



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado

Modalidad:

Articulación teórico - clínica

Intervención psicoterapéutica de carácter psicodinámica a partir de un instrumento de distancia en el contexto de Emergencia Sanitaria por el virus Covid 19.

ÍNDICE

Resumen (250 palabras)	2
Introducción	2
Contextualización de la Intervención y el servicio	2
Extensión y atención en la policlínica psicológica de la Facultad de Psicología en el Hospital Universitario.	4
SNIS	6
Marco Conceptual	6
Concepto de Telepsicología	6
Intervención psicológica	8
Intervención psicológica focalizada	9
Consulta psicológica	10
Consulta psicológica y modelo psicodinámico	10
Transferencia y Contratransferencia a través de un instrumento de distancia	12
Encuadre y tecnología	13
La noción de encuadre interno	15
Alianza Terapéutica	17
Alianza terapéutica y tecnología	18
Preguntas y objetivos planteados para el TFG	19
Presentación del caso	19
Primera entrevista	20
Viñeta: contextualización y presentación de la situación a analizar	21
Análisis de la transferencia y contratransferencia	22
Conclusiones	23
Referencias Bibliográficas	24

Resumen (250 palabras)

Introducción

El presente trabajo final de Grado registra las experiencias personales transitadas en la práctica de Graduación "Intervenciones en el Hospital de Clínicas" en el año 2020 perteneciente a la Policlínica Psicológica que es llevada a cabo dentro del Hospital Universitario por el Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología Universidad de la República. Esta práctica consta del seguimiento de la consulta psicológica en el servicio de Salud mencionado, con la admisión de pacientes derivados de un comité de recepción conformado por estudiantes del Ciclo de Formación Integral de la Licenciatura en Psicología. Con la posterior toma, intervención y seguimiento a los usuarios de la Institución. Dicha intervención y seguimiento es llevada a cabo por estudiantes del Ciclo de Graduación, a través de consultas por videollamadas.

Contextualización de la Intervención y el servicio

En marzo de 2020 a partir del avance de los casos de brote por COVID 19 el Poder Ejecutivo solicita evitar aglomeraciones. El Consejo Directivo Central de la Udelar resuelve suspender las actividades académicas presenciales, organizar en plataformas digitales la enseñanza y las evaluaciones de acuerdo a dicha modalidad, para el primer semestre del 2020 (Udelar, comunicado 10,2020)

Debido a esta situación de Emergencia sanitaria, y el posterior mandato de aislamiento social y preventivo, muchos profesionales de la Salud Mental se vieron en la obligación de manejar la atención a sus pacientes a distancia. Esta modalidad no le fue ajena a la policlínica psicológica, con el servicio que brinda Facultad de Psicología con sede en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. La Facultad de Psicología como Institución universitaria se basa en los preceptos de extensión, investigación y enseñanza y es desde la creación del plan de estudios de 1988 del IPUR que tiene su

espacio en dicho Centro de Salud. Contribuyendo a la creación de conocimiento, respondiendo a las necesidades contemporáneas de nuestra sociedad.

Es en este contexto de Extensión Universitaria donde se llevan a cabo las prácticas de la policlínica psicológica que hasta el 2019 funcionaron de forma presencial, físicamente en el tercer piso del Hospital de Clínicas de la Universidad de la República. Ante tales medidas de distanciamiento social y confinamiento el equipo responsable de la policlínica consideró que no podía cerrar sus puertas en tiempos tan críticos para el país. La policlínica psicológica debió readecuar su método de asistencia implementando y formando al equipo docente y estudiantes en la telepsicología bajo los preceptos éticos de privacidad y confidencialidad. Contino y Casal (2021)

Dentro de la variada bibliografía consultada para llevar a cabo la Telepsicología enmarcada en el servicio que brinda la Policlínica psicológica se tomó como recurso de trabajo a nivel Internacional la Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de covid 19 en la población General (2020). Dicha guía creada en Madrid, está destinada a profesionales de la psicología con habilitación para el ejercicio sanitario, que pretendan intervenir por medios telemáticos, a la población en general afectada por el aislamiento y otros fenómenos psicológicos asociados a la epidemia y sus consecuencias. Es una herramienta que sirve de apoyo para la consulta profesional a sus intervenciones con población en general teniendo en cuenta las vicisitudes del contexto que se estaban atravesando: la imposibilidad de desarrollar intervenciones cara a cara, siendo un fenómeno impredecible como el que estaba aconteciendo y con consecuencias inciertas en el futuro.

Si bien en nuestro país existe el Código de Ética Profesional del Psicólogo (2001) el mismo no plantea dentro de sus artículos nada relacionado con la intervención psicológica a través de la Telepsicología. De todas maneras fue otra de las herramientas en las que se respaldó la práctica a la que hace referencia este trabajo. Estudiantes de Ciclo de Formación y de Grado como futuros profesionales y con el compromiso ético que implica ser estudiante universitario debimos recurrir a este documento.

En el capítulo 2 del mismo haciendo referencia a la obtención y uso de la información y la Confidencialidad habla del respeto escrupuloso del derecho del

receptor a la intimidad, por lo que el psicólogo debe guardar obligatoriamente el secreto con respecto a la información obtenida siempre a menos que esté en peligro la integridad del receptor. Considerando que en el artículo 6 de este código al que se hace referencia establece que el profesional en situaciones de emergencia social, colaborará con el Estado en la prevención, protección y mejoramiento de la salud psíquica y social de la población, independientemente de cualquier provecho personal. Podemos decir que esta instrucción o mandato ha sido cumplido y adoptado por la atención que brinda la policlínica psicológica del Hospital Universitario al disponerse al servicio de la sociedad en un contexto de Emergencia sanitaria como el que se venía desarrollando desde que se decretaron las primeras medidas de distanciamiento social y confinamiento.

