



## UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Facultad de Psicología

*Nuevo desafío en la clínica: encuentros y desencuentros en el trabajo clínico virtual con niños*

Trabajo Final de Grado - Articulación teórico-clínica

Juliana Karlen Gago

C.I: 4.920.154-8

Tutora: Asist. Mag. Lic. Erika Capnikas

Revisora: Prof Adj. Mag. Lic. Evelina Kahan

Montevideo, septiembre de 2021

## Índice

Resumen .....	3
Introducción .....	4
Consideraciones preliminares sobre el surgimiento de la clínica psicológica infantil .....	5
Nuevos desafíos en pandemia: la clínica y la virtualidad.....	9
¿Atención virtual o atención remota? .....	9
Caso clínico: J.....	15
Presentación del paciente: .....	15
Contextualización de la intervención psicológica.....	17
Pedido de ayuda: entrevistas como instrumento .....	18
Análisis y articulación teórica: reconfiguración del campo en lo virtual.....	22
Encuentros y desencuentros.....	22
Análisis de la implicación: transferencia y contratransferencia .....	29
Reflexiones finales.....	32

## Resumen

Este trabajo final de grado, de carácter teórico-clínico, está centrado en una experiencia práctica de Facultad en el ámbito de la clínica psicológica infantil, en la que se trabajó con un paciente preadolescente mediante una intervención psicodiagnóstica llevada a cabo por estudiantes del Ciclo de Graduación y Ciclo Integral de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR) de Uruguay, en el año 2020. En ese momento, fue decretada la emergencia sanitaria por el virus SARS-Cov-2, causante de la enfermedad infecciosa Covid-19, que impuso el distanciamiento social y el aislamiento, lo que implicó un desafío para los profesionales que venían trabajando en el ámbito clínico desde la modalidad presencial tradicional y tuvieron que comenzar a llevar adelante los abordajes psicológicos a través de la virtualidad.

En este contexto, la práctica comenzó a desarrollarse a través de dispositivos tecnológicos, desafiando a los preprofesionales a adecuar el encuadre tradicional y apelar a la creatividad para encontrar nuevos modos de llevar a cabo las entrevistas y aplicar las técnicas psicológicas a distancia, sin perder el sustento teórico de sus abordajes. Esta circunstancia dio pie para reflexionar acerca de las particularidades del trabajo clínico realizado de manera remota y evidenció encuentros y desencuentros que afectan a las intervenciones clínicas. El transitar por esta experiencia permitió analizar y pensar teóricamente sobre la situación e instó a repensar aquellos elementos que surgen del encuentro con el paciente en dichas circunstancias, tales como: encuadre, relación transferencial/contratransferencial, ansiedades y resistencias, escucha clínica, abstinencia y neutralidad.

Palabras Clave: Clínica con niños - Encuadre - Virtualidad - Transformaciones

## Introducción

El presente trabajo de articulación teórico-clínica refiere a una experiencia de práctica de graduación llevada a cabo en el ámbito de la Clínica Infantil de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR) en 2020, año en que estalló a nivel mundial la pandemia de COVID-19, causada por el coronavirus, que impuso medidas de confinamiento y obligó a que la consulta psicológica pasara del consultorio a la virtualidad.

El objetivo del trabajo es repensar la clínica infantil en el contexto de atención remota desde una perspectiva psicoanalítica a través de los aportes e investigaciones de autores clásicos y contemporáneos, y realizar un análisis de articulación teórico en base a la experiencia preprofesional.

El interés por esta temática surge a partir de la práctica de graduación, donde debido a las circunstancias ya mencionadas se trabajó únicamente desde lo virtual: una experiencia nueva para todos que hizo necesario repensar el modo en el que se iba a desarrollar el encuentro psicológico. Esto supuso repensar la técnica y el bagaje de herramientas que sostenía la formación académica de los estudiantes hasta el momento, basada principalmente en el abordaje clínico tradicional presencial.

En el primer capítulo se realiza un breve recorrido histórico sobre algunas consideraciones teóricas preliminares, que van desde el surgimiento de la clínica psicológica con niños hasta sus modos de abordaje en la actualidad.

En el siguiente apartado se repasa brevemente la evolución e incorporación de dispositivos tecnológicos en el trabajo clínico, en un contexto donde la virtualidad deja de ser una modalidad alternativa y pasa a ser la única protagonista, lo que supone un nuevo desafío para trabajar en el ámbito clínico y evidencia la necesidad de readecuar la técnica tradicional e impulsar modos de abordaje novedosos.

Finalmente, en el último tramo del trabajo se describe la experiencia y se realiza una articulación teórica-clínica, ejemplificando algunas dificultades que se pueden producir en el espacio clínico cuando se trabaja desde la virtualidad e influyen en las intervenciones. Interesa repensar distintos aspectos que operan en el encuentro con el paciente tales como: encuadre, relación transferencial/ contratransferencial, ansiedades y resistencias, escucha clínica y abstinencia y neutralidad.

## **Consideraciones preliminares sobre el surgimiento de la clínica psicológica infantil**

Es de interés para este trabajo aclarar qué se entiende por clínica psicológica infantil, por lo que se hace necesario realizar un breve recorrido por autores psicoanalíticos, ya que dicha corriente ha desarrollado prolífica literatura con relación a esta temática.

A lo largo de la historia, el psicoanálisis de niños ha sido un tema en constante investigación, comenzando por Melanie Klein y Anna Freud, pioneras en este campo, cuyas teorías presentaron puntos de convergencia y también ciertas discrepancias. Años más tarde, autores como Aberastury, Dolto y Mannoni también realizaron aportes al tema, siendo sus posturas más cercanas a las de la época actual.

En palabras de Flesler (2007), el psicoanálisis con niños ha generado contradicciones desde sus inicios, ya que su marco teórico de referencia, impulsado por Freud, fue diseñado para trabajar con pacientes adultos y estaba basado principalmente en la asociación libre, mecanismo que consiste en que el paciente exprese durante las sesiones, de manera espontánea, sus ocurrencias, ideas, imágenes, emociones, pensamientos, recuerdos o sentimientos, tal como se le presentan. La asociación libre, junto a la transferencia y la interpretación, fueron los tres pilares de la técnica de Freud para hacer consciente el inconsciente en el trabajo con adultos. Freud comprendió el valor terapéutico de la interpretación al comunicar en el momento oportuno al paciente sus descubrimientos, consiguiendo que éste hiciera consciente lo que hasta ese momento estaba reprimido logrando mejoría frente a su padecimiento. Los niños, sin embargo, no conformaban en un comienzo el grupo de pacientes ideales para ser tratados analíticamente, puesto que, según el propio Freud, casi nunca llegan al análisis por deseo propio ni con intenciones de lograr un cambio.

No obstante, en 1909 Freud describió el “Análisis de la Fobia de un niño de 5 años”, conocido como el caso Juanito, en el que se aplicó por primera vez el psicoanálisis al tratamiento de un niño neurótico. A partir de este caso se descubrió que las primeras causas de trastorno mental tenían su origen en factores que actuaron durante las fases iniciales del desarrollo. De este modo, Freud logró confirmar sus hipótesis acerca de la sexualidad infantil, afirmando que el niño no juega solamente a lo que le es placentero, sino que, además, al jugar repite situaciones dolorosas que le permiten elaborar lo que ha sido excesivo para su yo. La naturaleza de su hallazgo lo condujo entonces a investigar los años de la infancia, aunque aun así quedaron muchas dudas respecto al tratamiento analítico con niños, pacientes psicóticos y ancianos.

En relación a esto, Flesler (2007) sostiene que, si bien los niños no son analizables de la misma manera que un adulto, esto no impide que puedan ser analizados. El autor parte de la idea de que la estructuración psíquica del infante se encuentra en constitución, lo que le

dificulta lograr asociaciones verbales libres que son el método de análisis por excelencia. Esta dificultad suscitó el interés de buscar una técnica que hiciera posible aplicar a niños el método terapéutico creado para el tratamiento de adultos.

Aberastury (1962) expresa que a pesar de las lagunas que dejó respecto al análisis con niños, los aportes de Freud fueron relevantes. De hecho, sus hallazgos despertaron curiosidad en sus precursores, tales como Hermine Von Hug- Hellmuth, Melanie Klein y Anna Freud, quienes dieron pie a una nueva rama del psicoanálisis y una nueva psicología del niño.

Hug-Hellmuth fue la primera en buscar una alternativa frente a las dificultades del método de la asociación libre en niños, por lo que se propuso observar a sus pacientes mientras jugaba con ellos dentro de su propio ambiente. Sin embargo, no quedaron registros de una sistematización de su método (citada en Freud, 1927).

Por su parte, Freud (1927), basada en su experiencia con niños de entre 6 y 12 años con neurosis grave, profundizó en los alcances, límites y dificultades del análisis. Al comparar el tratamiento analítico en adultos y en niños, observó que éstos últimos no tienen conciencia de enfermedad ni deseos de curarse, ya que por lo general no padecen las consecuencias de sus trastornos, no acuden al análisis por libre decisión y, lo más importante, no dan asociaciones verbales, faltando así el instrumento fundamental del análisis de adultos y originando fallas con relación a la alianza terapéutica. Respecto a esto último, la autora insiste en que para trabajar con niños y lograr que se dé la transferencia es necesario realizar un trabajo previo que ponga al niño en situación y le permita afrontar el análisis, para lo cual se le debe hacer entender el esfuerzo analítico y la finalidad terapéutica, hacerlo consciente de la enfermedad y estimularlo a querer modificar su estado. Una vez que se considera que el niño está listo para el análisis, propone que se utilicen diversas técnicas para llegar a su inconsciente, tales como la interpretación de los sueños, los sueños diurnos y los dibujos, aunque realiza algunas restricciones a la utilidad del juego.

Klein (1948), a su vez, plantea que sí es posible analizar a los niños si se otorga mayor importancia a la información necesaria para el análisis en términos de transferencia. La autora indica que el niño es capaz de hacer transferencia de manera espontánea debido a que su ansiedad es mayor que la del adulto, por lo que tiende a elegir aquellos objetos que lo ayuden a dominar su ansiedad, dirigiendo hacia ellos una transferencia positiva o negativa que se manifiesta cuando muestra desconfianza, miedo, timidez. En este caso, si el analista descubre este tipo de transferencia debe actuar inmediatamente.

