

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

¿Es posible la práctica clínica mediante la videollamada?.

Cuéllar, Ixchel.

Cita:

Cuéllar, Ixchel (2021). *¿Es posible la práctica clínica mediante la videollamada?. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/652>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/azf>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

¿ES POSIBLE LA PRÁCTICA CLÍNICA MEDIANTE LA VIDEOLLAMADA?

Cuéllar, Ixchel

Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

La práctica clínica contemporánea nos lleva a revisar las bases teóricas y los métodos de trabajo. La clínica con infancia, niñez y pacientes graves, sumado al diagnóstico de las diferencias y a los nuevos acontecimientos, motivan a que entren en diálogo la experiencia clínica, las subjetividades actuales y las bases teóricas. El aislamiento producido por la pandemia provocó nuevas maneras de encuentros en los tratamientos psicológicos, ya no en el consultorio sino en la pantalla a través de la videollamada. Las experiencias clínicas conducen a un permanente trabajo reflexivo propio del psicoanálisis, pero ¿cuál es el orientador epistemológico para pensar lo nuevo en la clínica?, ¿qué método sustenta nuestra práctica? Abordaremos las reflexiones sobre estas preguntas a partir del pensamiento clínico, el encuadre analítico como matriz y el encuadre flexible como conceptos fundamentales para la práctica actual.

Palabras clave

Práctica clínica - Atención virtual - Encuadre - Pensamiento clínico

ABSTRACT

IS CLINICAL PRACTICE POSSIBLE THROUGH VIDEOCALL?

Contemporary clinical practice leads us to review the theoretical bases and working methods. Recent events are urging the start of a dialogue between the clinical experience, such as the treatment of younger or serious patients, and our theoretical bases. The isolation produced by the pandemic brought on new forms of psychological treatment, no longer in an office but on the screen through video calls. Clinical experiences lead to a permanent reflective work typical of psychoanalysis, but what is the epistemological guide to think about what's new in clinical practice? What method supports our practice? This paper will reflect upon these questions, starting off with clinical thinking, analytical setting as a matrix and flexible setting as concepts fundamental to current praxis.

Keywords

Clinical praxis - Virtual attention - Setting - Clinical thinking

Las experiencias clínicas actuales nos llevan a un continuo repensar en el quehacer clínico y en la validez de la práctica. Para muchos profesionales de la salud, el trabajo mediante videollamada resultó tan nuevo que no faltaron las resistencias. Ante la necesidad de aislamiento por la pandemia, resultó imposible escapar al trabajo mediante la pantalla.

¿Cómo trabajar sin presencialidad? Resulta que hemos venido descubriendo, ya muchos pensadores años antes, que la presencia física no necesariamente significa estar presente, así como la distancia física no significa estar ausente. Alguien puede estar sentado al lado tuyo y no dar acuse de recibo de tu existencia. En la atención virtual o videollamada podemos hablar de presencia y en todo caso de no-presencia, por ejemplo cuando es llamada sin video. A diferencia de la ausencia, en la no-presencia se han podido introyectar las características de un objeto o ser vivo, entonces es posible llevar adentro psíquicamente esa exterioridad (Winnicott D., 1958).

Convenimos la posibilidad del encuentro mediante la llamada, con o sin video, como espacio terapéutico o analítico que debe constituirse conforme al consultorio y en todo caso hablaremos de transferencia-contratransferencia, pero ¿cómo pensar y llevar a cabo esta práctica clínica?

Acordamos que el psicoanálisis es una teoría y una manera congruente de abordar la práctica clínica, en tanto que se constituye como método reflexivo y cuestionador de múltiples aspectos en el ser humano. Actualmente es imprescindible que quienes lo ejercemos sea con continuidad de movimiento reflexivo respecto a los actuales avatares de la clínica, dando posibilidad a que surjan interrogantes. Que ese movimiento sea la corriente con la que navegan las herramientas conceptuales en las diferentes direcciones de la teoría-práctica de acuerdo al caso.