Extensión y atención en la policlínica psicológica de la Facultad de Psicología en el Hospital Universitario.

Como plantean Contino y Casal (2021) el servicio que presta la policlínica psicológica en el Hospital universitario de Clínicas Doctor Manuel Quintela es de los más antiguos en la Facultad de Psicología. Contiene propuestas de prácticas preprofesionales de formación de Licenciados en Psicología en el contexto de la extensión universitaria y da respuestas a las demandas de la población usuaria de dicha Institución con diversos motivos de consulta. Es creado con el plan de estudios 1988 del IPUR dentro de las propuestas de servicios para cuarto y quinto ciclo de la carrera de Psicología, que con la incorporación del plan 2013 en la Formación de Grado de la Facultad la Policlínica pasa a integrar la oferta de prácticas y proyectos para el Ciclo de Formación Integral y el Ciclo de Graduación de la licenciatura en Psicología. Está conformado actualmente por tres equipos de recepción de consultas y cinco dispositivos de atención psicológica especializados: dos en intervenciones terapéuticas psicodinámicas, uno en intervenciones psicoterapéuticas de carácter cognitivo conductual, uno de intervenciones especializadas en duelos y crisis suicidas, otro en intervenciones en salas del Hospital con Residentes de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y dos equipos de evaluación psicológica en el grado y posgrado. Contino y Casal (2021).

Al ser una práctica pre profesional enmarcada en la función de Extensión entendemos pertinente acercarnos a este último concepto. La extensión como una de

las funciones de la Universidad de la República junto con la enseñanza y la investigación. Para Arocena (2009) la extensión es un proceso educativo transformador que contribuye a la producción de conocimiento nuevo, que vincula críticamente el saber académico con el saber popular, donde todos pueden aprender y enseñar, no hay roles estereotipados de educador y educando. De esta manera, plantea el autor que la extensión hace una importante contribución a la democratización del conocimiento, al cuestionar que el conocimiento solo puede estar en manos de algunos actores en desmedro de otros.

En su dimensión pedagógica, siguiendo con Arocena (2009) constituye una metodología de aprendizaje integral y humanizadora, de la manera que es llevada a cabo con participación e involucramiento de actores sociales y universitarios en las etapas de planificación, ejecución y evaluación, generando también procesos de comunicación dialógica.

Es a partir de la Segunda Reforma Universitaria Latinoamericana que se apunta a lograr una incorporación más efectiva de la extensión en las actividades de la Universidad de la República. Es así que, como plantea Arocena (2009) se contribuye a crear un modelo educativo centrado en la Formación Integral: allí se complementa teoría y práctica, aula y sociedad.

Otra dimensión importante a destacar es la integralidad de la propuesta que brinda el servicio de la Policlínica. De Souza (2010) plantea que los programas de Intervención clínica en servicios de salud, que lleva adelante la Facultad de Psicología se sustentan en proyectos de investigación y/o extensión. La enseñanza se integra y se produce a partir de los proyectos, tendiendo al desarrollo de una formación integral. Es decir que, se procura, según De Souza (2010) que los estudiantes puedan unir procesos de reflexión teórica y de producción de conocimiento en las actividades en las que intervienen.

En el contexto de Emergencia sanitaria empezaban a surgir diversas demandas hacia la Universidad. Es en este marco que se requería pensar en clave de extensión e integralidad, respondiendo a los problemas que el país presentaba. Esto obligó a los equipos universitarios a planificar sus propuestas desde la virtualidad y discutir desde la reflexión sobre qué significa hacer extensión en distanciamiento

SNIS

El diseño de este servicio clínico universitario que presta la policlínica psicológica tiene una estructura académica que contempla la enseñanza y el aprendizaje de los futuros psicólogos para las intervenciones clínicas en psicología dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) principalmente enmarcado en el segundo nivel de atención que incluye al Hospital Universitario, así como para la aplicación del Plan de Prestaciones en Salud Mental (PPSS) y la implementación de la nueva ley 19.559 en salud mental. Contino Y Casal (2021)

El SNIS está regulado por la ley 18.211 (2007) esta misma reglamenta el derecho a la protección, promoción y prevención de la Salud que tienen todos los habitantes del Uruguay. Los lineamientos de la reforma de la Salud se desarrollan en el marco de discusión del Ministerio de Salud Pública con los actores involucrados, nucleados en el Consejo Consultivo para el Cambio en Salud. Esta reforma propone universalizar el acceso a la salud, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y una orientación que privilegie la atención integral que implica acciones de promoción y prevención en salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la salud.

Como plantea Ginés (2005) citado por Contino (2015) como director del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) dentro de este programa se pretende implicar el conjunto de intervenciones que combinen la prevención primaria con dispositivos psicoeducativos y a un segundo nivel abordajes psicoterapéuticos específicos. Con el PNSM siguiendo a Contino (2015) se recoge la orientación a la atención Primaria en Salud como propuesta principal encauzada en la comunidad. Los avances en psicoterapia y los procedimientos psicosociales abiertos a la sociedad como los que se realizan en el Hospital de Clínicas aportaron al decreto del Poder Ejecutivo de agosto de 2011, que consideró el carácter prioritario de la Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. (p.16)

Marco Conceptual

Concepto de Telepsicología

El nombre es utilizado para describir el uso de herramientas tecnológicas con el fin de proporcionar un servicio psicológico. Este concepto varía según autores, algunos lo llaman ciberanálisis, ciber terapia, psicología online, terapias online. El Consejo General de Psicología de España toma la definición considerada por la

American Psychological Association (APA) y define la Telepsicología como: “la prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías de la información y de la telecomunicación, mediante el procesamiento de la información por medios eléctricos, electromagnéticos, electro ópticos o electrónicos. Dentro de estos medios podemos incluir los dispositivos móviles, los ordenadores personales, los teléfonos, las videoconferencias, el correo electrónico, webs de autoayuda, blogs, redes sociales.” APA (2013).