Años más tarde, Aberastury (1981), fiel seguidora de Klein; propone, mediante la descripción de varios casos, su técnica de análisis de niños y valida la posibilidad del trabajo analítico al afirmar: "La notable capacidad del niño para expresar sus conflictos en un lenguaje preverbal, nos ha llevado a la convicción de que no existe diferencia entre el análisis de niños y el de adultos" (p. 98).

### **Abordaje clínico con niños y adolescentes en el contexto de pandemia.**

Antes de comenzar el proceso diagnóstico y la intervención, resulta indispensable ahondar respecto al trabajo clínico con niños y adolescentes, ya que las técnicas y modalidad de trabajo varían según la edad del paciente y sus características.

De acuerdo con Muniz (2018), se entiende por intervención psicológica a “una forma de acción clínica que se orienta a generar un nuevo sentido al sufrimiento que porta el sujeto de la consulta o bien ante una situación planteada” (p. 7). La autora plantea que para poder intervenir de modo adecuado es importante conocer al paciente en todas sus facetas, por lo que hay que recurrir al psicodiagnóstico. Diagnosticar significa ‘conocer a través’ de técnicas variadas, las que el psicólogo deberá conocer en profundidad para poder seleccionar oportunamente la que mejor aporte a su tarea” (p. 7).

Untoiglich (2013) sostiene que el espacio clínico es la zona de creación de un espacio potencial de encuentro entre un niño que padece y un terapeuta en disponibilidad de co-construir junto con él, y en la medida de lo posible con sus padres y la escuela, nuevas estrategias de abordaje (p. 80).

En el contexto actual, y dadas las circunstancias de confinamiento en las que se impone la virtualidad, se plantea la necesidad de apostar a la creatividad en el abordaje clínico infantil, cuidando de no perder el foco en la mirada psicoanalítica y el encuadre interno del psicólogo, ya que son los pilares que sostienen el vínculo en una interacción permanente y productiva. A esto deben sumarse nuevos elementos en constante transformación, diferentes e imprevisibles, pero no por ello menos válidos. Además, el hecho de que las intervenciones se deban adecuar al contexto de virtualidad supone el desafío de transformar estas nuevas formas de vincularse en una trama que genere presencia psíquica frente a la ausencia física.

Hay que destacar que, al recibir una solicitud de atención de un adolescente, se sabe que detrás hay un núcleo familiar que sufre, por lo que el trabajo clínico implica escuchar el sufrimiento del joven en su contexto, incluyendo a su familia, y es por esto que se coordinan entrevistas también con los padres. Janin (2005) afirma: “Cuando nos consultan por un niño, se abre un abanico de posibilidades... ¿A quién escuchar? Y no sólo eso, ¿a quién hacer venir, a quién observar, a quién hablar?” (p.15).

Pensar en la infancia y adolescencia sin situarlas en un contexto es casi imposible, ya que los niños están sujetos a modelos socioculturales que marcan fuertemente su subjetividad y por ende la van transformando según dichos patrones culturales. Por tanto, para comprender al adolescente hay que tener en cuenta el análisis de los modos de producción de subjetividad que responden a las lógicas del contexto histórico, ideológico, económico y político; contemplar en este punto el impacto directo de la globalización y las

nuevas tecnologías sobre los modos de relacionarse con uno mismo y con el mundo; y observar cómo esto influye en las nuevas modalidades vinculares, las nuevas exigencias y deseos y los nuevos padecimientos, entre otros (Janin, 2017).

Tal como propone Freud, reafirma Klein y años más tarde Capnikas (2018), el niño habla con su jugar sin saber lo que dice, y en el encuentro con el otro, en un encuadre clínico, es posible dar sentido y poner en palabras ese jugar. Esta técnica es considerada por muchos autores la vía privilegiada para atisbar el sentido inconsciente que hay detrás del síntoma. Durante la entrevista, el niño va a estructurar el campo de acuerdo a sus variables internas, permitiendo, mediante la relación transferencial, comprender la situación conflictiva. Además, el juego le permite ser activo en situaciones que fue pasivo; es una forma de lenguaje en la que él puede ejercer dominio, repetir situaciones, modificar finales y desplazar al exterior miedos y angustias (Freire de Garbarino, 2017, pp. 6- 7).

Esto se visualiza en el siguiente extracto de una de las entrevistas realizadas al paciente preadolescente atendido en el marco de este trabajo:

J: Juego a un juego que se llama Free Fire, veo películas, no sé.

Entrevistador: ¿Y cómo es este juego?

J: De matar.

En este juego, el niño mata y su desafío es que no lo maten, lo que le permite elaborar la angustia al desplazar su sentimiento en otro objeto y disminuir de esta forma su ansiedad.

Para dar sentido a este *jugar* se deben tener en cuenta el encuadre, la consigna, los materiales del juego (más conocido como la caja de juegos) y la interpretación. Los diferentes juegos y juguetes que el niño elige para jugar van cambiando con la edad, acompañando su desarrollo, necesidades y las fantasías predominantes en cada período de su vida. Sin embargo, los mismos no están desprendidos del contexto cultural en donde está inserto el niño. En la actualidad, internet, los juegos interactivos y otros medios electrónicos constituyen una parte esencial de la cotidianeidad en niños y adolescentes. En el caso de estos últimos, para comprenderlos se recurre principalmente a la técnica de la entrevista psicológica, aunque no se descarta que el chico pueda sugerir incluir algún tipo de juego durante la sesión.

Hay que tener en cuenta que en la transición adolescente adquiere toda su fuerza la expresión de la rabia, en la cual, por medio de la regresión, la eclosión afectiva actualiza e incentiva el proceso de separación-individuación. Por esta razón, los chicos de esta edad empiezan por lo general a querer estar solos con su psicólogo, vislumbrándose su necesidad de espacios de privacidad e intimidad a la hora de realizar la sesión.

## Nuevos desafíos en pandemia: la clínica y la virtualidad

### ¿Atención virtual o atención remota?

Para el desarrollo de este apartado se realizó una búsqueda de antecedentes a nivel internacional basada en trabajos de psicólogos contemporáneos. La atención psicológica virtual ha sido un complemento de los tratamientos presenciales desde alrededor de 1970, pero su estudio se acentúa a fines de marzo del año 2020 tras la situación de emergencia sanitaria fruto del COVID-19 y las consecuentes medidas preventivas de confinamiento y aislamiento social.

En relación al trabajo clínico tradicional, en palabras de Slaikeu (1994) debe considerarse que hasta este momento la mayoría de las intervenciones están diseñadas para implementarse en encuentros cara a cara entre un psicólogo y un consultante, y se caracterizan principalmente por el intercambio verbal (citado en Vasquez Muriel, 2012).

Estos encuentros presenciales están regidos por un conjunto de reglas, conocido como encuadre o *setting*, mediante las cuales se establece el costo, la frecuencia y la duración de las sesiones; el planteamiento de los objetivos de trabajo según sea la modalidad de intervención; y la designación de roles para cada participante dentro del encuentro, lo que proporciona un marco a la relación que se establece entre un paciente y un psicólogo, distinguiendo la relación profesional psicológica de otro tipo de relaciones.

Coderch (2005) y Fiorini (1995) afirman que el objetivo principal de esta relación profesional, enmarcada en el encuadre, es poder brindar al paciente una sensación de constancia y seguridad durante el encuentro para que pueda confiar en el psicólogo y así establecer la alianza terapéutica que implique su disposición para con el analista y permita iniciar un proceso psicológico (citado en Vásquez Muriel, 2012).

En palabras de Coderch (2002), la figura del psicoterapeuta vale más por lo que representa que por lo que dice. El elemento fundamental de la intervención del psicólogo es la escucha empática, que refiere a la manera en la que se percibe el estado emocional del paciente, no solamente de una forma intelectual sino también emocional.

En Uruguay, en el año 2020, el Gobierno decretó una cuarentena a raíz de la pandemia, lo que limitó la circulación de la población, cambió la realidad cotidiana y afectó a la sociedad en su conjunto. En este contexto, los profesionales a cargo de la salud mental debieron adaptar los abordajes clínicos y lidiar no solo con los miedos de los pacientes sino también con sus propios temores e incertidumbre. El aislamiento social obligó a los psicólogos a suspender las consultas presenciales y aceleró la adopción de tecnologías para continuar dando atención en los servicios psicológicos. En su mayoría, los psicólogos optaron por priorizar al paciente y acompañarlo en su sufrimiento de la única manera posible, a través de

medios remotos como llamadas telefónicas, Skype, Whatsapp, Zoom, audios y correos electrónicos. Se comenzó a utilizar así una modalidad diferente a la habitual, lejos del consultorio y del “cara a cara”, invitando al paciente a dar lugar a la escucha en forma virtual. En este punto se visibiliza cómo los avances tecnológicos y las transformaciones culturales que se vienen viviendo a nivel mundial, puntualmente el uso extendido de internet, han facilitado el acceso a los servicios psicológicos, principalmente en aquellas situaciones en las que el acceso oportuno a estos servicios es limitado.

Así lo afirma Di Biasi (2020): “La terapia online tiene beneficios específicos: es posible tener una sesión mediante la pc, la tablet o el celular, desde cualquier lugar del mundo, con horarios programados (...). No requiere el traslado del paciente ni del terapeuta, con ahorro de tiempo y dinero: es eficiente” (p. 26).

Además, la autora considera que las sesiones virtuales tienen como ventaja, respecto a las presenciales, la posibilidad del anonimato para el paciente, ya que al realizar la sesión desde su residencia, protege su privacidad evitando ser visto por conocidos ingresando al consultorio.

En relación a esto, Ellerman (2007) señala que, al menos desde el Renacimiento, los diferentes avances tecnológicos han sido recibidos con ambivalencia por parte de las sociedades, ya que al mismo tiempo que prometen facilitar la vida de los seres humanos exigen cambios que suponen algún tipo de resistencia (citado en Coderch 2002).

