

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

Actitud clínica en la virtualidad: el abordaje psicológico en la niñez y la adolescencia.

Cuéllar García, Ixchel.

Cita:

Cuéllar García, Ixchel (2022). *Actitud clínica en la virtualidad: el abordaje psicológico en la niñez y la adolescencia*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/972>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/xY5>

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>.

ACTITUD CLÍNICA EN LA VIRTUALIDAD: EL ABORDAJE PSICOLÓGICO EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Cuéllar García, Ixchel
Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Las consultas psicológicas se incrementaron con la pandemia COVID-19. La incertidumbre que produjo a nivel social esta situación desconocida, así como el riesgo de vida físico y psíquico que implicó para la población, generó consecuencias en la salud mental. En los más jóvenes se observaron efectos psicopatológicos por el encierro e interrupción de la cotidianidad, base de la confianza en la continuidad del existir. Las consultas por niños, niñas, adolescentes y pacientes con presentaciones psicopatológicas graves, representaron un desafío profesional, ya que para acompañar los procesos subjetivantes la presencia física del terapeuta es fundamental. ¿Cómo dar respuesta al pedido de ayuda cuando estaba imposibilitada la atención en el consultorio? La actitud clínica basada en la ética profesional, la legalidad y la técnica de abordaje clínico, es el concepto a revisar en este escrito, ya que posibilitó la atención psicológica por medios virtuales, integrando la escucha activa y la adaptación del encuadre basado en el diagnóstico, posibilitando la atención psicológica en tratamientos acordes a cada caso, lo cual se ejemplifica con materiales clínicos.

Palabras clave

Actitud clínica - Ética y Legalidad - Encuadre - Proceso terapéutico

ABSTRACT

CLINICAL ATTITUDES IN VIRTUALITY: THE PSYCHOLOGICAL APPROACH IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Psychological consultations have increased during the COVID-19 pandemic. The uncertainty that this unknown situation produced at the social level, as well as the physical and psychological risk that it implied for the population, have generated consequences in mental health. In the youngest patients, psychopathological effects were observed due to the confinement and interruption of normal everyday life, the basis of confidence in the continuity of existence. The consultations for children, adolescents and patients with serious psychopathological presentations represented a professional challenge, since the physical presence of the therapist is essential to accompany the subjectivizing process. How to respond to the request for help when the attention in the office was impossible? The clinical attitudes based on professional ethics, legality and the clinical approach technique, are the concept to be reviewed in this paper, since they made psychological care

possible by virtual means, integrating active listening and the adaptation of the setting based on the diagnosis, making the psychological approach possible in treatments according to each case, which is exemplified with clinical materials.

Keywords

Clinical attitudes - Ethics and Legality - Setting - Therapeutic process

Atención psicológica en pandemia

La práctica de esa relación singular de transferencia y contra-transferencia que posibilita procesos psíquicos y emocionales en el paciente, actualmente debe repensarse. Pensar es ese trabajo de representación, referido aquí a la labor clínica en su variedad y diferencia, de acuerdo a las presentaciones psicopatológicas y a las posibilidades de abordaje.

Esa relación singular profesional-paciente, es posible debido al encuadre (Winnicott, D., 1960), es decir, las condiciones de trabajo dadas desde un profesional basado en su formación, en la ética y en la legalidad de su ejercicio.

El abordaje clínico en salud mental necesariamente se adapta a las condiciones del contexto y del tipo de clínica definido a partir del diagnóstico. Debido a esto, la pandemia y sus condiciones sociopolíticas comprometieron a los profesionales de la salud mental a adecuarse a las posibilidades de atención psicológica, ya sea por llamada telefónica o videollamada. La ignorancia de aquello que había que hacer y resolver por otros medios que no fueran la atención presencial, dio lugar a la creatividad.

Durante la pandemia surgieron consultas con situaciones de diferente gravedad que, ante la demanda de atención, no resultaba ético hacer esperar.

