencia: Esclarecimiento, aplicaciones, orientaciones. *En Obras completas, XXII* (pp. 126 - 145). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- García, I. (2016). Reflexiones. Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Heinmann, P. (1962): Acerca de la contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis IV* (1), 129.
- Imbriano, A. H. (2008). El goce es la satisfacción de la pulsión *Revista Affectio Societatis*, 5 (8). Recuperado de <file:///C:/Users/M%20Julia/Downloads/Dialnet-ElGoceEsLaSatisfaccionDeLaPulsion-5029927.pdf>
- Institución Fernando Ulloa, (2020). Pilares ético clínicos. Recuperado de <https://institucionulloa.com.ar/institucional/>
- Kligmann, L. (2014). Transferencia y objeto en el dispositivo analítico. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Facultad de Psicología - UBA.
- Kuras de Mauer, S. (2008). El psicoanálisis como dispositivo. *Imago Argentina*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lacan, J. (1949) El estadio del espejo como formador de la función del yo. En *Escritos Uno* (pp. 99 – 107).
- Lacan, J. (1951/2005) Intervención sobre la transferencia. En *Escritos Uno* (pp. 204 - 215). Buenos Aires: Siglo veintiuno.
- Lacan, J. (1953/1975a). *Seminario N° 1, Los escritos técnicos de Freud. Libro 1*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1953/2005b). Función y campo de la palabra. En *Escritos I*, (pp. 227 – 310). Buenos Aires: Siglo veintiuno.
- Lacan, J. (1958/2005) La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2* (pp. 565 - 703). Buenos Aires: Siglo veintiuno.
- Lacan, J. (1958/2016b). El deseo de la madre. En J. Lacan. *El seminario 6: El deseo y su interpretación* (pp. 299-323). Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (1961/2013). *El Seminario N° 8. La Transferencia en su disparidad subjetiva, su pretendida situación, sus excursiones técnicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1965/2013) *El Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1975). *El Seminario 22*. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/27%20Seminario%2022.pdf>
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2016). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Little, M. I. (1957). “R”- La respuesta total del analista a las necesidades de su paciente. En Colectivo *GRITA - Documentos de Trabajo (5)*. Recuperado de <https://www.sauval.com/angustia/MLittleRT.pdf>
- Leibson, L. (2019). Poética y gramática de la transferencia. En M. Luis (Ed.), *La situación actual de la transferencia* (pp. 65 – 83). Buenos Aires: Letra Viva.
- Leivi, M. (2001). El síntoma en la clínica analítica. *Psicoanálisis*, 23(2), 341 - 356. Buenos Aires: Apdeba.
- Luis, M. (2019). La situación actual de la transferencia. En M. Luis (Ed.), *La situación actual de la transferencia* (pp. 13 - 31). Buenos Aires: Letra Viva.
- Martínez, J. M. (2016). El psicoanálisis por internet, se puede. *Psicoanálisis y filosofía*. Recuperado de <https://psicoanalisisyfilosofia.wordpress.com/2016/12/12/el-psicoanalisis-por-internet-se-puede/>
- Melis, A., Koutsompou, V. I. & Karasarlidou, A. (2015). E-therapy: The Ethics Behind the Process. En *Procedia Computer Science 65* (pp. 492 - 499). DOI: 10.1016/j.procs.2015.09.120.
- Miller, J. (1984). *Recorrido de Lacan, 8 conferencias: La transferencia de Freud a Lacan*. Buenos Aires: Manantial.
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). Covid-19. Recomendaciones para asistencia telefónica de salud mental en contexto de pandemia. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001887cnt-covid19-recomendaciones-asistencia-telefonica-salud-mental-contexto-pandemia.pdf>
- Muñoz, P. (2018). Goce y pulsión. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 18, 15 - 25. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Pereda, A. (2009). A propósito del conflicto psíquico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 109, 18 – 32. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

- Rabinovich, D. S. (1992). *Modos lógicos del amor de transferencia*. Buenos Aires: Manantial.
- Ramírez Ortiz, J., Castro Quinteros, D., Lerma Córdoba, C., Yela Cevallos, F. & Escobar Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia covid-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. Recuperado de <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/303/358/344>
- Rivas, D. E. M. (2019). Algunas puntualizaciones acerca del amor. De la complementariedad a la disparidad y de lo necesario a lo contingente. *II Congreso Nacional de Investigación. Universidad de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación*. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.12084/ev.12084.pdf
- Roudinesco, E. (1988). *La batalla de cien años. Historia del Psicoanálisis en Francia, I (1885-1939)*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Roudinesco E. & Plom M. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Tovilla Sáenz, A. (2019). Terapia psicoanalítica online. Psicogrupos. Recuperado de <https://psicogrupos.com/necesitas-ayuda-psicologica/psicoterapia-psicoanalitica/terapia->
- Urtubey, Luisa de (1999). El encuadre y sus elementos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis (En línea)*, 89. Recuperada de <https://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719998904.pdf>
- Zukerfeld, R. (2001). Alianza terapéutica y encuadre analítico. Investigación empírica del proceso y sus resultados. *Vertex. Revista argentina de psiquiatría. Investigaciones en psicoterapia*, 12 (45), 211 – 220. Buenos Aires: Editorial Polemos.