A su vez, Carlino (2010) indica que también los psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas percibieron con ambivalencia la inclusión de las tecnologías de la comunicación en tratamientos psicológicos, pudiéndose distinguir tres puntos de vista: aquellos profesionales que están de acuerdo y asumen las intervenciones online como una herramienta válida; los que se niegan a ellas; y los que se muestran indiferentes y no se manifiestan sobre el tema. (citado en Vásquez Muriel, 2012).

Luque (2009) destaca el impacto que las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han tenido tanto en las prácticas comunicacionales y científicas como en los ámbitos del trabajo y la salud. A este respecto habla de la *cyberterapia* como una nueva modalidad de abordaje terapéutico, diferente al modelo tradicional, que implica la incorporación de estas tecnologías como complementos de la praxis psicoterapéutica y genera nuevas formas de prestar asistencia a personas ubicadas en otros puntos geográficos. La autora plantea dos motivos por los que se opta por emplear la ciberterapia: porque no hay alternativa, como ocurre en un entorno de pandemia en el que se busca dar respuesta a una demanda en el marco de una crisis mundial que implica el aislamiento; o porque su aplicación brinda mayores beneficios que el tratamiento psicoterapéutico tradicional.

A partir de esta nueva modalidad en la práctica psicológica, y siendo conscientes de que estas transformaciones pueden obstaculizar en cierto modo el sentido de la singularidad,

la permanencia y la continuidad del encuadre tradicional, surgen algunas interrogantes que interesa atender.

Dice Juarroz (2020):

La pandemia sustrajo el cuerpo de los lazos, y esa sustracción llega a los consultorios (...) el cuerpo restado al máximo, el celular sobre el diván -en vez del paciente recostado- y el barbijo “tapa-boca” del analista, entonces me pregunto: ¿puede un tratamiento sostenerse telefónicamente?, ¿cuándo atiendo por video o por Skype?, ¿qué implica atender de un modo u otro?, ¿cómo pensamos la transferencia en estas condiciones y la resistencia, que siempre es del analista? (p. 2).

Para dar respuesta a estas interrogantes es necesario pensar en restituir al psicoanálisis algo que solo podrá hacerse redefiniendo sus abordajes técnicos, lo que no invalida sostener con firmeza sus principios fundamentales.

En base a esto, y respecto al futuro del psicoanálisis, Green (1986) plantea:

Por un lado, si mantiene con rigidez su postura clásica, el psicoanálisis tal vez se aferre a un cadáver embalsamado y tieso (...). La alternativa es un psicoanálisis que, renovándose periódicamente, trate de extender su campo, repensar sus conceptos hasta la raíz, exponerse a la autocrítica” (citado en Szapu de Altman, 2020).

Acquarone (citada en Catz, 2000), señala que ya en 1970 se pudo recurrir al teléfono como una ayuda técnica en el tratamiento de pacientes psicoanalíticos. Años más tarde, gracias a los avances tecnológicos aparece Skype, que permite trabajar con el paciente a través de videollamada. Pese a que este recurso presenta distorsiones en la voz, gestos y movimientos ocasionados por problemas de conectividad -lo que provoca una deformación en el encuentro-, el hecho de que añada imagen a la voz permite ver y apreciar al paciente y lo que éste puede aportar a la sesión mediante la comunicación corporal.

Así nace el “Psicoanálisis a distancia”, denominación que lo distingue del psicoanálisis tradicional y constituye una forma alternativa de implementación clínica que implica que la consulta se realice fuera de un consultorio. Después de dos décadas de que un creciente número de profesionales adoptara esta práctica virtual, la misma se empezó a generalizar, y el método adquirió una identidad y nombre propio: *cyberanálisis*, en un proceso que supuso la adquisición de un encuadre específico y adecuado.

En la actualidad, Carlino (2020) afirma que el *cyberanálisis* debe ser concebido desde su propia estirpe analítica y no corresponde que sea comparado con el método de análisis clásico, ya que ambos tienen su propio *setting* y por tanto cada uno requiere un abordaje específico.

Juarroz (2020) describe la “atención remota” como la inauguración de una modalidad nueva que llega para quedarse y ser pensada. De este modo, la hiperconectividad se impone como una alternativa frente al aislamiento, mediante dispositivos tecnológicos que ayudan a estar conectados con otros y permiten diferenciar el *distanciamiento social* de la *distancia física*, advertidos de que las relaciones no pueden ser “digitalizadas”.

A este respecto, Carlino (2020) propone la expresión *presencia comunicacional*, en referencia a la posibilidad de que exista un encuentro efectivo entre psicólogo y paciente, aunque haya distancia física entre ambos. “No se trata de un lugar físico, sino de un punto de confluencia comunicativa entre dos personas físicamente distantes, pero no ausentes. Aporta a ello una efectiva sensación de contacto y de encuentro comunicacional (p. 22).

### ¿Cómo?

Para lograr un trabajo virtual enriquecedor, se requieren lineamientos y sugerencias respecto a los elementos clínicos, técnicos y éticos que permitan desarrollar un quehacer profesional responsable y garanticen la protección del consultante durante su abordaje virtual. Entre otros, se debe tener en cuenta los siguientes aspectos que propone Cayedo (2020), muchos de los cuales se ejemplifican en apartados posteriores, mediante la viñeta clínica:

- Tanto el consultante como el terapeuta deben contar con la tecnología y conexión que permitan el desarrollo del proceso, sin interrupciones que puedan afectar el intercambio.
- Es importante que ambos estén familiarizados con la tecnología, por lo que hay que garantizar que ambos conozcan y tengan las competencias informáticas básicas para su uso.
- De no ser así, el terapeuta debe entrenar al consultante en el uso de las aplicaciones de manera empática.
- Es fundamental que el paciente sienta conformidad frente al uso de la tecnología para tratar sus asuntos privados y garantizar la privacidad del espacio donde se va a desarrollar la consulta, tanto para el terapeuta como para el consultante.
- Para evitar interferencias entre terapeuta y consultante se debe eliminar todo tipo de elementos distractores, considerando para ello tanto el contexto físico como el virtual. Para eso, el psicólogo debe intentar mantener la neutralidad y evitar situaciones que impliquen autorrevelaciones no intencionales o pérdida de la confidencialidad, la presencia visible de elementos personales (como fotografías), lo que interferiría en el proceso terapéutico.

- El terapeuta debe además mantener la estabilidad evitando hacer cambios en el contexto de atención.
- Para aumentar la posibilidad de centrar la atención del consultante, se le debe pedir que antes de comenzar la sesión cierre otras ventanas en su ordenador y silencie el móvil mientras se desarrolla el encuentro.
- La iluminación debe ser adecuada con el fin de asegurar la observación del consultante y del terapeuta. Para esto, se debe tener en cuenta la calidad de la cámara, buscando que ambos tengan un campo visual lo más amplio posible y así mejorar la observación de la conducta no verbal.
- Previo al encuentro se recomienda verificar los equipos y la velocidad de la conexión a internet.
- Es recomendable realizar la atención telepsicológica desde un consultorio, ya que esto facilita el establecimiento de límites terapéuticos y el mantenimiento del nivel de intimidad adecuado. Se considera apropiado mantener el espacio de trabajo alejado del espacio personal en términos del autocuidado del terapeuta.

Carlino (2020) agrega que la ausencia del espacio físico del consultorio conlleva a que el encuentro este regido por *settings* analíticos ocasionales que pueden desestabilizar el piso de las resistencias, surgiendo así una mayor espontaneidad y transparencia por parte del paciente, ya que desde diferentes “salsas”, éste puede revelar sus diferentes facetas. Estos ámbitos ocasionales y diferenciados pueden suponer, por ejemplo, que el psicólogo tenga que realizar la sesión desde su propia casa o que el paciente lo haga desde diferentes lugares.

Pese a la practicidad de las tecnologías, interesa puntualizar también que aquello que se produce con los cuerpos presentes no sucede cuando los cuerpos no lo están. En el consultorio se ponen en juego miradas, gestos, ruidos, olores, y se detectan expresiones gestuales del paciente que indican las fantasías ocultas que pueden tener una representación en ciertas perturbaciones del equilibrio corporal, por lo que la interpretación que realiza el analista no es palabra separada del cuerpo. Lo virtual, por tanto, implica por momentos la pérdida de este tipo de manifestaciones corporales que son difíciles de identificar a distancia, y la correspondiente oportunidad de intervenir.

Di Biasi (2020) afirma a ese respecto: “La forma en la que estamos ‘en línea’ no es con nuestro cuerpo, capaz de proveer un sinfín de gestos comunicativos no-verbales, sino a través de las marcas visuales diseñadas para la aplicación, que simplemente indica que estamos presentes”.

A su vez, Cruppi (2020) destaca que, mediante el análisis virtual, la transferencia prescinde de los cuerpos, sesgando la riqueza del lenguaje corporal. El cuerpo como lugar privado donde se inscriben marcas y signos que aluden a la identidad, así como a su imagen -la marca personal-, se encuentran intervenidos por la tecnología. La impronta de lo sensorial y de la “mirada” queda sesgada, ya que la relación digital impide mirarse directamente a los ojos y plantea una especie de panóptico donde todo se ve. Habitar la dimensión virtual invita a sumergirse en la web en *solitud*, haciendo referencia a un lugar desierto, sin compañía, es decir, a un espacio donde se subvierte la relación con el otro al reemplazar el cuerpo a cuerpo por el sonido, la imagen y el texto.

Por otra parte, en estos escenarios complejos de confinamiento ocurren situaciones de vulneración de la privacidad, como la proximidad de otras personas que habitan o visitan el lugar, llegando a veces a irrumpir en la sesión, como ocurre por ejemplo con padres con hijos chicos. Si bien las pantallas permiten reunir a todos los involucrados evitando los inconvenientes de traslado, suponen al mismo tiempo un desafío a la creatividad, la imaginación y sobre todo a la defensa de la intimidad de la sesión. Sobre esto, agrega Levisky: “cuanto más definido e incorporado esté el *setting* analítico mental, más pequeña será la importancia del *setting* geográfico” (citado en Costanzo, 2020, p. 3).