Durante el año 2020 se generó incertidumbre en la sociedad por el COVID-19. Recordemos el decreto 297/2020 de necesidad y urgencia (DNU) con el que Argentina ingresó en "Aislamiento social preventivo y obligatorio" (ASPO), manteniendo en su casa a la mayoría de la población durante varios meses.

La pandemia se instaló como un evento traumatogénico que se vive como un sinsentido, es decir, una situación que causa un impacto desestabilizante, que de forma brusca e imprevista desborda toda anticipación y defensa (Benyakar, 2005), causando estrés y exigencia de trabajo psíquico para procesar y representar lo vivido. Subrayemos que esta situación también afectó a los profesionales de la salud, en dos sentidos, al tiempo que

se requería de nuestra atención a la población, se presentaba la exigencia de trabajo psíquico para procesar lo vivido.

Con la pandemia se observó un aumento de demanda en las guardias de salud mental, en el área infanto-juvenil varios psiquiatras y psicólogos/as en jornadas y congresos coincidieron en la observación de que durante el primer año de pandemia se vieron desbordados con casos de intentos de suicidio, así como problemas de adicciones y brotes psicóticos. De acuerdo con la OMS (2022) durante el primer año de pandemia la ansiedad y la depresión aumentó un 25% en la población mundial.

Por su parte un sondeo realizado por UNICEF (2020) muestra que la crisis del COVID-19 ha tenido un importante impacto en la salud mental de las y los adolescentes y jóvenes de Latinoamérica y el Caribe, en la publicación “El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes”, se detalla que el 73% de los participantes ha sentido la necesidad de pedir ayuda en relación con su bienestar físico y mental.

De acuerdo con la OMS (2020), alrededor de 1 de cada 5 niños, niñas y adolescentes es diagnosticado con un trastorno mental. Mientras que la depresión es una de las causas más importantes de discapacidad y uno de los principales trastornos a nivel mundial, teniendo la incidencia de un suicidio cada 40 segundos. Teniendo en cuenta las cifras anteriores en el contexto de pandemia y ante la demanda de consultas psicológicas, se observó en el ámbito psicológico diferencias respecto a la atención. Centros que trabajan con niños y niñas no prestaron atención durante el ASPO, con lo cual llegaron consultas de personas que dejaron de atender a sus hijos/as en dichos centros. Una realidad se expresó mediante las consultas; la necesidad de intervención de profesionales de la salud mental con niños, niñas, adolescentes y sus familias.

Pareciera que, ante tal demanda hubo colegas que no dieron respuesta profesional debido quizás a la dificultad para abordar la situación mediante la virtualidad o por su propio estado psíquico, ya que la inmunidad psíquica ante las adversidades es singular. Quienes pudimos dar respuesta a las consultas actuando en un principio con las herramientas y la experiencia clínica con que contábamos, vivimos un tiempo de ignorancia que dio lugar a cuestionamientos de la práctica, así como reflexiones de lo ocurrido.

En la especificidad de la clínica con niños, niñas y adolescentes resultó complejo pensar la atención psicológica por videollamada, cuanto menor edad cronológica y dificultad para el intercambio social, más difícil resultaba dar cuenta de ¿cuál sería el encuadre a seguir?, ¿cómo dar lugar al establecimiento de la transferencia?, ¿serviría la atención por videollamada?

Sin detenerme en las vivencias singulares de los pacientes, los duelos atravesados y las exigencias de trabajo psíquico, pero teniendo en cuenta estos factores a continuación desarrollaré un estudio referido a la práctica clínica mediante dispositivos y de forma virtual.

Pensar la clínica y la virtualidad

El trabajo de la práctica clínica es complejo, la formación de un psicoanalista o terapeuta se postula con tres bases, el estudio, la propia experiencia de análisis y la supervisión, sin embargo, es fundamental añadir a esto la escritura, trabajo imprescindible para procesar, a través del pensar, las experiencias clínicas y las teorías estudiadas. Por ello y ante las nuevas experiencias de la práctica profesional en la pandemia, es indispensable el pensar nuestro hacer, abrir preguntas, investigar.