La realidad compartida nos interpela afectando las posturas dogmáticas, rígidas y que pretenden universalidad. La falta de ligadura e incluso la escisión experiencia-práctica, tienen más que ver con una analogía a lo patológico que con lo que posibilita la creación y la acción. Por esto es pertinente y relevante adentrarse en el conocimiento de diversos autores contemporáneos que han generado aportes a la teoría desde diferentes experiencias clínicas. Se vuelve necesario repensar nuestras bases teóricas y nuestra práctica, así lo demuestra la realidad actual y las defensas rígidas que se alzan desde las teorías dogmáticas.

La experiencia clínica con infancia y niñez, así como con pacientes graves sin duda viene cuestionando el campo conceptual

más tradicional. También el trabajo virtual cuestiona algunas nociones y prácticas, ¿qué diría S. Freud si hubiera necesitado pensar en otras formas de encuentro para el trabajo psicoanalítico? Pensar surge de la necesidad de entender, de las preguntas y del interés de conocer posibles respuestas.

La clínica conlleva al profesional a cuestionamientos y decisiones permanentes, en esos momentos inmediatos las respuestas y las intervenciones han de ser espontáneas y creativas, dadas desde la teorización flotante, ese modo singular en el que funciona la relación transferencia-contratransferencia (Piera A., 1980). En ese sentido, la escucha de eso que transmite el paciente está sostenida en la experiencia, el estudio y la posibilidad de sucesos nuevos que nos obliguen a repensar.

Así el presente trabajo se plantea como esa instancia que permite entretener la clínica y la teoría. Recordemos que durante la formación académica se establecen tres bases para la práctica clínica; el estudio, el análisis propio y la supervisión. Sin embargo, la escritura se vuelve una instancia fundamental para la formación, pues lleva al trabajo de la reflexión mediante la abstracción de lo estudiado, de la experiencia personal y profesional.

Ante la situación actual se ha vuelto necesario al menos por un tiempo la atención a pacientes mediante la llamada o la videollamada. ¿Cómo es esta nueva experiencia?, ¿cuál es el encuadre a usar?, ¿sigue siendo el mismo método terapéutico que estudiamos y practicamos en el consultorio?, ¿al paciente le ayuda?, ¿nosotros podemos posicionarnos como profesionales de la salud mental? Si es así, ¿de qué manera?, ¿con qué tipo de pacientes?, ¿cómo pensar y justificar el quehacer profesional? A continuación se expone un análisis en torno a esas cuestiones.

Consultorio v.s. Videollamada

Nadie esperaba una pandemia, no estaba previsto quedarse cada uno en sus casas y no poder ir a los espacios físicos de trabajo, pero sucedió. Nos preguntamos qué herramientas de trabajo nos quedan, cuáles son las posibilidades de encuentro, ya que la atención psicológica por llamada con adultos y adolescentes ha sido más común pero, ¿es posible la atención psicológica con niños y niñas o pacientes graves por videollamada? Notamos que hay profesionales que se resisten a lo nuevo, hay tendencias más estructuralistas y binarias que basan sus reflexiones ostentando “un lugar” como el conocido, el habilitado, el válido, así anulan la posibilidad de pensar y de dar lugar a los acontecimientos. Nada está dado de una vez y para siempre, la vida es un movimiento que nos lleva a la reflexión constante cuando no se solidifican las certezas:

Tener que pensar, tener que dudar de lo pensado, tener que verificarlo: éstas son las exigencias que el yo no puede esquivar, el precio con el cual paga su derecho de ciudadanía en el campo social y su participación en la aventura cultural. (Piera A., 1986, p.12)

Participar es una palabra que da cuenta del hacer parte de una

actividad, de un suceso como la práctica clínica contemporánea. Para dar lugar a las problemáticas a reflexionar, interrogantes que permitan la heurística dentro de un área, es fundamental establecer la necesidad de revisar los conocimientos y la forma de hacerlo. La necesidad se plantea desde la pandemia actual que dificulta la movilidad y los encuentros físicos con muchas personas en un mismo día, por ello se ha vuelto necesario poner en una balanza el riesgo físico y el riesgo psíquico. Sumado a esto, hay distintas posturas a revisar respecto a la posibilidad de la labor terapéutica mediante videollamada.