En palabras de Cruppi (2020), “esta situación enfrenta y pone en cuestión al sujeto en relación a su intimidad, su cuerpo, su identidad y sus relaciones. La intimidad se ve alterada por la presencia de la tecnología que constituye un tercero en la escena” (p. 72).

Costanzo (2020) plantea además la necesidad del analista de negociar con su “superyó psicoanalítico” para no sentir que está “traicionando los modelos identificatorios teórico técnicos”. Frente a esta situación es posible que se produzca el fenómeno de la *desidentificación*, lo que puede conllevar una paralización de una parte de la actividad del sujeto o la recuperación paulatina de la integridad y capacidad de crear o adoptar nuevos valores. Algunos se pierden en el camino, no se adaptan al formato por diversas razones o participan de un refugio de negación, manifestando frases como “la semana que viene, en unos días podremos retomar”, lo que a todas luces es no ya improbable sino francamente imposible que ocurra, al menos por unos meses.

Sumado a esto, interesa diferenciar aquellos aspectos que interfieren durante el encuentro virtual y pueden ser ajenos a sus protagonistas, como por ejemplo una conexión deficiente o nula, o también una resistencia propia del paciente, lo que afecta la continuidad expositiva y la escucha, e impide mantener una atención flotante y una libre asociación.

## Caso clínico: J.

### Presentación del paciente:

A continuación se presenta el caso de un paciente con quien se trabajó durante cinco meses, de agosto a diciembre de 2020, destacándose dos aspectos que hacen a la historia clínica del mismo y son importantes a la hora de trabajar con él y repensar sobre cómo llevar a cabo el abordaje clínico virtual.

J. es un preadolescente de 13 años que al momento en que se realizó la intervención reside en un hogar de amparo junto a su madre de 32 años y sus tres hermanos de 9, 8 y 4 años respectivamente, tras verse expuestos a situaciones de violencia doméstica que sufrió su madre. Se encuentra cursando segundo año de secundaria y como actividad extracurricular concurre un día a la semana al Club de Niños, espacio juvenil donde se le ofrecen diversas actividades. El paciente se encuentra atravesando la pubertad, etapa de la adolescencia que dependiendo de concepciones sociales y culturales varía entre los 10 y 14 años. En palabras de Aberastury y Knobel (1984), la pubertad es un momento de transición del desarrollo que atraviesa al niño, que se caracteriza principalmente por la inestabilidad y desequilibrio tanto para el infante como para su entorno más cercano (familia y relacionamiento con pares). En esa etapa el niño se encuentra en relación constante con su medio ante la búsqueda de su nueva identidad; atraviesa un proceso de cambios y desprendimiento; y transita varios duelos, principalmente el abandono del cuerpo e identidades infantiles, para proyectarse gradualmente como adulto, teniendo que reconocer la independencia y responsabilidades que esto implica. Durante esta etapa ocurren además cambios psicológicos y corporales y otras características como desubicación temporal, necesidad de intelectualizar y fantasear, crisis religiosas, actitud social reivindicatoria, contradicciones sucesivas en cada una de sus conductas, constantes fluctuaciones del humor y el estado de ánimo, entre otras (Aberastury y Knobel, 1984).

Es importante destacar que en el caso de J., además de estar transitando esta etapa de su desarrollo marcada por conflictos inter e intrapsíquicos, su cotidianidad está atravesada por condiciones de vulnerabilidad social. Busso (2001) define la vulnerabilidad social como un proceso multidimensional que afecta de diversas formas y con diferentes intensidades tanto a individuos, grupos y comunidades en los distintos planos de su bienestar, y en el que existe riesgo de que el individuo, su hogar o su comunidad sean heridos, lesionados o dañados ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas. Se trata por tanto de un fenómeno que se expresa de varios modos: como fragilidad e indefensión ante cambios en el entorno; como debilidad interior del individuo para afrontar los cambios necesarios y aprovechar las oportunidades que se le presentan, tanto a nivel personal como familiar; y

como inseguridad permanente que paraliza, incapacita, desmotiva e impide pensar estrategias y actuar a futuro para lograr mejores niveles de bienestar.

Las condiciones de indefensión, fragilidad y desamparo, al combinarse con la falta de respuesta y debilidades internas, pueden conducir a que un individuo, hogar o comunidad sufran un deterioro en el bienestar como consecuencia de estar expuestos a determinados riesgos.

Tal como se comentó, J. vive en un hogar de amparo a raíz de haber sido víctima de violencia doméstica, compartiendo los mismos espacios físicos con su madre, hermanos menores y personas fuera de su círculo familiar. Esto significa que el paciente está transitando la adolescencia, en búsqueda de su propia identidad, viviendo en un lugar donde no es posible preservar la intimidad individual ya que todo es compartido y se carece de espacio propio. Estas condiciones disfuncionales de vida del paciente llevan a repensar la práctica a distancia, haciendo visible la dificultad de implementar y sostener un espacio psicológico virtual y un encuadre de trabajo adecuado “en casa”.

### **Contextualización de la intervención psicológica**

Se describen a continuación las condiciones en las que se llevó a cabo la intervención psicológica virtual con el paciente; la forma como surge la demanda de la consulta, la modalidad de abordaje y los objetivos planteados. Para ello, se toman algunos aportes del trabajo final grupal; requisito para la aprobación de la instancia práctica clínica.

Esta intervención psicológica fue llevada adelante por dos estudiantes del Ciclo de Graduación, y el material clínico fue posteriormente analizado por un grupo de cuatro estudiantes supervisadas semanalmente por la docente responsable de la intervención.

A raíz de la emergencia sanitaria por COVID-19, el encuadre de la intervención psicológica tuvo que modificarse, pasando de presencial a virtual a través de la plataforma Zoom o videollamada, según los casos. La misma se implementó en función de las posibilidades con las que se contó en ese momento, priorizando siempre en atender el pedido de ayuda de los pacientes, a sabiendas de que su situación se vería agravada por las repercusiones afectivas y emocionales de la pandemia y el aislamiento. Se buscó, por tanto, transformar y adecuar la intervención con el fin de brindar la mejor respuesta posible, sin descuidar las medidas preventivas impuestas por el gobierno.

En este caso, la respuesta fue iniciar, en agosto de ese año, una intervención psicológica, concretamente un proceso psicodiagnóstico, a este preadolescente.

### **Pedido de ayuda: entrevistas como instrumento**

En términos generales, se conceptualiza la entrevista psicológica como uno de los instrumentos fundamentales del método clínico y la psicología para atender el pedido de ayuda de un paciente y dar respuesta a la consulta. La aproximación a esta herramienta interesa, ya que fue la utilizada por las estudiantes para mantener los encuentros con el paciente y su mamá. Referentes en la temática como Bleger (1985), y más tarde Albajari (2007), consideran la entrevista psicológica dentro de la consulta como la principal herramienta para acceder a la demanda que llega al profesional en el ámbito clínico y para la investigación. Importa distinguir que consulta no es sinónimo de entrevista, ya que ésta última es sólo uno de los procedimientos con los que el técnico o profesional, psicólogo o médico, atiende en la consulta.

Interesa profundizar sobre la entrevista psicológica, entendiéndose como aquella herramienta que persigue fines psicológicos tales como investigación, diagnóstico o tratamiento, y apunta a recepcionar el o los padecimientos del sujeto, comprender qué le ocurre y elaborar hipótesis sobre la etiopatogenia de la problemática, orientando y permitiendo al profesional definir cuál es la mejor estrategia de tratamiento para su resolución. En este caso, lo que se buscó fue comprender la conflictiva del adolescente a través de una intervención diagnóstica.

Albajari (2007) invita a pensar el campo de la entrevista como algo dinámico y no estático, diferenciando dos papeles durante el encuentro: si bien el entrevistado es quien configura el campo, el entrevistador juega un rol activo guiando la entrevista. Algunos de los elementos que se ponen en juego durante este tipo de encuentro son: el encuadre; la transferencia; la contratransferencia, resistencias y ansiedades, la escucha clínica, la neutralidad y la abstinencia. Estos elementos hacen a la situación clínica, por lo que se considera pertinente describirlos uno a uno más allá de que a lo largo de esta producción teórico-clínica será posible identificarlos a través de algunos ejemplos. No se pretende, sin embargo, profundizar en ellos, puesto que no son el objetivo principal de este trabajo.

**Encuadre:** De Urtubey (1999) indica que el tratamiento está delimitado por el encuadre, elemento que permite el desarrollo de la situación analítica en sus límites protectores, marcando la asimetría entre el lugar que ocupan el paciente y el terapeuta y permitiendo diferenciar sus roles durante el proceso. El encuadre es fijado por el analista (invariable) y debe ser respetado por el paciente una vez establecido el contrato analítico, al inicio del encuentro. La configuración de un encuadre formal es uno de los elementos que confiere identidad al analista, quien lo delimita según el modelo teórico que sustenta su práctica. Esta

imagen de sí mismo, junto a la internalización de su propio análisis, sirve de encuadre interno al analista.

Rosenfeld y Avrutin (2004) hablan de un conjunto de variables que el entrevistador establece como constantes, operando como marco de referencia que le permite inferir los significados que subyacen en la conducta del entrevistado. Esto le permite establecer parámetros constantes, diferenciando los roles, el tiempo y el lugar en los que la entrevista se desarrolla. Interesa destacar que cualquier tipo de interpretación que se dé fuera del espacio analítico, donde se pierde el encuadre, no tiene ningún valor terapéutico. Los componentes que hacen al encuadre, pautados por el terapeuta, se caracterizan por ser invariables y son los siguientes: mantener un número establecido y regular de sesiones de unos 45 o 50 minutos; establecer que el pago de los honorarios se realice en forma regular; que se cobren las sesiones a las que el paciente falta; anunciar con antelación los periodos de sus vacaciones y la reserva de éste en cuanto a su persona; priorizar al paciente para el uso y la libertad de la palabra. Freud reconoce a este último elemento como la regla fundamental: el espacio donde se da pie al paciente para que relate todo aquello que surja espontáneamente y que el analista debe mantener como secreto profesional. Este aspecto había sido ya abordado por Bleger (1985), quien indicó que dentro del encuadre psicoanalítico se incluyen el rol del analista, factores como espacio (ambiente) y tiempo, y elementos de la técnica, como el establecimiento y mantenimiento de horarios e interrupciones regladas, entre otros. El encuadre es un requisito previo y concomitante de las interpretaciones, funcionando ambos como elementos complementarios. Sin un encuadre fijado, se dificulta que lo reprimido en la profundidad del inconsciente se convierta en contenidos comprendidos, interpretados y elaborados por la pareja analítica.