En ese sentido el psicoanálisis es la base de la investigación en tanto que se constituye como método reflexivo en constante movimiento, pues la práctica está viva (Green A., 2002). Podemos pensar y preguntarnos por la clínica contemporánea, qué sucede con las presentaciones psicopatológicas actuales, cómo abordamos las diferentes problemáticas en la especificidad de cada etapa de la vida.

Actualmente hay conceptos teóricos desde los cuales pensar e investigar la práctica clínica, en ese sentido la atención psicológica virtual parte desde dos perspectivas, por un lado, resistiendo a los dogmas teóricos, al abrir preguntas, resaltando la actitud clínica y la creatividad. Por otro desde los principios de “El Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina” (Fepra, 2013), cómo no responder a las consultas, si la impronta de sus incisos nos compromete en nuestra labor con las personas, a propósito de esto citó dos de sus principios: “A. Respeto por los derechos y la dignidad de las personas. Los psicólogos se comprometen a hacer propios los principios establecidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos” (Fepra, 2013, p. 3). Por esto ante la necesidad del otro, el pedido de ayuda, es fundamental una posición receptiva. Es derecho de las personas recibir respuestas cuando consultan y atención cuando lo requieren.

Responsabilidad social. Los psicólogos se comprometen a asumir sus responsabilidades, profesional y científica, hacia la comunidad y la sociedad en la que trabajan y viven. Este compromiso es coherente con el ejercicio de sus potencialidades analíticas, creativas, educativas, críticas y transformadoras. Los psicólogos ejercen su compromiso social a través del estudio de la realidad y promueven y/o facilitan el desarrollo de leyes y políticas sociales que apunten, desde su especificidad profesional, a crear condiciones que contribuyan al bienestar y desarrollo del individuo y de la comunidad. (Fepra, 2013, p.4)

Estos principios son la base de la práctica profesional, es necesario conocerlos, así como la ley de salud mental 26.657 y los derechos de niños, niñas y adolescentes. La atención psicológica ante las consultas con o sin pandemia, está atravesada por aspectos éticos y legales que comprometen la labor del profesional de psicología a dar respuesta ante la consulta, ya sea abordando la situación o derivando a algún colega capacitado en lo que al pedido de ayuda refiere.

Consultas en tiempos de la virtualidad

El trabajo mediante entrevista por llamada o videollamada se impuso como recurso único durante el ASPO, el distanciamiento físico no implicó el aislamiento social en muchas situaciones, cuando fue posible utilizar dispositivos para el encuentro mediante la virtualidad.

Mientras que la llamada o videollamada permiten la atención psicológica con adolescentes y adultos, cuando la gravedad del caso así lo permite, con niños, niñas y personas con presentaciones psicopatológicas de gravedad, se vuelve un desafío ¿cómo pensar la respuesta a las consultas en tiempos de la virtualidad?, ¿cómo realizar evaluaciones diagnósticas mediante un dispositivo?

La respuesta a cómo abordar las consultas durante el aislamiento, es en principio sostener lo que propongo como “*actitud clínica*”, complejo concepto que da cuenta de las diversas aristas que constituyen al profesional de la salud mental en su formación, legalidad y ética. A continuación, presentaré algunos conceptos que componen a la actitud clínica desde el campo teórico:

La escucha ante el pedido de ser escuchado, es una cuestión ética dar lugar a la situación o a la necesidad que está planteando quién consulta. Es necesaria una primera escucha generalmente por llamada para establecer un tiempo y espacio para una entrevista.

El médico griego Hipócrates fue para D. Winnicott (1960) quien fundó la actitud profesional. Para el psicoanalista y pediatra, dicha actitud correspondía a la ética profesional diferenciada de la persona común, es decir la responsabilidad hacia los pacientes y su cuidado, así como la técnica.