En el 2017 se edita traducida al español la Guía para la práctica de la Telepsicología aportando las pautas básicas en cuanto a la confidencialidad, privacidad de datos y el tipo de plataformas que se manejan para el uso de las prestaciones de servicios psicológicos.

Desde el enfoque planteado en este manual, la psicología como ciencia no ha sido ajena al avance de las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Profesionalmente asume varias responsabilidades para el ejercicio del rol en la Telepsicología es por ello que esta Guía tiene el objetivo de proporcionar recomendaciones en base a los principios Éticos y Deontológicos, estableciendo un marco ético y normativo para el desarrollo de tales actividades profesionales.

En el 2018 el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid en colaboración con el Colegio oficial de Psicólogos de Madrid elabora la Guía para la Intervención Telepsicológica. Esta guía presenta un conjunto de indicaciones para la toma de decisiones del profesional de la Psicología en su práctica clínica.

En esta misma guía se plantea dentro de la clasificación de las intervenciones online el marco temporal en el que el intercambio de información puede ser: sincrónico si es en tiempo real, tal como el teléfono, audio, videoconferencia, mensajería instantánea, chat. O puede ser asincrónica, es decir no se desarrolla en tiempo real sino que éste es diferido, tal como sucede con emails, vídeos y audios grabados.

Morón y Aguayo (2018) nos plantean que la práctica de la telepsicología implica considerar un cierto marco legal, ético y normativo, políticas intra/interinstitucionales así como la formación en nuevas tecnologías. En su texto nos traen las directrices que establece APA (2010) con las que se hace respaldar el correcto manejo de la telepsicología. A continuación tomo cuatro de las ocho directrices que aparecen en el texto de los autores mencionados.

- *Cumplir con los estándares de protección en la prestación de servicios de telepsicología.* Procurar que se garantice y cumpla los estándares éticos y profesionales de atención durante todo el proceso del servicio de telepsicología ofrecido.
- *Consentimiento informado:* ofrecer y documentar el mismo, que aborde específicamente las inquietudes relacionadas con los servicios de telepsicología que prestan. Al hacerlo, los psicólogos/as conocen las leyes y regulaciones aplicables
- *Confidencialidad de datos e información:* los profesionales que brindan el servicio de telepsicología deben proteger y mantener la confidencialidad de los datos e información de sus pacientes e informarles de los riesgos de la confidencialidad que trae el uso de las tecnologías, en caso de que las haya.
- *Seguridad y transmisión de datos e información:* quienes practican la telepsicología han de tomar acciones para garantizar que existan medidas de seguridad para proteger los datos y se ha de valorar qué riesgos existen en cada caso, antes de entablar dichas relaciones para evitar la divulgación de datos confidenciales.

Intervención psicológica

“La Psicología Clínica se ocupa de la investigación, comprensión e intervención de las condiciones que pueden generar malestar o sufrimiento a las personas en los distintos y variados contextos en los que puedan tener lugar y en las dimensiones; individual, grupal, familiar, institucional y comunitaria” (2010) Documento de creación del Instituto de Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad de la República

Es decir que a la Psicología Clínica le interesa la mente del sujeto, su relación con el entorno y su relación que establece con el terapeuta, unido a lo que acontece socialmente, culturalmente y en el tiempo. Da respuestas a las situaciones en un contexto. Dentro de la Psicología Clínica, existen tres tipos de intervención clínica: uno es la entrevista de recepción, otro las intervenciones diagnósticas y otro las intervenciones psicoterapéuticas. Se desarrolla a través de un método clínico, heredado de la práctica médica “clínico” es todo aquello que involucra observación directa del paciente, el enfoque clínico permite utilizar una diversidad de herramientas como plantea Ulloa el método es una forma de proceder respaldado en una teoría.

Como plantea Contino (2012) “Toda intervención clínica tiene lugar en el marco de una consulta psicológica que implica el encuentro entre el profesional de la Psicología con otro, este se encuentra en la posición de un pedido de ayuda explícito o no. Este encuentro se ve facilitado por un encuadre que permite que tenga lugar un determinado vínculo, dando lugar a un espacio de producción de sentidos”. (p.51)

La intervención psicológica implica realizar acciones que inciden o influyen en otros con determinada intención transformadora, la intervención es de hecho una intromisión en los asuntos internos de la persona, promoviendo así determinados efectos. La práctica clínica desarrollada en la Policlínica psicológica del Hospital Universitario la cual hace referencia este trabajo, fue enmarcada en una intervención focalizada con aproximación desde el diagnóstico dinámico y estructural situacional (qué es lo que le pasa al paciente en el aquí y el ahora). Como estudiantes de Grado tenemos un cierto saber y el paciente tiene un saber con lo que él supone que le pasa, nosotros debemos acercarnos a la idea que él trae.