**Transferencia y Contratransferencia:** son mecanismos inconscientes que se dan durante la entrevista y sirven para lograr un mejor abordaje durante el encuentro. Uno de los elementos relevantes para el conocimiento del entrevistado en la situación de entrevista es la transferencia. Etchegoyen (1986), centrado en aportes psicoanalíticos de Freud, la define de la siguiente manera:

Es una peculiar relación de objeto de raíz infantil, de naturaleza inconsciente, y por tanto irracional, que confunde el pasado con el presente, lo que le da su carácter de respuesta adecuada, desajustada, inapropiada. La transferencia, en cuanto fenómeno del sistema icc, pertenece a la realidad psíquica, a la fantasía, y no a la realidad fáctica. Esto quiere decir que los sentimientos, deseos, impulsos que aparecen en el momento actual y en relación con una determinada persona, no pueden explicarse en términos de los aspectos reales de esa relación y en cambio sí se los refiere al pasado (pp.98-99).

Bleger (1985) afirma que es en la entrevista donde el consultante actualiza sentimientos, actitudes y conductas correspondientes a pautas que ha establecido en el curso de su desarrollo, especialmente en la relación interpersonal con su medio familiar. Debido a esto, el paciente asigna roles al entrevistador, sin tener conciencia de ello, y se comporta en función de estos, es decir, traslada situaciones pasadas a una realidad presente. En respuesta a la transferencia del paciente, surgen por parte del entrevistador fenómenos contratransferenciales a los cuales se tiene que prestar particular atención. Freud (1910) define la contratransferencia como “la respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del paciente, como el resultado de la influencia del analizado sobre los sentimientos inconscientes del médico” (citado en Etchegoyen, 1986, p. 237).

En relación a la entrevista, Bleger (1985) asocia contratransferencia a los fenómenos que surgen en el entrevistador como emergentes del campo psicológico que se configura en esa situación, es decir, la respuesta que el psicólogo tiene frente a las manifestaciones del paciente o los efectos que éstas tienen sobre él. Si bien en algún momento se consideró a la contratransferencia como un elemento perturbador de la entrevista, en la actualidad es tarea del clínico registrar su aparición como emergente de la situación presente, producto de la reacción que provoca el consultante.

**Ansiedad y Resistencia:** La ansiedad es un elemento psicológico que suele aparecer durante la entrevista y debe ser observada por el entrevistador. Atraviesa tanto al entrevistado como al entrevistador, ya que ambos se enfrentan a un hecho desconocido que modifica sus pautas de conducta anteriores, y ante el cual no tienen todavía estabilizadas pautas relacionales adecuadas. En este marco, el sujeto se enfrenta a una parte desconocida de sí mismo, por lo que esta situación no organizada implica una cierta desorganización de la personalidad de cada uno de los participantes. Esa desorganización es la ansiedad (Bleger, 1985).

Dice Vallaza (2007):

Los estados de resistencia y ansiedad no deben ser suprimidos ni dejados de lado, sino que deben ser tenidos en cuenta para acceder a aquellos factores que los generan y operan sobre ellos. “Las ansiedades que se generan por tener al otro enfrente tienen también que ver con quedar expuesto a su mirada, mirar y poder sostener, contener con la mirada, capacidad indispensable para el desarrollo de la actitud clínica” (p. 30).

**Neutralidad y Abstinencia:** Otro de los elementos que constituye el encuadre es la neutralidad por parte del analista. Este vocablo proviene del latín y significa *ni uno ni otro*. La neutralidad consiste en un proceso de control del yo que permite al analista tomar la distancia

requerida respecto a la situación para lograr la toma de conciencia, evitando implicarse sentimentalmente con el paciente.

En cuanto a la abstinencia, Paciuk (2002) la define como el acto del analista de no intervenir en la vida del paciente, no solo en lo que respecta a demandas afectivas o sexuales sino también a la identificación proyectiva. El analista debe ser capaz de suspender sus tomas espontáneas de partido frente a la vida del paciente. El término neutralidad no sólo alude a su postura frente al paciente sino también frente a sí mismo: es la norma interna que rige el trabajo del analista, ya que propicia una actitud de cuestionamiento a su sentir, su pertinencia.

**Escucha Clínica:** El objetivo del psicólogo clínico es comprender al consultante, entender por qué está allí y qué le sucede. Para acceder a esa conflictiva debe valerse de una serie de herramientas, entre otras la *escucha clínica*. Consiste en una modalidad de intervención no verbal, que, mediante la observación activa de la escenificación, la corporeidad, la emocionalidad y el tono de comunicación de quien consulta, permite al psicólogo clínico escuchar lo manifiesto y lo latente del discurso del entrevistado. Levaggi (2007) hace hincapié en la necesidad de que la escucha sea lo más libre posible, dirigiendo al clínico al verdadero sentido que trajo al sujeto a la consulta. De ese modo el psicólogo va construyendo sus inferencias, es decir, planteando hipótesis que permitan dar sentido a aquello que preocupa al paciente. Guerrero y Fernández (1989) afirman que la escucha posibilita revelar aquello que está oculto, a lo cual solo es posible acceder si se escucha con atención, no actuando directamente sobre el síntoma sino más bien atravesándolo para comprender su sentido. La escucha clínica refiere más comprensión de la situación que a la cura, ya que es un proceso limitado en el tiempo que busca, principalmente, conocer y dar respuesta al pedido de ayuda.

## Análisis y articulación teórica: reconfiguración del campo en lo virtual

### Encuentros y desencuentros.

A continuación, se describen y analizan fragmentos de las entrevistas realizadas en el marco del psicodiagnóstico hecho a J. en forma virtual. Estas instancias contaron con la participación de: una entrevistadora, rol que en la entrevista de recepción ejerció la profesora a cargo del curso y durante el resto del proceso una de las estudiantes de graduación; un observador participante, que era una estudiante que solo tomaba apuntes durante el encuentro; la madre de J y J.

Se destacan aquí aquellos elementos de los que ya se habló anteriormente, que hacen a la configuración del campo psicológico y la entrevista, ya enmarcados en un contexto de virtualidad, pudiendo identificar entre ellos los encuentros y desencuentros que se pueden producir en la clínica desde este espacio “no tradicional” y cómo esto repercute en la intervención del psicólogo

En términos generales, Bleger (1985) señala que es posible diferenciar dos tipos de pacientes: aquel que viene a la consulta por voluntad propia y el que es traído por un tercero (como en el caso de J.). Respecto al primer caso, según el autor, para que una persona concorra a una entrevista por voluntad propia debe haber llegado a una cierta percepción o *insight* de que algo no anda bien, que algo ha cambiado o se ha modificado, o se percibe a sí mismo con ansiedad o temores. Tal como se ejemplifica en las dos entrevistas que siguen, J. representa un ejemplo de los pacientes que son llevados a la consulta por otras personas. La solicitud del espacio psicológico para J. la realizó su madre, quien estableció el primer contacto por teléfono. La demanda en este caso no es propia. Su madre se refirió a los motivos de la consulta de la siguiente manera: “Pensamos buscarle ayuda, es tímido”.

Desde la perspectiva de Janin (2013), el pedido da lugar a un momento de “apertura” en el que se concretan las primeras entrevistas, se va consolidando y clarificando la demanda y definiendo el terreno. En esta instancia se esboza quién pide y qué es lo que se pide; quién es el que sufre y por qué; al tiempo que se comienza a identificar de qué tipo de conflictiva se está hablando, si los conflictos son intersubjetivos o intrapsíquicos, y cuáles son sus determinantes.

A lo largo del proceso de psicodiagnóstico, se pudo percibir en varias oportunidades que el adolescente no era consciente de su situación. Asimismo, manifestó de manera expresa su resistencia al proceso, postura que pudo haber sido influenciada por el hecho de que la demanda no partió de él. Sin embargo, a pesar de la desconexión entre el discurso materno y el del joven, se priorizó darle un espacio propio en el que pudiera hablar de sí mismo, con el fin de determinar si en algún momento se podía producir una demanda propia.

### **Extracto de la entrevista en la que se expresa la demanda de la madre de J.**

Madre: Pensamos buscarle ayuda, es tímido-. J. comienza a hablar por lo bajo, no se logra entender lo que dice.

Madre. Cállate J.

Entrevistador: ¿Estás de acuerdo con lo que dice tu mamá?

J: Más o menos.

### **Extracto de la primera entrevista con J. donde se evidencia que la demanda no es propia.**

Entrevistador: Ella (por la mamá de J.) nos dijo que te veía un poco triste, un poco tímido y también nos contó que...

J.: Triste no.

Entrevistador: ¿Eh?

J.: Triste no.

Entrevistador: Ah, ¿triste no? Y que también a veces estabas un poco enojado con tus hermanos. Contanos tú, a ver qué te parece todo eso y cuál es tu mirada, cuál es tu opinión.

J.: Y no sé, si mi madre me dijo para hacer esto por algo será. Yo no lo quiero hacer, pero mi madre me obliga a hacerlo.

Entrevistador: ¿Y tú por qué no lo querés hacer? Contame.

J.: Porque no me gusta hacer eso.

Wender y Puget (1982) sostienen que es recomendable trabajar con un paciente desde un formato virtual, principalmente cuando está en tratamiento desde hace un tiempo en una consulta regida por un encuadre tradicional con ese analista. "Cuando el analista y el paciente tienen el deseo de continuar el análisis, el tratamiento continúa a pesar de las dificultades que puedan presentar circunstancias extraordinarias, siendo estas padecidas tanto por el paciente como por el analista, una vez que los mundos de ambos quedan superpuestos (citado en Zusman de Arbiser, 2020).