Por un lado se plantea que así como siempre debió pensarse el tipo de encuadre para abordar el trabajo con cada paciente, igualmente es necesario pensar con qué tipo de paciente y de qué forma es posible un trabajo mediante videollamada.

Ahora bien ante la videollamada se expuso la necesidad de trabajo, no nuevo en psicoanálisis, de armar cuerpo en la pantalla, todos los aspectos relacionados a la imagen y la identidad de la cual los profesionales no estamos exentos. Con algunos pacientes esta forma de trabajo incluso posibilitó otras vías, o porque sus características hacían que la mirada del otro tuviera una densidad casi insoportable, con lo cual mediante la acotación que permite la pantalla posibilitó un mayor despliegue, o porque la pantalla funcionó a manera de espejo.

La videollamada posibilitó entrar a través de la pantalla a las casas de los pacientes, conocer el espacio físico, la distribución de la familia en el espacio y algunas dinámicas de convivencia (gritos, no tocar la puerta, etc.). La videollamada permitió dar continuidad a los tratamientos así como iniciar un espacio de abordaje ante las consultas. Dado que la práctica clínica posibilita la reflexión respecto al trabajo en esa modalidad, a continuación se presentarán brevemente algunas experiencias clínicas:

1.-Un niño en edad preescolar debido a su historia ha tenido dificultades para constituir algunos trabajos subjetivantes relacionados a la caída de la omnipotencia infantil que permite la relación con el mundo compartido, la constitución de la no-presencia que acompaña al desarrollo de la capacidad de estar a solas (Winnicott D., 1958). Una serie de trabajos psíquicos, emocionales y cognitivos que posibilitan la relación con otros mediante la empatía, el respeto a los acuerdos y las normas, el reconocimiento mutuo y la posibilidad de sostener el propio deseo. Resulta que este niño no paraba de moverse, nunca aceptaba su derrota en los juegos, hablaba fuerte sin dar lugar a la escucha.

Las sesiones por videollamada pasaron de poca tolerancia al tiempo de intercambio y estar pendiente de dónde se encontraba su mamá, a la alegría del encuentro con la terapeuta, al comenzar a constituir la no-presencia a través del juego de esconderse, salir de pantalla o apagarla, asegurándose al principio de la permanencia de la presencia del otro, ya que esa es la primera base de estos procesos, la presencia del adulto como sostén a la existencia para poder desaparecer y seguir estando. Es el fort-da de S.Freud (1920-1922), ahora repensado no únicamente en el jugar activamente lo vivido pasivamente, sino

toda una serie de trabajos subjetivantes en relación al atravesar las fobias universales (R. Rodulfo, 1992) tan fundantes de la alteridad como de la identidad, un puerto importantísimo al que arriba el “Yo soy” que viene desde un largo trayecto comenzado en los primeros momentos de la vida, con las primeras experiencias creadoras (Winnicott D., 1971).

La fobias universales son un proceso saludable en la estructuración del psiquismo, implican por un lado un miedo a lo extraño o diferente, es el trabajo subjetivo que permitirá dar cuenta de la soledad esencial del ser humano. Por otro lado, dan lugar al pensamiento, al pensarse como uno en diferencia a otro, por eso posibilitan el establecimiento de la alteridad y los vínculos basados en el reconocimiento mutuo, distinto a las personas que se vinculan como una forma de huir a su soledad, a las angustias propias de existir y de los avatares del propio deseo (Rodulfo R., 1992). Es parte de este hecho constitutivo la aparición de miedos nocturnos, a los monstruos, que en realidad es el encuentro con la diferencia, el reconocimiento del otro como extraño, de mi mismo como extraño para otros, de la soledad existencial y del movimiento del deseo.