Como fue mencionado anteriormente, durante el 2020 la Policlínica psicológica fue uno de los servicios universitarios de la Facultad de Psicología que mantuvo su atención a la población consultante, incorporando las intervenciones clínicas mediante Telepsicología. Contino y Casal (2021). Esto determinó instrumentar parámetros de manejo ético profesional frente a su nuevo dispositivo de intervención psicológica, desarrollando un relevamiento bibliográfico sobre los aspectos éticos de las telecomunicaciones. Se elaboraron por parte de los docentes dos documentos: el consentimiento informado para los usuarios y un compromiso de confidencialidad para los estudiantes que cursaban la práctica adaptados al dispositivo de Telepsicología. Este contexto de intervención psicológica a la distancia determinó cuidar más que nunca el aspecto confidencial del encuadre configurando también una actitud y aptitud clínica que acondicionan a la utilización de un método clínico en contextos no tradicionales. Contino y Casal (2021 p.47)

Intervención psicológica focalizada

La terapia focal es un procedimiento de objetivos limitados, pudiendo ser (o no) de tiempo limitado. Esto significa que: o bien tiene un final temporalmente prefijado, siendo además sensiblemente más breve que el tratamiento psicoanalítico tradicional. O también, puede ser que aun no teniendo un final preestablecido de antemano, su

duración total es menor que la de un análisis, contándose por lo general en semanas, meses, en lugar de años. Braier (2009)

Los tratamientos de objetivos limitados, siguiendo con el autor Braier (2009) tienen la tarea de focalizar, esto es, de centrar la labor terapéutica en una determinada problemática instalada en la estructura psicológica del sujeto. Lo convoca a aspirar a mejoras y cambios determinados, que entre las metas terapéuticas habrán destacado por sobre otras dada su urgencia o importancia.

En las intervenciones focalizadas se plantean necesidades terapéuticas más bien puntuales y con un grado suficiente de focalidad. Esto es, según Braier (2009) una problemática a ser encarada terapéuticamente admite un recorte que de forma fundamentada facilita el empleo de tal terapia. En cuanto a la técnica en sí misma, lo que permite distinguirla de otras es su manera procesal, es decir, que se realiza una suerte de corte longitudinal de este modelo de procedimiento terapéutico en vez de transversal, de tal manera que permite considerar el devenir de los fenómenos que van surgiendo en el seno del vínculo paciente-terapeuta. Braier (2009)

Consulta psicológica

La consulta psicológica como lo plantea Cristóforo (2002) es un proceso de diagnóstico y/o intervención psicológica donde se atiende y responde al pedido de ayuda habilitando, en el vínculo consultante y psicólogo, un espacio a la producción de sentidos.

Para De Souza (2010) la consulta psicológica es la consulta que se realiza al profesional de la Psicología, en el contexto de la Clínica psicológica la cual busca responder a la solicitud de ayuda ante un sufrimiento psíquico.

Consulta psicológica y modelo psicodinámico

Contino (2015) nos plantea que existen muchas formas de abordaje de la consulta psicológica, sin embargo la que ha predominado en el medio académico y profesional de la Región del Río de la Plata, ha sido la consulta psicológica desde el

modelo Psicodinámico. Ésta es una derivación del modelo psicoanalítico y aborda la tarea clínica en base a términos de diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Los autores Maganto Y Ávila (1999) realizan una revisión del concepto de psicodiagnóstico basado en las teorías psicoanalíticas y el modelo psicodinámico de ellas derivado, junto con los presupuestos teóricos en los que se sustenta. Haciendo referencia a los presupuestos conceptuales del modelo psicodinámico nos plantean que, el psicoanálisis tiene un corpus teórico con entidad propia y una técnica muy específica (el tratamiento psicoanalítico convencional) mientras que para el modelo psicodinámico el psicoanálisis es el marco conceptual básico, pero no la única teoría explicativa de su quehacer clínico. Existen variadas intervenciones clínicas y comunitarias que desarrollan los clínicos con formación psicoanalítica y que los autores mencionados rotulan como psicodinámicas.

Retomando el trabajo de Contino (2015) la misma afirma que, en el modelo psicodinámico son focalizados los conflictos con una mayor directividad. En los procesos tanto de intervención terapéutica como de evaluación diagnóstica, por el hecho de que el tiempo es limitado. Distinto al modelo psicoanalítico tradicional que no lo es. La consulta psicológica desde el modelo psicodinámico desarrolla la tarea clínica en base a términos de diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Utilizando como método la técnica de la entrevista psicodinámica y la aplicación de técnicas proyectivas, si el caso lo amerita. Estas herramientas proporcionan al clínico un valor diagnóstico para la generación de hipótesis, contando con un panorama del sujeto, donde el comportamiento funcional y disfuncional están integrados en una perspectiva de estructura.

La consulta psicológica desde el modelo psicodinámico, avanzando en la lectura de Contino (2015) nos plantea que el entrevistador acompaña al sujeto en la comprensión de sí mismo, la historia individual y los aspectos contextuales de su situación. Se trata de realizar una lectura clínica de los aspectos preconcientes, inconscientes y de emociones, que se manifiestan conflictivamente, trabajando con el paciente para hacer consciente aquello que es preconsciente y de forma circunstancial inconsciente. Existe en el motivo de la consulta psicológica un sentido manifiesto y otro latente. El manifiesto es la consulta explícita por la cual el paciente se acerca. La teoría psicodinámica pretende que en el desarrollo de la consulta psicológica y en el procedimiento de su evaluación diagnóstica se pueda llegar al contenido latente, es decir a los sentidos o significados inconscientes del paciente.

Transferencia y Contratransferencia a través de un instrumento de distancia

Abordar estos conceptos técnicos, enriquecerán el trabajo y nos ayudarán a responder las preguntas trazadas referidas a los objetivos del mismo. Estos conceptos no fueron elegidos al azar, sino que son parte importante de la experiencia clínica transitada y enmarcada en el caso en concreto elegido.