En este caso, J. llega a la entrevista sin ningún trabajo previo desde un encuadre tradicional, en consultorio presencial. Cabe destacar la complejidad que presenta esta situación, al darse en un contexto virtual en el que se le solicita a un preadolescente de 13 años que ponga su cuerpo frente a una pantalla y se presente ante extraños sin su consentimiento y en contra de su voluntad. Esto implicó una experiencia nueva tanto para J. como para las estudiantes a cargo del encuentro, y despertó en los involucrados sentimientos alternados de frustración, ansiedad y resistencia que se manifestaron en encuentros posteriores.

Respecto a esto, Bleger (citado en Albajari 2007), dice que es posible que durante la entrevista aumenten los momentos de ansiedad por parte del consultante, debido a que se enfrenta a una situación nueva, de la cual no tiene control y en la cual, además, se ve obligado a exponer ciertos aspectos de su personalidad frente a un desconocido y sin saber cuál será el destino de dicha información, todo lo cual puede promover en el adolescente ansiedad de tipo paranoide.

### **Extracto de entrevista en la que se refleja la ansiedad de J.**

J.: No me gusta hablar.

Entrevistador: ¿Con nadie o con nosotras?

J.: No me gusta hablar con ustedes.

Entrevistador: ¿Por qué no te gusta?

J.: Porque no me gusta.

Entrevistador: ¿Porque no nos conocemos? ¿Porque somos grandes?

J.: Porque no las conozco.

La virtualidad, que se presentó como única alternativa para el desarrollo de la práctica, permitió que, pese a las restricciones de movilidad, todos los involucrados pudieran reunirse en un mismo tiempo y espacio, evitando así poner en riesgo la salud en medio de la pandemia.

Tal como plantea Luque (2009), el uso de dispositivos electrónicos no solo habilita nuevas formas de prestar asistencia a personas ubicadas en otras dimensiones espaciales, sino que también permite generalizar el acceso de la atención psicológica.

En relación al elemento del encuadre, al igual que en la clínica tradicional, se definió al comienzo del primer encuentro, ubicando al paciente y al terapeuta en un tiempo y espacio fijos, e indicando dónde y cómo se pretendía trabajar, con el fin de darle estabilidad al tratamiento a través de la persona del psicoanalista. Para esto, se tomaron algunos aportes de Reubins Markman (2020), autora referente en la consulta psicológica virtual o remota, quien plantea que para poder repensar la práctica es fundamental ser más flexibles en cuanto a la modificación y adaptación del encuadre a la nueva situación.

La docente a cargo de la práctica fue quien realizó la videollamada de recepción, en la que se les explicó a J. y su madre cómo se iba a desarrollar el proceso y se precisó que ambos participarían en esa primera instancia, y que luego, en las siguientes dos o tres oportunidades, se trabajaría solo con el niño. Se aclaró además que, en caso de continuar con el proceso, las futuras entrevistas estarían a cargo de las estudiantes de graduación y se realizarían una vez por semana, en días y horarios preestablecidos.

Debido a que dichas entrevistas debían realizarse a través de videollamadas, se destacó la importancia de contar con un dispositivo electrónico y conexión a internet

adecuados. Asimismo, a diferencia del consultorio presencial, al cual el paciente debe dirigirse para tener el encuentro, en este caso se debía buscar un lugar en su propia residencia que estuviera apartado del resto de la familia y otras personas convivientes; un “espacio privado” que ofreciera las condiciones aptas para desarrollar la sesión virtual. También se solicitó que el niño contara con materiales para trabajar tales como hoja, lápiz, colores y algún juego de su interés. A diferencia de lo que ocurre en la consulta presencial, donde estos elementos los ofrece el psicólogo en el consultorio, en esta modalidad los elementos pertenecen al paciente. Finalmente, se habló de la importancia de tener una entrevista de devolución únicamente con la mamá, para dar un cierre al proceso y puntualizar algunos aspectos a modo de orientación.

No obstante, aun habiendo establecido fecha y hora de consulta en el contrato con el paciente, fue difícil mantener las variables del encuadre fijas y constantes: en la primera fecha acordada, la madre no se conectó porque estaba en el médico con un pico de diabetes. En la segunda, no fue posible tener la entrevista porque ella no encontró un espacio de intimidad apropiado en el lugar donde viven. Recién en la tercera fecha acordada se pudo realizar la primera entrevista por videollamada, con algunas dificultades en la conexión.

Rosenfeld (2015) afirma que el método analítico mediado por telecomunicación tiene sus propias reglas “y requiere una cuota de colaboración de la parte adulta de la personalidad del analizante”.

Y agrega:

Ambos participantes contribuyen con los aspectos materiales del encuadre, cada cual desde su propio lugar deben estar atentos a las reglas que de por sí impone el método, ya que no hacerlo puede relacionarse con alguna resistencia o una renegación de la realidad comunicativa (citado en Carlino 2020).

En el caso de J., la concreción de las entrevistas sufrió algunos desencuentros que permitieron reflexionar sobre cuánto habría de falta de compromiso o resistencias propias del paciente y cuánto de contexto de vulnerabilidad jugando en contra de la demanda.

De Urtubey (1999) sostiene: “Una de las causas principales de angustias contratransferenciales son las rupturas del encuadre, a veces vividas por el analista como catastróficas (ausencias repetidas, rehúso del paciente a pagar las sesiones faltadas...), que impiden la prosecución del trabajo y plantean interrogantes concernientes a la parte desempeñada por la contratransferencia en el desencadenamiento y la persistencia de esas perturbaciones” (p. 4).

Frente a las rupturas del encuadre interesa destacar la importancia de que el analista mantenga su propio encuadre interno.

Dice Tabacvof (2020):

La interiorización del encuadre analítico es la condición *sine qua non* para lograr de manera sobria ser un 'analista sin diván', o, aun más allá, para garantizar el encuentro con el paciente convirtiéndose en una figura inmaterial. El encuadre interno del analista es aquello por lo que un paciente construye también en su interior un marco para su propio psiquismo. Cualesquiera sean las circunstancias (p.24).

En relación al desarrollo de las entrevistas, éstas se realizaron semanalmente. J. y su madre lo hicieron desde la residencia en la que vivían, en un espacio que le fue cedido para ese fin. Las estudiantes llamaban cada semana en el día y la hora pactados, pero a veces el comienzo de la sesión se retrasaba por problemas de conexión. También se presentó el obstáculo de que el celular a través del cual J. y su madre se comunicaban pertenecía a ese centro, por lo cual era atendido por una funcionaria que luego le pasaba el teléfono a J.

El espacio designado para que J. y su mamá pudieran participar en las entrevistas era una habitación del hogar usada por los niños para tener sus clases de apoyo con la maestra de la institución, y por esa razón no siempre estaba disponible únicamente para J. Geográficamente, el salón estaba situado entre el comedor del hogar y el patio donde todos los residentes acuden en su tiempo libre. Un espacio, por tanto, en el que abundan elementos distractores: mucho ruido, tránsito de personas y movimiento, y donde el niño transmitía estar en constante estado de alerta, aspecto que la videollamada permitió detectar.

Es aquí donde se hace visible el planteo de Carlino (2010): el encuentro virtual con el paciente está regido por otros *settings* analíticos ocasionales que difieren del establecido para llevar a cabo la sesión en el consultorio. Mediante la modalidad virtual, el paciente abre las puertas de su hogar al analista, permitiendo en cierto modo un acercamiento a su realidad cotidiana y generando una interacción distinta a la que se da en la presencialidad, ya que se tiene acceso a aquella realidad propia del sujeto que muchas veces queda fuera de la situación analítica que se desarrolla en el consultorio.

En contrapartida, Acero (2020) afirma: "Una de las desventajas más grandes y discutidas de usar la tele psicología, son los riesgos con respecto a la privacidad, la confidencialidad y la seguridad de los datos" (p.16). Es por esto que interesa prestar atención al juego entre la privacidad, el espacio virtual y la vulnerabilidad social que atraviesan a este paciente, quien no cuenta con los recursos tecnológicos y espaciales propios y/o necesarios para llevar adelante las entrevistas. A partir de estas circunstancias surge la siguiente interrogante: ¿Cómo se hubieran desarrollado los encuentros con el consultante si éstos hubieran sido presenciales -en consultorio- o virtuales, pero desde su propio hogar?

Haciendo referencia a las características de la etapa de desarrollo que atraviesa J., Catz (2020) destaca que, por lo general, los chicos a esta edad empiezan a querer estar solos con su analista. Pero a diferencia de lo que ocurre en el consultorio, el espacio virtual, en su casa, y en este caso en particular en un hogar de acogida, implica al adolescente esbozar la necesidad de estar a solas y tener espacios de privacidad, algo muy difícil de alcanzar en tiempos de cuarentena y en un lugar donde predomina el orden de lo colectivo. Dadas las condiciones de vivienda de este paciente, donde todo es compartido, interesa repensar: ¿son únicamente dos los participantes del encuentro cuando el trabajo es virtual? ¿Qué lugar se le da a la intimidad y privacidad en esta modalidad de abordaje?

A continuación, se despliegan algunos fragmentos de una entrevista con la mamá de J., que ayudan a comprender la conflictiva del niño en relación a la falta de intimidad y privacidad:

Madre: Ponele, cuando él me quiere contar algo me dice “¿vas al supermercado “Mariemar”? Yo voy contigo”, porque de la puerta para afuera podés hablar, porque (dentro del hogar) aunque estés en el piso de arriba te escuchan.

El espacio en el que se daban los encuentros era oscuro, y dado que el módem estaba a varios metros de allí, en la recepción del centro, la conectividad era inestable, dificultando la comprensión de las entrevistas tanto para las estudiantes como para J. Había momentos en que había que pedirle que se cambiara de lugar, que intentará conectar el teléfono nuevamente o que repitiera lo que estaba diciendo. Esta situación despertaba en las entrevistadoras, en términos de contratransferenciales, respuestas de ansiedad y frustración difíciles de manejar, que se vieron proyectados hacia el niño en algunas intervenciones. A esto se sumó la dificultad de hacer visibles los gestos y movimientos del paciente frente a la pantalla para un posterior análisis.