“Entre el paciente y el analista está la actitud profesional del analista, su técnica, el trabajo que realiza con su mente” (Winnicott, D., 1960, p. 212). Ese “entre” que plantea el autor da cuenta de su posición profesional y el tipo de abordaje, no sólo como analista sino como terapeuta, es decir que el diagnóstico modifica la actitud del profesional según nos encontremos frente a una presentación psicopatológica en relación al síntoma y como defensa la represión, ó defensas arcaicas en presentaciones del tipo trastorno donde hay emergencias psicopatológicas anteriores a la instalación de la represión primaria y a la diferenciación de sistemas (Bleichmar, S., 1993).

Entre lo propuesto por D. Winnicott como lugar del analista, y lo propuesto en este escrito cabe subrayar la diferencia de la palabra “profesional” del uso referido a la “clínica”, ambas propuestas dan cuenta de la transferencia y contratransferencia, del encuadre y de la ética, por su parte agregó la legalidad del ejercicio profesional y subrayó que lo relevante en la actitud es la clínica, es decir, el deseo de ayudar a otro, basándose en la formación, la experiencia en la práctica y la capacidad de adaptación a las necesidades y al cuidado del paciente.

La secuencia de movimientos profesionales desde un inicio dan cuenta de la actitud clínica. Ante la escucha activa, el profesional se debe preguntar qué tipo de presentación diagnóstica

tendrá la persona por la que se consulta, si aspectos más neuróticos o fronterizos. En un principio son hipótesis generales de acuerdo a la información obtenida en el primer contacto, pero es necesario realizar entrevistas preliminares y un proceso de evaluación para construir un diagnóstico, el cual además se irá modificando a medida que se va avanzando en el trabajo con el paciente (Winnicott D., 1959).

Asimismo, es fundamental que el profesional pueda “hacer un «autodiagnóstico» sobre su capacidad de investir y de preservar una relación transferencial no con un neurótico, un psicótico, un fronterizo, sino con lo que llegado el caso entrevea, más allá del síntoma, acerca de la singularidad del sujeto” (Aulagnier P., 1989, p.171). Ante la conclusión de no poder abordar a determinado caso, es relevante el trabajo de derivación cuidadosa en el que la persona no pierda la confianza en que puede ser ayudado.

La decisión de alojar una situación clínica durante la pandemia, implicó establecer el tiempo y espacio de encuentro mediante videollamada. Al respecto D. Winnicott (1963) propone que lo relevante es la posibilidad de comunicar del sujeto y de ser escuchado. Las condiciones de escucha se establecen desde el encuadre, propuestas dadas en un principio por S. Freud ya en 1912 con “Consejos al Médico sobre el tratamiento psicoanalítico” y también por autores contemporáneos como D. Winnicott y A. Green.

El encuadre es un elemento indispensable en la *actitud clínica*. Comienza con las condiciones dadas para el encuentro por parte del profesional, acordando día, horario y lugar para una entrevista. Lo que siempre fue en el consultorio se presentó durante el ASPO como un desafío, a saber, el construir esas condiciones de encuentro en el espacio virtual. Es pertinente aclarar la necesidad de una buena conexión a internet, un dispositivo con suficiente batería, una habitación con puerta para contar con intimidad y auriculares. Asimismo, la posibilidad de verse a través de la pantalla es la oportunidad para armar cuerpo en la pantalla por un lado y por otro que el paciente introyecte la imagen del analista.

Lo relevante del encuadre es en términos de D. Winnicott (1962), adaptarse a las expectativas del paciente para ir comunicándose desde la transferencia, es decir, el profesional es para quien consulta un objeto subjetivo (de la realidad interna), sin dejar de representar el principio de realidad, por esto maneja el encuadre, en tanto conducción de límites, tiempo y condiciones.

En el tiempo en que las instituciones, incluyendo las guardias de salud mental, se encontraban desbordadas, llegaban distintos pedidos de atención psicológica. Esto es de resaltar mediante algunos ejemplos:

La consulta por una niña en edad preescolar que llevaba transitando junto a su familia el largo recorrido burocrático con profesionales que acompañaron el otorgamiento del CUD (certificado único de discapacidad), la familia después de varios avatares reconocía las dificultades de su hija y la necesidad de trata-

miento, pero con la pandemia no les era fácil encontrar profesionales con disposición.