Waizmann y Roussos (2009) plantean que la transferencia-contratransferencia provee el material con el que el proceso analítico trabaja. La transferencia se basa en los afectos y actitudes relacionales que provienen de relaciones significativas tempranas en el paciente, no necesariamente de la temprana infancia con padres y otras figuras de cuidado. Esta imagen y afecto se deposita en la figura del analista que es percibido en términos similares a los objetos originales.

Laplanche y Pontalis (1996) definen Transferencia en Psicoanálisis como “el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad”. (p.439)

Respecto de la Contratransferencia los mismos autores mencionados Laplanche y Pontalis (1996) la definen como: “conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado, y especialmente, frente a la Transferencia de éste”. (p.84)

Desde los inicios del Psicoanálisis Freud y sus discípulos se preguntaban cómo realizar tratamientos viviendo en lugares geográficos diferentes. Fue a través de cartas por correspondencia, que en un principio se analizaban muchas de las conflictivas a las que Freud daba respuesta a sus pacientes. Con los avances tecnológicos, hubo quienes se embarcaron a los tratamientos telefónicos, al día de hoy el desarrollo de dispositivos digitales han abierto la oportunidad de tratamientos a distancia.

Castillo (2021) desarrolla un análisis sobre el tratamiento psicoanalítico a distancia, y pregunta: ¿Existe una desconfianza a este tipo de tratamientos? ¿Qué nos lleva a desconfiar de esta modalidad de tratamiento? Esta autora plantea que la desconfianza podría darse por: -el temor al rompimiento del encuadre tradicional (la presencialidad del consultorio y de los cuerpos) –El temor de que la transferencia no

se despliegue si se está en un contacto a distancia –La necesidad de una posición más activa del analista en estos tratamientos con encuadres modificados.

En cuanto al vínculo transfero-contratransferencial, siguiendo a Castillo (2021) plantea que vivimos a nuestro analista como si fuera nuestra figura primaria, trasladamos deseos, demandas, expectativas y conflictos de otro espacio y tiempo, lo temporal se ve afectado y viajamos del pasado al presente incluso al futuro con fluidez. Entonces, ¿Qué nos haría pensar que esto estaría delimitado por el contacto físico?

Esta autora, considera que la posibilidad del despliegue de lo transferencial depende de lo dispuesto como analista que estemos a ser usados como objetos durante el tratamiento. Haciendo referencia con esto a las ideas de Winnicott (1993) citado por Castillo (2021) que para usar el objeto hay que desarrollar una aptitud que le permita al bebé usarlo, esa capacidad se logra cuando el sujeto ha llevado a cabo su proceso de maduración dependiente del ambiente facilitador. Esta disposición, postula la autora, no está sostenida en la presencia física del contacto, sino en la función analítica que nos permite presentarnos en la relación para que el paciente nos use y despliegue de forma plena lo transferencial.

Encuadre y tecnología

Veremos como a continuación Castillo (2021) define el encuadre tratando de responder si el mismo alude a una concepción material o inmaterial y cómo ponerlo en acción frente a los dispositivos a distancia. Esta autora define el encuadre como las constantes espacio-temporales, económico y logístico que se establecen para que el proceso analítico pueda desarrollarse. Agrega además las disposiciones de los roles y expectativas, conscientes e inconscientes, que se tienen de cada miembro de la diada de trabajo (Etchegoyen, 2002; Freud, 1912 y 1913; Tubert-Oklander, 2013) citados en Castillo (2021).

Otros autores, Vaisman y Fontova (2021) destacan que el encuadre no se impone ni se establece de una vez, (no es estático ni inamovible) sino que se va construyendo poco a poco. También plantean que el encuadre es un límite, tiene una dimensión restrictiva, de manera que indica lo que no se puede hacer. Pero también tiene una dimensión contenedora, la de proteger. El primer desafío en la terapia a distancia es lograr construir un espacio y un tiempo que faciliten la posibilidad de

conectar, asociar, producir, es decir crear las condiciones necesarias para el desarrollo del proceso analítico.

De esta manera, retomando a la autora Castillo (2021) si sostenemos la función de encuadre, que permita preparar el terreno para que se ponga a disposición la función analítica, entonces el despliegue transferencial se dará, ya sea de forma presencial o a la distancia.

El encuadre como función o función de encuadre son aspectos retomados de la noción de ambiente suficientemente bueno que define Winnicott (1992, 1999a, 1999c, 1999d) citado en Castillo (2021). El encuadre analítico asociado a la habitación del bebé, establecido para proveer al recién nacido de un medio que le permita adaptarse gradualmente a todos los elementos de la realidad, de presentarse de forma abrupta podría ser abrumador. Derivado de esto, la función materna y la adaptación maternal primaria para que todo lo anterior se logre podría dar a pensar en asociación a la función continente de la que hablábamos anteriormente, que corresponde realizar el analista durante el tratamiento (Bion, 1996 y 2015; Lutenberg, 2014) citados en Castillo (2021).

A raíz de todo ello y analizando todo lo anterior, Castillo (2021) destaca que si analizamos todas las funciones y características del encuadre resulta evidente que la mayoría de ellas no son dependientes de la situación material, sino que se sostienen por la actitud analítica y del compromiso del analista y del analizando.

Delpréstitto (2015) en su trabajo plantea la reflexión acerca de incluir la tecnología en el marco de la práctica psicoanalítica y sus consecuencias técnicas y teóricas. La autora parte de un caso de un paciente en análisis con el cual trabajó, en donde el medio de comunicación utilizado a partir de cierto momento fue el correo electrónico. En este sentido, es que señala que el encuadre y los elementos que lo conforman sufren una transformación. En donde en esta forma de diálogo, en la que el feedback a diferencia de lo que sucede de forma presencial, es en diferido.