### **Ejemplo del diálogo entre J., el entrevistador y observador participante en el que hubo problemas de conectividad:**

J.: No se escucha bien.

Entrevistador: Ahora sí, se corta ¿viste? ¿Vos escuchás bien?

Observador Participante: Sí, yo ahora sí. J., ¿cómo nos escuchás ahora?

Cualquier cosa nos consultás si no entendés o tenés alguna duda.

J.: No te escucho nada.

Entrevistador: A ver si ahora me escuchás, te preguntaba cuáles son las cosas *de grandes* de tu edad, porque decís que ellos (sus hermanos) hacen *cosas de chicos*. Y cuáles serían las cosas de grandes que no podés jugar con ellos.

En el transcurso de las posteriores entrevistas, a partir de que J. se sentaba en una silla frente al celular y hasta el término de éstas, se lo percibía incómodo, un poco nervioso, contestando únicamente lo que se le iba preguntando. Se observaba una actitud de resistencia, defensiva, negadora y evitativa de su parte. Decía estar bien, no saber por qué estaba en esa entrevista; expresaba no querer el encuentro, decía que no le gustaba hablar con nadie, que aun estando en pandemia no creía que no ver a sus amigos le afectara tanto, entre otras expresiones de incomodidad y ansiedad, como movimientos ansiosos de manos y pies y mirada evasiva.

### **Análisis de la implicación: transferencia y contratransferencia**

De acuerdo con Paciuk (2002), para lograr el encuadre ideal es fundamental utilizar la escucha clínica cuando se practica la asociación libre, atendiendo con preferencia a ciertos puntos como las resistencias, transferencia y la escisión. Para ello es necesario tomar una posición que favorezca la atención flotante, cuidar la neutralidad, cumplir con la abstinencia y renunciar a la manipulación. El analista debe además escuchar sus propias ocurrencias, es decir, atender su involucramiento para descartarlas o, de lo contrario, utilizarlas como herramienta de comprensión de la situación. Además, debe elaborar e interpretar y no debe decir lo que piensa, ya que esto puede ocasionar cierta asimetría con el paciente, distorsionando la relación entre ambos. Desde esa perspectiva, y siguiendo estas recomendaciones de apuntar a la atención flotante y la escucha clínica, las entrevistadoras, a través de sus intervenciones, intentaron implementar durante el encuentro entrevistas de tipo abiertas. En esta línea, Freire de Garabino (1976) define así a este tipo de entrevista:

Es aquella en la que el entrevistador actúa con plena libertad en cuanto a sus intervenciones, sin un plan preestablecido y haciendo solamente las preguntas estrictamente necesarias, es decir, las que sin salirse del tema que trae el niño sirvan para completar la comprensión de la situación. Es importante que se cree un ambiente de flexibilidad como para que el niño configure el campo según su estructura psicológica (pp. 7-8).

La actitud de resistencia que predominó en los encuentros con J. no habilitó a que las entrevistas fueran de tipo abierta como se había planificado previamente. Esto incrementó respuestas de ansiedad por parte de las estudiantes y condujo el diálogo hacia un cuestionario con demasiadas preguntas que no le daban al paciente tiempo a responder ni abrían la posibilidad de escucharlo. Este estilo de entrevistar lleva a respuestas afirmativas o negativas que no le permiten profundizar ni dar cuenta de su sentir. A esto se suma que en algunos momentos se desdibujaron los roles de entrevistadora y de observadora participante. Previo al encuentro con el niño, cada una de las estudiantes tenía un rol asignado dentro del encuadre de trabajo (una debía guiar la entrevista mientras que la otra debía limitarse únicamente a tomar apuntes y observar). Sin embargo, ambas participaron en forma descoordinada, no quedando clara la línea de intervención. Esto puede responder a la inexperiencia o falta de diálogo entre las estudiantes, y acabó por sesgar la escucha clínica ¿Qué hubiera pasado si los encuentros hubieran sido presenciales? ¿Cómo se hubiera dado esta relación terapeuta-paciente si se hubiera llevado a cabo un trabajo previo?

Por su parte, el silencio del paciente y sus mecanismos resistenciales interfirieron durante el encuentro, que transcurrió en forma ida, sin que se lograra la flexibilidad a la que

se apuntaba ni se consiguiera configurar un campo, y, cuando esto se logró, ocurrió de forma bastante tensa. Fue en esos momentos de aumento de la resistencia en los que se tuvo que revisar con extrema minuciosidad la contratransferencia por parte de las entrevistadoras, debiendo discriminar si la misma correspondía a una vicisitud del proceso terapéutico o si respondía a la modalidad técnica que se estaba aplicando. En este contexto, apareció la ansiedad jugando un papel protagónico en el desarrollo de las entrevistas y distorsionando el control en relación al encuadre. ¿Se debió esto a la modalidad, a características propias del paciente y/o a la falta de experiencia de las estudiantes?

Bleger (1985) sostiene que la ansiedad del entrevistador es uno de los factores más difíciles de manejar, ya que es motor de interés en la investigación y del propósito de penetrar en lo desconocido. Toda investigación requiere de la presencia de ansiedad frente a lo desconocido, y el investigador debe ser capaz de tolerar y poder instrumentarla, sin lo cual se cierra la posibilidad de una investigación eficaz. Esto último también ocurre cuando el investigador se ve abrumado por la ansiedad y recurre a un mecanismo defensivo frente ésta, en forma de racionalización o formalismo, entre otras (p. 26).

En relación al silencio, M'Uzan (1978) señala que la ausencia de palabras es difícil de soportar. Sucede cuando el paciente no dice nada, al menos con palabras, y sus acciones hablan de manera caótica y confusa. La función secundaria tiene dificultad en desarrollarse frente a la falta de referencia a la realidad psíquica del paciente. Ya no es posible entonces controlar ni al analizando ni a las partes de sí puestas en él; el análisis del paciente coincide con el autoanálisis del analista y hay un riesgo de invasión y de herida narcisista (citado en De Urtubey, 1999).

En alguna ocasión, las entrevistadoras dieron ejemplos al paciente mencionando anécdotas de su propia vida, un elemento fundamental de la abstinencia. Aquí se revela uno de los errores que se cometieron al querer orientar al paciente en sus acciones, cuando en realidad lo adecuado hubiera sido dar espacio para que él expresara lo que deseaba y se lo interrogara acerca de cómo lograrlo.

Observador Participante: ¿Creo que todos en cierta forma elegimos los vínculos que queremos tener, no? No siempre somos "sociables" para con todo el mundo.

¿Es medio eso quizás lo que te pasa?

Entrevistador: Y decime una cosa, ¿no hay forma de que vos, eh... busques los teléfonos de tus amigos y con el celular de tu madre los llame para... (J. interrumpe).

Fanny Schkolnik (2016) plantea que el permanecer desconocido como una persona real para el paciente, es una limitación que hay que tolerar, muchas veces no sin dificultades. El

analista debe mantener la ambigüedad; no hablará de sí mismo ni hará comentarios sobre su vida privada, para poder crear las mejores condiciones que favorezcan las proyecciones del paciente.

Finalmente, interesa resaltar la importancia de los espacios de supervisión, las cuales permitieron a las estudiantes pensar y reflexionar sobre sus intervenciones para con el paciente.

## Reflexiones finales

El trabajo clínico tradicional con niños ha sido diseñado para implementarse en encuentros cara a cara, entre un psicólogo y un consultante, en el espacio del consultorio, donde se utilizan diversas técnicas que permiten a este último expresar su sentir mediante dicha actividad.

El contexto actual de pandemia mundial ha enfrentado a las personas a diversos desafíos, ha modificado su cotidianeidad, limitado la movilidad y obligado a la búsqueda de nuevas formas de estar presentes y relacionarse sin poner directamente el cuerpo.

El ámbito de la salud mental, al verse inmerso en esta nueva realidad, priorizó al paciente y su necesidad de atención, lo cual interpeló a los psicólogos en su accionar, los instó a dejar de lado sus miedos e incertidumbre y los llevó a buscar formas de adecuar la técnica en las consultas, proceso que supuso una serie de transformaciones en los modos de abordajes clínicos tradicionales, principalmente en aspectos relacionados al encuadre y en los modos de desarrollar las entrevistas.

La nueva modalidad virtual, impuesta por las circunstancias excepcionales y en cumplimiento de los protocolos establecidos por el Gobierno, acabó siendo el camino que permitió a los profesionales ejercer su rol de “estar cerca aun estando lejos”, pese a la situación de confinamiento, y cuidar de quienes necesitaban atención en salud mental, optimizando los tiempos y acortando las distancias. Las tecnologías, y más precisamente las videollamadas, permitieron al psicólogo un acercamiento directo al hogar y la realidad cotidiana que transita el paciente, y ofrecieron elementos que no se ven en las consultas presenciales, a excepción de los que revela el paciente a través de su discurso.

Fue así que, pese a la falta de experiencia en este tipo de abordaje, profesionales y estudiantes de la Licenciatura en Psicología se propusieron dar respuesta a la demanda de los pacientes mediante la única vía posible: la consulta virtual. El hacerlo implicó replantearse las formas de llevar adelante la atención, incorporar las tecnologías a los procesos psicológicos y dar paso así a las consultas a distancia.

En base a los autores referentes que sustentan el marco teórico de este trabajo y a la experiencia realizada, es posible plasmar las siguientes reflexiones finales, que se espera sean de utilidad para futuros estudiantes de la carrera.

Tal como se detalló en el marco teórico, a la hora de optar por intervenciones psicológicas a distancia, se deben contemplar las condiciones mínimas ya mencionadas. Sin embargo, la realidad demostró que no todos los pacientes pueden cumplir con estos requisitos por diversos motivos, siendo en el caso analizado en este trabajo la situación de vulnerabilidad social la que determinó, por ejemplo, que el paciente no tuviera un celular propio para realizar la videollamada, ni una conectividad a su alcance que permitiera que los

encuentros se desarrollarán de modo fluido, ni contara con un espacio privado y acorde donde realizar las sesiones, entre otras dificultades.