Una adolescente había dejado de comer al mes de que inició la pandemia, para cuando consultaron se encontraba muy delgada y el conflicto impedía cualquier tipo de ayuda intrafamiliar.

Otro adolescente se encontraba con llantos incontrolables en el inicio de la pandemia, tenía pensamientos invasivos referidos a eventos catastróficos, por ejemplo, una invasión extraterrestre o que un meteorito caería y destruiría a la humanidad. Lo relevante era la angustia que le aquejaba a un nivel irracional.

Consultan por un niño en edad escolar debido a que en la pandemia además de perder todo lazo social con pares, se encontraba en una situación familiar con uno de sus progenitores transitando el diagnóstico y tratamiento de cáncer.

Las preguntas se instalaron, ¿cómo no responder a esas consultas?, ¿cuáles serían los fundamentos de la técnica a seguir?, ¿cómo abordar los primeros encuentros de evaluación?

Siguiendo S. Ferenczi (1932), más allá de pensar las modalidades de abordaje, así como las intervenciones clínicas basadas en una técnica, el trabajo clínico es un trato humano que supone simpatía, la rigidez en la técnica positivista impediría ayudar a quienes consultan e incluso sería iatrogénica.

Así como S. Ferenczi (1873-1933) dio lugar a los casos que eran rechazados por sus colegas, basado en la convicción de que el profesional debe inventar la manera de responder a las situaciones que se le presentaban. Así la *actitud clínica* permite dar lugar a la ayuda, a las preguntas e investigación, implica deseo de ayudar, empatía.

Por su parte D. Winnicott (1896-1971) abordó casos más allá de la técnica tradicional, su variada práctica clínica lo llevó a establecer la importancia de la disposición para identificarse con el paciente y sus necesidades, más allá de la interpretación. En palabras del autor “cuando estoy ante un caso para el que no corresponde el psicoanálisis, me convierto en un psicoanalista que satisface o trata de satisfacer las necesidades de ese caso especial” (Winnicott D. 1962, p.221).

Otro ejemplo de un teórico contemporáneo es A. Green (1927-1912), que propone que el tipo de abordaje tiene que ver con la posición profesional respecto a la teoría-práctica-clínica, por un lado, corresponde seguir la regla fundamental, es decir la asociación libre y la atención flotante con posibilidad de interpretar lo reprimido, por otro, en casos no neuróticos, adaptar la técnica para posibilitar trabajos psíquicos que den figurabilidad a lo no representado (Green A., 2002).

Evaluaciones y tratamientos en tiempos de la virtualidad

Ante las diversas consultas durante el aislamiento, se dieron prácticas clínicas complejas, que supervisión mediante, es decir, con la posibilidad de pensar en “el entre” profesionales, hoy derivan en este trabajo escrito, basado en la labor vital de pensar y escribir, a propósito de las experiencias clínicas (Green, A., 2002). En las consultas por niños y niñas se comenzaron las entrevistas

preliminares con un adulto a cargo de la crianza. Fue fundamental realizar entrevistas continuas que posibilitaron conocer la situación y establecer la transferencia. Con presentaciones psicopatológicas graves se trabajó con un adulto a través de la pantalla para que *prestará cuerpo* al profesional, es decir, no se creó vínculo o contacto directo con el paciente, esto parecía absurdo e incluso iatrogénico, por lo plano de la pantalla e inhumano. Por su parte, con los pacientes con capacidad para establecer relaciones con terceros, fue posible trabajar por videollamada, desde su habitación mediante el juego y el dibujo. Con *prestar cuerpo* me refiero al hecho de que; como terapeuta, al no estar físicamente presente en el mismo espacio con el paciente, en la dimensión corporal, sensorial y tangible, puedo generar el encuentro vincular y las condiciones para los trabajos subjetivantes a través del cuerpo de un cuidador presente, real y tangible para el niño/a.