Este paciente, tenía que ausentarse por un mes por circunstancias laborales. A medida que se acercaba la fecha, se presentaban miedos, entre ellos el de interrumpir el análisis, a lo que ella, le propone al paciente mantener la comunicación vía correo

electrónico, debido a la diferencia horaria y también el gusto por la escritura que el paciente había planteado.

En este proceso de análisis Delpréstitto (2015) plantea que él era quien marcaba el camino por momentos, ella funcionaba de objeto acompañante, depositando el paciente en ella los miedos. Lo importante en el posicionamiento analítico de no hacer interpretaciones que calaran profundo y desestabilizaran las defensas del paciente. Esta autora alude al concepto de contratransferencia complementaria, actuando como un objeto interno del paciente.

Veremos cómo los autores que trabajan la idea de encuadre interno, según plantea Delpréstitto (2015) los límites incorporados en todo analista son producto de su propio análisis, estos autores desde este enfoque, hacen énfasis en los aspectos psíquicos del encuadre que en los formales.

La noción de encuadre interno

Alizade (2002) concibe el encuadre interno como un conjunto de propiedades psíquicas que interactúan como radares o antenas invisibles. El analista incorpora el encuadre interno a partir de su propio análisis, experiencia de vida y condiciones personales. Este concepto al depender de factores intrapsíquicos y comunicacionales es complejo para medirlo. "Es un proceso que resulta del encuentro entre un analista que posee el dispositivo interno de análisis y un paciente que acepta el despliegue del trabajo analítico" (p.1).

Otro autor que habla de este concepto es Schroeder (2010) el cual escribió acerca de repensar esta concepción de encuadre interno. Es a partir de los años noventa que algunos aportes psicoanalíticos comienzan a desarrollar esta noción. Este concepto es abordado tanto para el tratamiento de las patologías no neuróticas como para lo que algunos autores llaman el "desmantelamiento" del encuadre psicoanalítico tradicional.

Es Donnet (1973) citado en Schroeder (2010) quien hace referencia al concepto de encuadre interno por primera vez. Postula que el encuadre es una condición necesaria de la que no se sabe con certeza si es intrínseca o extrínseca, de

todas formas, el "verdadero encuadre sería interno al analista y se apoyaría sobre la conciencia clara que él mismo tiene de su posición de analista". (p.146).

Existen varias razones según Schroeder (2010) para que la comunidad psicoanalítica adoptara este concepto de encuadre interno y lo expandiera a mediados de los noventa. Una razón sería la ampliación de las fronteras de la práctica psicoanalítica, abordando las patologías no neuróticas, esta ampliación del campo trajo reformulaciones de los encuadres que atañen subsecuentes reflexiones. Otra razón sería el desmantelamiento del encuadre tradicional, influido por factores epocales, los cambios en el ámbito sociocultural de las últimas décadas. Por último y muy ligado con lo anterior expuesto, menciona el autor, a las prácticas psicoanalíticas en ámbitos y dispositivos más amplios que los de los consultorios.

El problema, entonces, plantea Schroeder (2010) es el de delimitar el encuadre, el diferenciar entre lo que es un contrato convencional analista y paciente, y lo que se refiere ya al campo analítico, a su estrategia. Sin embargo, nos dice el autor nuevamente citando a Donet (1973) que "el encuadre es un elemento transicional, está hecho de tal manera que no sabríamos concebir sus límites de una forma estricta, sino solamente decir lo que no es, ni la realidad externa al campo clínico, ni el campo mismo". (p.8)

En la perspectiva del psicoanálisis contemporáneo, señala Schroeder (2010) se trata de una significación polisémica del encuadre, en la que la escucha analítica se abre a diversas lógicas. El analista buscará desplegar el método psicoanalítico "jugando" en el sentido Winnicottiano entre lo interno y lo externo. De ahí su elemento transicional, es decir que el encuadre puede ser entendido como una zona intermedia de experiencia ni propiamente interna, ni externa. Se trata de un encuadre desplegándose, jugando en ese espacio potencial, simbólico y estructuralmente abierto a la alteridad. Esto hace a un trabajo permanente para elaborar los inevitables tropiezos con y en lo dual.

El desafío consistirá entonces, finalizando las ideas centrales de Schroeder (2010) en buscar "transicionalizar" esta zona de frontera. En estos tiempos de avances tecnológicos, las nuevas subjetividades en la era digital, de cambios culturales, de posmodernidad y de nuevas configuraciones familiares, es preciso conceptualizar, más que como frontera, como red. Finaliza su texto planteando la

necesidad del plural, de "los encuadres" que lejos de estar ya dados, será preciso construirlos cada vez.

Alianza Terapéutica

La alianza terapéutica se origina en el Psicoanálisis, donde se prueba la importancia de una actitud comprensiva del analista hacia el paciente, estableciendo una relación de compromiso en el proceso terapéutico. Es la relación colaborativa de trabajo dada entre el consultante y el terapeuta. Ramírez (2021)

Los primeros acercamientos al concepto de alianza terapéutica fueron dados por Freud en sus recomendaciones a la figura del analista. Si bien Freud este concepto no lo utilizaba, para él lo que existía era la transferencia, ésta marcada por la repetición, por la capacidad regresiva del paciente. En estas recomendaciones al analista, Freud (1913) citado en Zukerfeld (2001) plantea el establecimiento de una relación positiva con el paciente, observación hecha también por Ferenczi (1981) citado en Zukerfeld (2001) como objetivo del proceso terapéutico, manteniendo el terapeuta un rol empático junto a una actitud cálida y amable.