Así este paciente pasó de jugar a las escondidas a comenzar a irse largos ratos al videojuego, ahora acuerdo mediante y siempre quién ganará la competencia previa sería quién compartiría pantalla y mostraría su juego al otro. Resulta que mientras jugaba, como no venía a la terapeuta en la pantalla sólo la podía escuchar, cada varios minutos la nombraba a modo de pregunta para asegurarse de su presencia. Al ir constituyendo alteridad, pudo traer a las sesiones sus miedos, a jugarlos al salir de la pantalla o apagar la luz para después aparecer con una mueca y asustar, por supuesto la respuesta era aparentar asustarse. Así comenzó tímidamente el interés por los videojuegos donde debes avanzar por un mapa nocturno y sobrevivir al evitar encontrarte con el personaje zombi o terrorífico que aparece repentinamente para asustar al jugador. Al tiempo en que se daban estos trabajos en el tratamiento, el niño comenzó con un gran interés por aprender las letras y los números, el deseo de ser grande (Rodulfo R., 2013), con el que se vuelve el peor insulto el que se refieran a él como chiquito o bebé.

2.-Otro paciente también de edad preescolar pero encontrándose con trabajos subjetivos previos, debido a una mayor gravedad, presentaba poca intención comunicativa, estereotipias e uso instrumental de otro. La consulta durante el “aislamiento social preventivo y obligatorio” (ASPO, 2020), sumando a las características que presentaba el niño que solía clavar la mirada en el movimiento de las ruedas de un trencito, no permitía dejar pasar más tiempo, era fundamental establecer las condiciones que posibilitarían los procesos subjetivantes.

¿Cómo establecer los trabajos subjetivantes por videollamada cuando es indispensable la presencia de un otro vivo? El trabajo fue diferente que en el consultorio, requirió más encuentros en entrevistas con la familia para posibilitar el espacio terapéutico. Con el tiempo y el transcurso de las sesiones, los logros adqui-

ridos por el paciente se dieron en base a lo que llamaré “pres-tar cuerpo”, el adulto que se encuentra físicamente con el niño pone a disposición su cuerpo y también su subjetividad, para posibilitar los estatutos del jugar (Rodulfo R., 1989) a través de la identificación con las necesidades del niño y la comprensión de sus maniobras defensivas.

Mediante transferencia-contratransferencia el trabajo fue posible por el encuadre que se pautó con la mamá, acompañando la apropiación de ese lugar, del adulto a cargo del tratamiento, trabajo también de devolverle el valor del vínculo con su hijo, narcisizar su lugar como cuidadora. Esto posibilitó el encuentro en el jugar entre madre e hijo, las experiencias sostenidas en lo trabajado en entrevistas y en los momentos de la videollamada, convocando e interviniendo con la mirada y la voz. Así se dieron jugares con espuma, con témperas, con porotos, para duchar a los autos, pintar, trasvasar y armar cuerpo. Jugares propios de los trabajos subjetivantes en la infancia y la niñez, armar cuerpo e identidad como continuidad de superficie corporal, el espacio de inclusiones recíprocas (Sami-Ali, 1993), contenido/contenente un interior y exterior, el cuerpo como un tubo, jugares entre el yo y el no-yo (Rodulfo, R., 1989).

3.-Una paciente adolescente grave con características más bien depresivas ligadas al trastorno, de acuerdo con la CFTMEA (Mises, R., 2000), a los pocos meses de comenzar el tratamiento por videollamada, debido a los miedos producidos en apariencia por la pandemia, tiene una serie de ataques de angustia al punto de que le era imposible comer, beber agua o vestirse. Los miedos la habían paralizado y la culpa la invadía a modo bien depresivo. Dada ya la transferencia fue posible modificar el encuadre para darle lugar a sus angustias y necesidades en el proceso regresivo que estaba sucediendo por el fracaso ambiental en otro tiempo, lo cual le otorgaba a la paciente la posibilidad de dar cuenta ahora de ese suceso, darle lugar a sus emociones y necesidades. La disponibilidad como terapeuta en este caso fue fundamental, arduo trabajo de atender el teléfono y realizar videollamadas cuando la paciente así lo requiriese.