Ejemplo de lo anterior es el trabajo con un niño de 3 años que presentaba características de tipo autísticas. Fue necesario trabajar con la madre para que fuera ella quien realizará las intervenciones indicadas. Después de varias entrevistas con la familia del niño, verlo a través de videos y contactar con la escuela, fue posible realizar la evaluación. El niño que se quedaba horas mirando las ruedas de los autos, fue cambiando cuando la mamá logró entrar en su campo de juego, siguiendo las indicaciones terapéuticas (prestar cuerpo a la terapeuta) de incluir muñequitos en los autos, hablarle sutilmente, tener la intención de generar contacto primero objetos mediante, más tarde animando a los juguetes, dándoles voz y movimiento.

El trabajo terapéutico consistió en establecer el espacio transicional, en tanto espacio de tratamiento que posibilita los procesos subjetivos, como espacio subjetivo propio del niño. La confianza en el medio, la relación de unión del niño con el cuidador-medio y por ende la posibilidad de su capacidad creadora, permitieron posteriormente una separación entre el sujeto y el ambiente que da lugar al “espacio potencial con juegos creadores, con el empleo de símbolos y con todo lo que a la larga equivale a una vida cultural” (Winnicott, 1971, p. 145).

El niño durante los dos años de pandemia logró procesos de desarrollo que le posibilitaron comunicarse, jugar y relacionarse con la realidad compartida. Comenzó la primaria en una escuela común y si bien necesita aún del sostén terapéutico, su diagnóstico ha cambiado favorablemente.

Otro paciente de 5 años, ya establecido el vínculo transferencial, pudo apropiarse del espacio psicológico, jugando desde su habitación a cocinar, haciendo carreras de autos, armando competencias en las que cada uno desde su lugar físico, por ejemplo, debía acumular una torre libros o encontrar en el chat tal o cual emoji que el otro nombraba. También pudo proponer creativamente jugar a que él se escondía y la psicóloga tenía que adivinar en qué parte de la casa estaba. Además, pudo dibujar en la pantalla compartida y armar historias con sus dibujos. Así realizó en el tratamiento trabajos de representación para

procesar lo vivido, de constitución de identidad, de estar a solas y el establecimiento de la relación con la alteridad.

Respecto a la *actitud analítica*, retomamos a D. Winnicott (1962) que proponía al profesional como suficientemente bueno al adaptarse a las necesidades de sus pacientes sabiendo cuándo fallar, es decir no quedarse como objeto subjetivo, parte de la realidad interna del paciente. En un principio es fundamental la capacidad de identificación del profesional con el paciente para dar cuenta de sus necesidades, reconocer la dependencia y la necesidad de ser sostenidos durante procesos emocionales complejos y constitución de trabajos psíquicos, a modo de yo auxiliar mientras se fortalece el yo del paciente.

Por su parte A. Green (2002) dirá que el abordaje en la práctica clínica es posible, al dar lugar a la dialógica entre el encuadre del profesional y el paciente, el cual puede variar de acuerdo a la presentación psicopatológica, es decir, es un tipo de encuadre para pacientes neuróticos y otro para pacientes fronterizos. Así como un encuadre que no cambia, que es la acción analítica como encuadre interno del profesional, este es constante, tiene que ver con la formación del profesional, su propia experiencia de curación y su actitud neutra. La *actitud clínica* incluye esos encuadres, es la disposición profesional para ayudar a otro, desde un vínculo terapéutico, neutro y adaptable.

En ocasiones, el encuadre debe readaptarse en el transcurso del trabajo. Así sucedió en la experiencia clínica con un adolescente que durante el tratamiento dio lugar a las angustias arcaicas de las cuales se defendía a través de un falso-self (Winnicott, D., 1959), construido a través de ser el mejor alumno, el mejor hermano, siempre estudioso y amable. Con la pandemia se modificó ese lugar de alumno, sumado a las fallas ambientales en tanto imposibilidad para continuar su rutina, como la dificultad de la familia para sostener las angustias, por ello fue necesario un cambio en el encuadre terapéutico que diera lugar a sus necesidades.