Bordin (1976) citado en Botella y Corbella (2011) definió la alianza terapéutica como el encaje y colaboración entre el paciente y el terapeuta, e identificó tres componentes importantes que la configuran: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos. Las tareas serían las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico. El acuerdo entre terapeuta y consultante respecto a objetivos a trazar es importante. Así como también compartir mutuamente confianza y aceptación desde ambas partes para el establecimiento de una buena alianza terapéutica.

Meissner (2006) citado en Waizmann y Roussos (2009) plantea que la alianza terapéutica, a diferencia de la transferencia tiene en cuenta aquellas cualidades y acuerdos negociados para la estructuración del trabajo analítico, que son apropiadas para la función analítica y el rol del paciente para avanzar en el proceso terapéutico.

Waizmann y Roussos (2009) en su discusión reflejan la dificultad de conceptualizar el término alianza terapéutica, de la complejidad que cuenta el

distinguir de qué hablamos cuando nos referimos a la misma. Plantean un concepto que, al migrar y expandirse a muchas terapéuticas ha generado posturas diversas acerca de sus características, sus componentes, las diferencias con otros conceptos y las maneras de medirla. Si hay que empezar a estudiar componentes de la misma o si es posible llegar a un acuerdo, a un concepto único, teorizando acerca de ella y clarificando acerca de dicho constructo.

Alianza terapéutica y tecnología

Arranz (2020) postula que la alianza terapéutica ha sido uno de los objetos de análisis de diversos estudios, al constituir una de las claves en los procesos de cambio generados por la intervención psicoterapéutica. Este autor afirma en base a datos arrojados en su análisis, que la intervención psicológica online constituye una interesante alternativa, tanto en situaciones de aislamiento, como también en aquellas situaciones donde la movilidad o distancia suponen un impedimento para la intervención presencial convencional. Permitiendo obtener buenos resultados, tanto en el establecimiento de una buena alianza terapéutica, así como en logros terapéuticos perseguidos.

Tal como afirma Azcona (2021) citando a Cataldo et al.(2021) muchos estudios han demostrado que el vínculo terapéutico remoto puede sostenerse perfectamente cuando se encuentra mediado por tecnologías. La alianza terapéutica es un buen predictor para la consecución del proceso terapéutico, no es un dato menor que la virtualidad permite generar vínculos terapéuticos propicios sin estar cara a cara.

Cataldo et al.(2021) en su artículo de investigación se preguntan cómo experimentan los psicólogos y los pacientes la relación terapéutica y la alianza terapéutica en la psicoterapia por Telepsicología. Estos autores abordan el enfoque de confianza entre las partes que interactúan, crucial este concepto para el desarrollo efectivo de la alianza terapéutica. Para ello, intentan obtener datos acerca de la confianza en entornos informáticos. Es importante comprender, sugieren los autores las diferentes experiencias terapeuta-paciente, ya que la revisión de literatura que manejaron arrojó que la experiencia de los pacientes ha sido positiva, pero los psicólogos luchan por administrar tratamientos de videoconferencia. Por ejemplo la exploración de Wray y Rees (2003) citados en Cataldo et. al. (2021) destacan las dificultades para abordar pacientes con trastornos de la personalidad, instinto suicida,

etc. Son más difíciles de manejar a través de dispositivos a distancia y la comunicación resulta ser compleja cuando se intenta transmitir empatía, calidez y comprensión.

Conforme las telecomunicaciones adquirieron una enorme relevancia provocaron un vuelco masivo a la atención de terapia a distancia. Ante este panorama internacional se ha comenzado a hablar del movimiento hacia las prácticas en Telepsicología. Pierce et.al. (2021) estos investigadores realizaron un estudio con el cometido de documentar la cantidad de uso de la Telepsicología por parte de los psicólogos antes de la pandemia por covid 19, durante la pandemia y después de la misma. Así como también los predictores demográficos de formación, de política y de práctica clínica de estos cambios.

En este estudio se realizó una encuesta nacional donde se reclutaron 2619 psicólogos con licencia para trabajar en los Estados de Arizona, California y Texas. En donde se detectó que aunque el 7,07% del trabajo clínico de los mismos se realizaba a través de la Telepsicología antes de la pandemia, esta cifra se multiplicó por 12 hasta el 85,53% durante la pandemia. Más de un tercio de su trabajo clínico aún se realizaría a través de la Telepsicología después de la pandemia, lo que sugiere la alta probabilidad de cambios duraderos en las prestaciones de atención en salud mental en los Estados Unidos. Pierce et.al. (2021)

Preguntas y objetivos planteados para el TFG

- ¿Cómo se instala la Transferencia en un proceso psicológico a través del dispositivo de video llamada? ¿De qué manera se construye la alianza terapéutica entre el estudiante de grado y quien acude al servicio de Salud?
- ¿Cómo pensar las estrategias de intervención psicológica desde un enfoque psicodinámico teniendo en cuenta que se interviene a distancia? ¿Cómo trabajar las ansiedades y resistencias que se despliegan en el dispositivo de video llamada?

Presentación del caso

Martina tiene 25 años, es soltera, se encuentra cursando un posgrado universitario. Vive en la Capital con otras compañeras estudiantes. Es oriunda de otro Departamento, sus padres viven allí junto con su hermana que es un año menor que ella. Al culminar el bachillerato a los 18 años Martina se muda a la Capital del País para iniciar su carrera universitaria. Consulta al equipo del Hospital por una angustia desde hace unos años en relación a su elección vocacional.