En relación a los profesionales, la virtualidad requiere que tengan flexibilidad en los encuadres de trabajo en lo que refiere a la duración de las consultas y los medios de pago, entre otros aspectos, y que sean capaces de prever que no siempre el paciente cuenta con los dispositivos tecnológicos o los materiales necesarios para el desarrollo de las sesiones. Hay que destacar además que el encuentro a través de la pantalla, sobre todo con niños, pone a prueba la creatividad del terapeuta para mantener la atención constante de su paciente en la consulta y evitar que se distraiga con estímulos externos.

Desde la perspectiva de las estudiantes, esta práctica fue un primer acercamiento al trabajo clínico psicoanalítico con un paciente real, lo que implicó enormes expectativas en torno a la situación. Además de suponer un gran desafío, atravesado por momentos de ansiedad, esta intervención permitió enriquecer de manera relevante su proceso de aprendizaje, el cual fue vivenciado por momentos con mucha incertidumbre, en especial a instancias de las condiciones en las que se desarrolló la intervención, a la actitud resistencial del paciente y a la inestabilidad del encuadre por los motivos antes detallados, circunstancias todas que afectaron negativamente el desarrollo de los encuentros y generaron en las estudiantes sentimientos de angustia, impotencia y frustración.

Fue en estos momentos del proceso donde los espacios de autoanálisis y/o supervisión ayudaron a trabajar en relación a estos elementos, habilitando siempre la escucha, permitiendo repensar- se y reflexionar.

Pese a estas dificultades, se entiende que la modalidad remota, no obstante, permite dar continuidad a la atención psicológica necesaria, en especial en un momento de crisis en el que es imprescindible poner a disposición de la población un espacio de escucha y apoyo que se ajuste a las diversas realidades.

Por último, vale señalar que la pandemia, vista en principio como “un problema”, propició el inicio de un proceso de reflexión respecto a la atención en salud mental y sus alcances más allá de las circunstancias y contexto.

### Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. (1981). *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de niños*. Argentina: Paidós.
- Aberastury, A., & Knobel, M. (1984). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Buenos Aires Editorial.
- Acero, P. (2020). Referentes éticos mínimos para la práctica psicológica. En P. Acero, K. Cabas, C. Cayedo, & P. P. Figueroa, *Telepsicología: Sugerencias para la formación y desempeño profesional responsable* (pp.15-20). Colombia: ASCOFAPSI. Obtenido de <http://eticapsicologica.org/>
- Albajari, V. (2007). *La Entrevista en el proceso Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Psicoteca.
- Arminda Aberastury, M. K. (1984). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleger, J. (1985). *Temas de Psicología. Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Busso, G. (2001). *Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI*. Ponencia, Seminario Internacional "Las Diferentes expresiones de la Vulnerabilidad Social en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile. Obtenido de: <https://drive.google.com/file/d/1GR5u9kOImbXZxUnejl4gCAQRzEctf2Dw/view?usp=sharing>
- Capnikas, E. (2018). La entrevista de Juego. En A. Muniz, *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico*. (pág. 25). Montevideo: Universidad de la Republica. Comisión Sectorial de Enseñanza.
- Carlino, R. (Abril de 2020). Cyberanálisis: consideraciones actuales. *Topia*(88), 22-23. Obtenido de [file:///C:/Users/jkarlen/Downloads/revista\\_topia\\_88\\_abril\\_2020\\_la\\_era\\_de\\_la\\_depresion.pdf](file:///C:/Users/jkarlen/Downloads/revista_topia_88_abril_2020_la_era_de_la_depresion.pdf)
- Catz, H. (2020). Protocolo de abordaje como modelo conjetural y descartable. En C. Hilda., *Psicoanálisis de niños y adolescentes. Trabajando en cuarentena en tiempos de pandemia*. (pp 25-61). Buenos Aires: RV Ediciones.
- Cayedo, C. (2020). Aspectos prácticos de la atención psicológica por medio de las tecnologías de la información y la comunicación. En P. Acero, K. Cabas, C. Cayedo, P. Figueroa, & M. Rudas, *Telepsicología. Sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable*. Colombia: Ascofapsi.
- Coderch, J. (2002). *La relación paciente- terapeuta, el campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder Editorial.
- Costanzo, A. (2020). *La clínica en tiempos de pandemia COVIT.19, nuestro malestar contemporáneo. Aportes del área de adolescencias de AUDEPP*. Obtenido de <http://www.audepp.org/portal/wp-content/uploads/2020/04/La-Cl%C3%ADnica-en-tiempos-de-Pandemia-COVID-19-nuestro-Malestar-contempor%C3%A1neo.-A.-Costanzo..pdf>

- Cruppi, M. (2020). Escenarios de la subjetividad infantil en tiempos de pandemia. En H. Catz, *Trabajando en cuarentena en épocas de pandemia y post pandemia. Transformaciones e invariancias* (pp. 69-83). Buenos Aires: RV Ediciones.
- Cruppi, M. (2020). Escenarios de la subjetividad infantil en tiempos de pandemia. En H. Catz, *Trabajando en cuarentena en épocas de pandemia. Transformaciones e invariancias*. (p. 72). Buenos Aires: RV Ediciones.
- De Urtubey, L. (1999). El encuadre y sus elementos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis (En línea)* (89), 4-5.
- De Urtubey, L. (1999). El encuadre y sus elementos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis (En línea)* (89); *Asociación Psicoanalítica del Uruguay*.
- Di Biasi, S. (Abril de 2020). Off Line. *Topia* (88), 26. Obtenido de file:///C:/Users/jkarlen/Downloads/revista\_topia\_88\_abril\_2020\_la\_era\_de\_la\_d epresion.pdf
- Etchegoyen, H. (1986). De la transferencia y la contratransferencia. En *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (pp. 98-100). Buenos Aires: Amorrortu.
- Flesler, A. (2007). *El niño en análisis y el lugar de los padres*. Buenos Aires: Paidós.
- Freire de Garbarino, M. (2017). La entrevista de juego. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*. (en línea) (124): 137-173. Obtenido de: <http://www.apuruguay.org/sites/default/files/la-entrevista-de-juego-m-freire-de-garbarino.pdf>.
- Freud, A. (1990). *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Hormé.
- Guerrero, L., & Fernández, C. (1989). *Devolución. Síntesis de un proceso*. Montevideo: Roca Viva.
- Janin, B. (2005). *Los padres, el niño y el analista: encuentros y desencuentros*. Obtenido de Los padres, el niño y el analista: encuentros y desencuentros: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/204>
- Janin, B. (2013). *Intervenciones en la clínica Psicoanalítica con niños*. Buenos Aires: Noveduc.
- Janin, B. (2017). *El sufrimiento del psiquismo en los niños en los tiempos actuales. Intervenciones subjetivantes*. Obtenido de El sufrimiento del psiquismo en los niños en los tiempos actuales. Intervenciones subjetivantes: <http://aperturasclinicas.cl/wp-content/uploads/2017/11/El-sufrimiento-psiquico.pdf>
- Juarroz, R. (2020). *Red Lacaniana de Psicoanálisis (RPL)*. Recuperado el 2021, de Web de la RPL: <https://redlacaniana.com.uy/la-clinica-en-tiempos-de-virtualidad/>
- Klein, M. (1948). *El Psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Hormé.
- Levaggi, C. (2007). Discursos que surgen entre la escucha y la mirada clínica. En J. Tabó, *Entrevista devenires en la clínica* (pág. 43). Montevideo: Psicolibros.
- Luque, L. E. (2009). *Ciberterapia y realidad virtual en terapia psicológica*. Córdoba. Obtenido de <http://www.psicologiacientifica.com/ciberterapia-realidad-virtual-psicologia>

- Muniz, A. (2018). Presentación. En A. Muniz, *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico* (págs. 7-8). Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza.
- Paciuk, S. (2002). Elogio del Encuadre. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96: 37-56. Obtenido de [https://www.apuruguay.org/revista\\_pdf/rup96/rup96-paciuk.pdf](https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup96/rup96-paciuk.pdf)
- Reubins Markman, B. (2020). Transformaciones en el encuadre de los tratamientos con niños a partir de la pandemia Covid 19-. En H. Catz, *Trabajando en cuarentena en épocas de pandemia y de post pandemia. Transformaciones e invariancias* (págs. 177-189). Buenos Aires: RV Ediciones.
- Rosenfeld, N., & Avrutin, H. (2004). Capítulo 1: La entrevista Psicológica. En G. Celener, *Técnicas Proyectivas. Actualizaciones e Interpretación en los ámbitos clínico, laboral y forense*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Schkolnik, F. (2016). *Práctica Psicoanalítica: un trabajo de resignificación y simbolización*. Montevideo: Rebekalinde editoriales.
- Szapu de Altman, A. (2020). Analizando a una niña a través del cyber-espacio. En H. Catz, & colaboradores, *Psicoanálisis de Niños y Adolescentes. Trabajando en cuarentena en tiempos de la Pandemia*. Buenos Aires: RV Editores.
- Tabacvof, S. (Abril de 2020). Mantener el propio encuadre interno. *Topia* (88), 24. Obtenido de [file:///C:/Users/jkarlen/Downloads/revista\\_topia\\_88\\_abril\\_2020\\_la\\_era\\_de\\_la\\_depresion.pdf](file:///C:/Users/jkarlen/Downloads/revista_topia_88_abril_2020_la_era_de_la_depresion.pdf)
- Untoglich, G. (2013). Construcciones diagnósticas en la infancia. En G. Untoglich, *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
- Valazza, V. (2007). Enfrentarse y encontrarse en la entrevista. En J. Tabó, *Entrevista devenires en la clínica* (págs. 29-33). Montevideo: Psicolibros.
- Vasquez Muriel, J. G. (2012). Reflexión sobre cómo los psicólogos perciben las intervenciones psicológicas online. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* (35), 353. Recuperado el 05 de 05 de 2020, de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/>
- Zusman de Arbiser, S. (2020). Análisis a distancia. En H. Catz, *Psicoanálisis de niños y adolescentes trabajando en cuarentena en tiempos de la pandemia* (pp. 139-153). Buenos Aires: RV- Ediciones.