Videollamadas para acompañarla en el momento de vestirse, de beber agua, de comer. En todas las acciones a posibilitar con el celular, donde pudiéramos mirarnos, en realidad fue el encuadre lo que permitió el sostén a su existencia a través del vínculo transferencial. El trabajo no correspondía a la labor interpretativa, el encuadre requirió de otra disposición profesional para primero posibilitar hacer consciente lo manifiesto, ya que lo irrepresentable irrumpía. En estos casos se debe priorizar el trabajo del límite, el construir fronteras internas y externas, pero para ello primero es necesario confiar en el medio. Las videollamadas como espacio terapéutico a través del encuadre, posibilitaron ese sostén ante el riesgo de quiebre más bien psicótico, no sólo para evitarlo sino para que el trabajo clínico diera lugar a procesos de integración y a trabajos psíquicos saludables.

¿Cómo pensar el sustento teórico de la práctica clínica por videollamada?

Es necesario un ordenador epistemológico desde el cual abordar las experiencias que nos da la práctica clínica. En nuestra área de psicología y específicamente en psicoanálisis, en términos de multiplicidad de herramientas teóricas en la clínica, acordamos con la propuesta de André Green (2002) en tanto que es fundamental definir el objeto de estudio y la metodología. El autor se pregunta qué es lo que tienen en común las diversas escuelas y enfoques que permita establecer un mismo ordenador epistemológico, así su propuesta se dirige a la clínica.

Como metodología en vez de extrapolar métodos e ideologías de otras disciplinas se requiere constituir un abordaje propio, a saber, el pensamiento clínico “como un modo original y específico de la racionalidad surgido de la experiencia práctica” (Green A., 2002, p.12) y esto se diferencia de la pura teoría, pues se consolida a través del estudio, de la técnica, de la experiencia y de todo los elementos necesarios que conforman el trabajo clínico. También se diferencia de la descripción o reseña clínica y su relación con la teoría por el nivel de abstracción, por eso es fundamental dar cuenta del potencial para nuestra labor del influjo de preguntas, asociaciones y reflexiones.

El pensamiento clínico es una forma de trabajo vital, el pensar está en constante movimiento pues la clínica no es estática ni homogénea, de hecho para A. Green siempre hay una diferencia imposible de salvar, una incertidumbre pues “la clínica nunca será una aplicación sin resto de la teoría, ni estará completamente iluminada por ella” (2002, p.14). Y entonces qué puede orientar esta labor, en principio aclarar que los pares opositivos están en detrimento de la posibilidad de pensar, dentro del psicoanálisis no sirve ponderar el tradicional enfoque de lo intrapsíquico como tampoco el posterior enfoque de lo intersubjetivo, es más bien en su articulación que se podrá construir el objeto de estudio.

El psicoanálisis es una teoría que se ha constituido a partir de reflexionar las experiencias y las observaciones, pero qué es lo que nos orienta a repensarla, diremos que en general las diferencias que se encuentran en la práctica clínica, pues en la discusión está la multiplicidad de factores que influyen en la vida del ser humano. En este sentido nos orienta Ana María Fernández en su texto “La constitución de un campo de problemas de la subjetividad” (1997), en el que plantea varias cuestiones fundamentales para posibilitar la construcción del pensar y así darle lugar al conocimiento, plantea por ejemplo, el abrir interrogantes. Asimismo propone que hay riesgos a evitar, ya que no se trata de buscar acuerdos o estar en permanente desacuerdo con una teoría, ni someterse a lo dicho ni desvalorizarlo, ya que si se universaliza el pensamiento este se detiene y se consolidan los estatutos.

Entonces qué estudiar, volvemos a la propuesta de A. Green para revisar la teoría, la clínica y más específicamente al trabajo del psicoanalista y del paciente, así como a los procesos internos, intrapsíquicos e intersubjetivos, a la transferencia y a la contratransferencia, etcétera. Así plantea que el objeto de estudio es

en tanto “encuadre analítico”, lo que se genera en ese espacio, es decir, la dialógica entre el encuadre analista-analizado (transferencia y contratransferencia) y el encuadre interno del profesional (acción analítica).