Durante el periodo de aparición de angustias aniquiladoras, de derrumbe, fue fundamental modificar el encuadre, ya que corresponde a una regresión dentro del tratamiento a la dependencia, al revivir ciertos aspectos del ambiente que originalmente fallaron, es la esperanza del paciente en la posibilidad de curación y de ser ayudado por el terapeuta. La adaptación a las necesidades del paciente en este caso implicó estar disponible y sostener como yo-auxiliar, así, se le ofreció la posibilidad de escribir cada vez que lo necesitará, durante casi dos meses tuvo sesiones diariamente por videollamada, además se trabajó con el medio familiar.

En algunos casos se advierte al final (o incluso al comienzo) que el encuadre y su mantenimiento son tan importantes como la forma de encarar el material. En pacientes con determinado tipo de diagnóstico, la provisión y el mantenimiento del encuadre son más importantes que la tarea interpretativa. (Winnicott, D., 1964, p. 123)

En el material clínico presentado el encuadre y el sostén fue fundamental para que el paciente en el momento de regresión lograra convertirse en altamente dependiente pero real, es decir que aparezca su verdadero self y poder trabajar con este (Winnicott, D., 1959).

Conclusiones:

La atención psicológica mediante dispositivos virtuales es posible por la actitud clínica, es decir, la legalidad, la ética y la técnica, teniendo en cuenta los siguientes aspectos fundamentales:

- La escucha de la consulta, dando respuesta al pedido de ayuda y dando lugar a conocer cuál es la situación.
- Las hipótesis diagnósticas y el auto diagnóstico de la capacidad para atender esa situación. Cuando el profesional decide no abordar el caso, está en su deber derivar de forma cuidadosa para que no se pierda la esperanza de recibir ayuda.
- El encuadre en relación al diagnóstico. Es diferente el abordaje en el encuadre, la transferencia y la contratransferencia, con pacientes en proceso de constitución subjetiva por encontrarse en las etapas de la infancia, la niñez o la adolescencia con tendencias saludables o con presentaciones psicopatológicas del tipo del trastorno.
- El diagnóstico se va esclareciendo en el proceso de evaluación y en la continuidad de un tratamiento se va modificando. Es esperable que la experiencia psicoanalítica, psicológica o terapéutica arriben en transformación.

BIBLIOGRAFÍA

- Aulagnier, P. (1986) *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*. Amorrortu.
- Benyakar, M. y Lezica, A. (2006) *Lo traumático: Clínica y paradoja, Tomo 1 El abordaje clínico*. Biblos.
- Bleichmar, S. (1993) *La fundación de lo inconsciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Amorrortu.
- Fepra. (2013) *Código de ética de la federación de psicólogos de la República de Argentina*. fepra.org.ar.
- Ferenczi, S. (2008) *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*. Amorrortu.
- Green, A. (2002) *El pensamiento clínico*. Amorrortu.
- OMS (2020) "No hay salud sin salud mental" - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org). <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- OMS (2022) Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022 (who.int). https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental-health-2022.1
- UNICEF (2020) *El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes*. <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-jovenes>
- Winnicott, D. (1959) "La clasificación: ¿hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?". En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós.



- Winnicott, D. (1960) "Contratransferencia". En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós.
- Winnicott, D. (1962) "Los fines del tratamiento psicoanalítico". En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós.
- Winnicott, D. (1963) "El comunicarse y el no comunicarse que conducen a un estudio de ciertos opuestos". En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós.
- Winnicott, D. (1964) "Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis". En: *Exploraciones psicoanalíticas I*. Paidós.
- Winnicott, D. (1965) "El valor de la consulta terapéutica". En: *Exploraciones Psicoanalíticas II*. Buenos Aires, Paidós.
- Winnicott, D. (1971) *Realidad y juego*. Gedisa.