Dicho autor plantea que hay una “matriz activa” que es una fracción constante de la práctica clínica, un encuadre interno constante que tiene que ver con la formación del profesional, sus estudios, su experiencia tanto en su propio análisis (experiencia de curación) como en su práctica y en su vida. El profesional debe sostener la asociación libre del paciente (en las diversas maneras de comunicar) acoplada con la escucha flotante y la neutralidad. Asimismo hay una fracción variable que corresponde al lugar (subjetivo y de trabajos psíquicos) del paciente y a la organización del contrato analítico. Esta parte del encuadre corresponde a dar cuenta de la analizabilidad del paciente, a hacer un diagnóstico de la diferencia entre un sujeto neurótico, con el cual seguir la regla fundamental, o no neurótico con el cual abordar el posibilitar trabajos psíquicos que den figurabilidad a lo no representado. Tiene que ver con el tipo de intervención y por lo tanto con la posición respecto a la teoría-práctica-clínica (Green, A., 2002).

Entonces el objeto de estudio no es el paciente y tampoco el trabajo del analista, es el encuadre como condición del método. La dialógica del encuadre analítico y el encuadre interno, la relación de lo que sucede en eso que A. Green llama “el tercer espacio”, donde se da la relación entre la realidad psíquica y la social, la unión y separación (alteridad) entre el espacio psíquico del paciente y del analista, a modo “del espacio transicional” (Winnicott D., 1971). En el tercer espacio está implicado el encuadre, la transferencia y la contratransferencia, la posibilidad de asociar o la necesidad de trabajo de ligazón representativa, acompañada de la posibilidad en el preconsciente del analista de su comprensión y su creatividad, por supuesto sin autoridad interpretativa sino como eco, archivista, constructor, posibilitador que contratransferencia mediante permite que los procesos terciarios movilicen la capacidad representativa y el acceso al lenguaje.

¿Cómo hacer para que esa experiencia de la práctica clínica no sea un relatorio de observaciones de la práctica? Con el método como base, es decir, el pensamiento clínico y con el objeto definido. Por lo tanto, las experiencias pensadas desde la base del encuadre analítico es donde la teoría se esclarece, en su complejidad epistemológica y con esto se abren cuestiones a tener en cuenta, el pensamiento clínico es complejo, así ya lo planteaba S. Freud (1916-1917) con las “series complementarias” que en el ámbito tanto quedan de lado y es necesario continuar insistiendo en su relevancia desde los aportes del “pensamiento complejo” de E. Morin (1990) y de las “series suplementarias” de R. Rodolfo (2004).

Por eso coincidimos con la necesidad de tener una caja de herramientas teóricas que posibiliten reflexionar y analizar, constituir una forma compleja de pensar en el campo “psi”, por eso utilizamos como base la propuesta de romper certezas, universaliz-

zaciones teóricas, homogeneizaciones de la subjetividad. Para cuestionar, particularizar y dar cuenta de la heterogeneidad es necesario el “Trabajo de conceptos” (Fernández, Ana M., 1997). Para trabajar los conceptos hay que des-esencializar las nociones universalizadas siguiendo una *elucidación crítica* (Castoriadis, 1983) al mantener una posición activa de hacer pensante vinculando el hacer, pensar y el saber lo que se piensa y hace. A través también de la de-construcción (Derrida, 1989), otro trabajo activo de problematizar los supuestos hegemónicos, así como las relaciones inmediatas del pensamiento unido a la verdad y el sentido. El analizar en los textos las operaciones de la diferencia, y las formas en que se hace trabajar a los significados. Asimismo hacer un análisis genealógico (Foucault, 1982) pensar la historia de la construcción de la cultura, encontrar los puentes entre las narrativas teóricas y los dispositivos histórico-sociales-políticos-subjetivos que sostienen (Fernández, Ana M., 1997). Así el “pensamiento clínico”, acompañado de la caja de herramientas en torno al pensar, es una estrategia metodológica de orientación cualitativa que se diferencia del método empírico por contar con la base común de la práctica clínica, así como el trabajo de la abstracción y asociación a la que conlleva.

Conclusiones:

Ante los nuevos acontecimientos en la práctica clínica es necesario darle lugar a los nuevos pensamientos, repensar los conceptos y hacer trabajar las teorías a través de las experiencias clínicas. El camino a tomar para reflexionar y analizar la teoría, será la clínica y la capacidad de pensar a través de la escritura. La videollamada se constituye como ese espacio terapéutico, mediante el tiempo y el encuentro íntimo de intercambio, la transferencia-contratransferencia y el encuadre. Con adolescentes y adultos la pantalla apagada hace a modo de diván, lo que importa es la asociación libre cuando este trabajo es posible. En cambio la pantalla encendida es fundamental cuando el paciente necesita la mirada del otro o usa la pantalla de espejo. La clínica en infancia y niñez es muy diferente, antes de la pandemia no había aparecido la pregunta ante la posibilidad de un espacio terapéutico pantalla mediante. Ahora se puede pensar en esa posibilidad y de acuerdo al caso, establecer el encuadre. Se plantea el trabajo psicoanalítico o terapéutico contando como base con el encuadre analítico, la dialógica entre la matriz y el encuadre flexible que corresponde al tipo de paciente neurótico o no neurótico. Esto posibilita el tratamiento mediante videollamada, lo cual no se opone al encuentro en el consultorio, que en ocasiones puede ser una intervención necesaria por ejemplo, con pacientes con características fóbicas o depresivas, dado que el salir de casa y trasladarse puede posibilitar procesos saludables, otro ejemplo es la necesidad de encuentro corporal que posibilita el trabajo no verbal con pacientes pequeños y sus familias.

Además del encuadre es fundamental el construir cuerpo en la pantalla, poder dar cuenta del propio cuerpo mirado e imaginar-

se el cuerpo del otro en un espacio físico. El trabajo por videollamada se constituye como práctica clínica a partir del encuadre, a su vez el profesional mediante el pensamiento clínico puede dar cuenta de lo que sucede en las sesiones porque lo piensa clínicamente en base a su formación y experiencia. Lo necesario es el espacio terapéutico a modo de ese tercer espacio potencial en el que se dan los movimientos subjetivantes, el lugar para experimentar y sentirse vivo/a.

BIBLIOGRAFÍA

- Aulagnier, P. (1980). *El sentido perdido*. Editorial Tribes.
- Aulagnier P. (1986). *Un intérprete en busca de sentido*. Siglo XXI.
- Fernández, A. M. (1997). Notas para la constitución de un campo de problemas de la subjetividad. *Investigaciones en Psicología, Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA*, 3 (2). Facultad de Psicología.
- Freud, S. (1916-1917). 23º conferencia. Los caminos de la formación del síntoma. En: *Obras completas. Conferencias de introducción al psicoanálisis Vol. XV*. Amorrortu.
- Freud, S. (1920-1922). *Más allá del principio de placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras*. Vol. XVIII, Amorrortu.
- Green, A. (2002). *El pensamiento clínico*. Amorrortu.
- Mises, R. (2000). *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y el adolescente*. Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental.
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Rodulfo, R. (1989). *El niño y el significante*. Paidós.
- Rodulfo, R. (1992). *Estudios clínicos. Del significante al pictograma a través de la práctica psicoanalítica*. Paidós.
- Rodulfo, R. (2004). *El Psicoanálisis de Nuevo. Elementos para la De-construcción del Psicoanálisis Tradicional*. Eudeba.
- Rodulfo, R. (2013). *Andamios del psicoanálisis. Lenguaje vivo y lenguaje muerto en las teorías psicoanalíticas*. Paidós.
- Sami-Ali (1993). *El cuerpo, el espacio y el tiempo*. Amorrortu.
- Winnicott, D. (1958). La capacidad para estar solo. En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.