Martina manifiesta que por un episodio de angustia a mitad de la Licenciatura en adelante no se sentía muy segura de lo que estaba haciendo y que trabajando se encontró con compañeros y un ambiente científico que no le gustaba. Dice ser muy competitivo, "son personas con hábitos poco saludables, trabajan todos los días muchas horas como un enfermo". Ella se describe como autónoma en su rol de trabajo, planifica y charla con su compañero de laboratorio, trabaja de tarde y en la noche en su casa con la computadora.

Él (su compañero de laboratorio) -"alardea de sus resultados en mi cara y yo no tengo nada, me tiene algo agotada"- "él es estudiante de Doctorado y yo de Maestría". -"No logro desarrollar mis cosas en ese ambiente, es algo desmotivante"-

Primera entrevista

En el mes de Julio de 2020 es derivada del equipo de recepción de la policlinica del Hospital Universitario, la paciente Martina. Se acuerda un día y hora con la misma para iniciar con el proceso de trabajo. Llegada la fecha agendada, la paciente es contactada mediante videollamada por Whatsapp junto a la Profesora y estudiante. Ambas nos presentamos y procedo a leer el consentimiento informado. Luego se mencionan las pautas de trabajo, haciendo referencia al tiempo limitado en el que se desarrollará el mismo, y la modalidad virtual debido a la situación de Pandemia. Así como también se menciona el marco de privacidad y confidencialidad que lo caracteriza.

Desde la primera entrevista Martina manifiesta no sentirse completa en la forma en que desarrolla su trabajo, tiene la idea de que con las Matemáticas podría tener otro tipo de control, por ello su indecisión si continuar con la Maestría ó cambiar a la Ingeniería, aunque asegura querer terminar esta Maestría que empezó para luego

comenzar la otra. La completud y perfección, se le devuelve (en la primera entrevista) que no existen y eso es algo que está muy arraigado en su personalidad.

Viñeta: contextualización y presentación de la situación a analizar

Quinta entrevista con Martina, Agosto de 2020

E: ¿Cuándo era tu cumpleaños, se celebraba? ¿Cómo lo celebraban?

M: Entre los 11 o 12 años mi padre me regaló la bicicleta que yo quería. Hasta los diez años festejé mis cumpleaños, de ahí en adelante no. No me gusta.

E: Cuando Martina traía buenas calificaciones de la escuela, ¿te abrazaban?, te felicitaban?, lo celebraban?

M: No recuerdo que me abracen, no me gustaba, el beso era solo para saludarse y ta. Incluso me resultaba incómodo en la adolescencia, en los cumpleaños se abrazaban y se besaban los demás, para mí era súper raro eso del contacto físico.

E: Me resulta muy fuerte esto que me está contando. Es importante el contacto con el otro, el abrazo, el beso, el celebrar cuando algo nos sale bien. Y quizás aquello que trajiste la semana pasada de que a veces no sabés ni cómo desenvolver el cuerpo cuando estás charlando con alguien porque te genera timidez, tal vez tiene que ver con tu historia.

M: Ahora no me genera incomodidad, pero es algo a lo que no estaba acostumbrada, es difícil que me surja la iniciativa de abrazar a alguien. Si tuviera una vara para medir a mis padres, se que fueron pésimos padres, no sé en qué estaban pensando, no están capacitados para ser padres.

E: Seguramente en tu casa estaba muy naturalizado que Martina traiga excelentes notas.

Silencio

E: Martina; has tenido pareja?

M: Si, tuve uno hasta hace poco. Estaba acostumbrada a que él me hablaba, pero si tuviera que remarla yo, no sé qué haría, esperaría a tener una razón para poder hablar y lo haría.

E: -y qué tal fue esa relación?

M: Bien, estaban las cosas claras emocionalmente. No era las expectativas que tenía, como que me estaba siendo impostora emocionalmente. No quería tener una relación tan sentimental, era como más física y yo quería como más involucramiento. Nos juntábamos, hacíamos vida social. El tenía más la iniciativa, pero sentía que él no se entregaba. A lo último sentía que era indistinto para él vernos o no y le planteé terminar y para él fue indistinto.

E: ¿qué sería eso de ser impostora emocionalmente?

M: Reprimirme, lo había naturalizado el tema de reprimirme emocionalmente por más que nos llevábamos bien desde el punto de vista social, la charla el día a día.

E: Y cómo te sentías?

M: Con incertidumbre, de que si podía funcionar o no. De poder relacionarme con una persona que conocí en la Facultad, de poder entablar una conversación en otro contexto, en un parque por ejemplo

Prosperó, no mucho, 2 años, nos llevábamos bien desde el punto de vista superficial.

No es algo que me preocupe, es como que las cosas sociales están en segundo plano para mí.

Hay algo que está mal en mí. No sé si es como un defecto que tengo pero todo lo que es social está en un segundo plano. Quiero tratar de mejorar eso.

Análisis de la transferencia y contratransferencia

En las primeras entrevistas Martina se muestra muy distante, un tanto armada contra transferencialmente, aún así muy predispuesta atendiendo cada una de las videollamadas cada semana, en el horario pautado sin cancelar ningún encuentro a lo largo de todo el proceso.

Fue hacia el quinto y sexto encuentro con Martina que, mediante la supervisión semanal surgen en el equipo hipótesis en cuanto a sus relaciones interpersonales. Una de ellas era el miedo a generar un vínculo, podría tratarse de miedo al abandono, o quizás estaba presente la fantasía de que la van a lastimar. Lo cierto es que Martina lo vincular y los sentimientos lo vive como algo terrible.

Transferencialmente se notaba lo costoso de que hablara libremente, a veces respondía solo con sí o no, le costaba mucho hablar, mostrarse, solamente conversa desde su marco referencial que es la Biología, el trabajo, el laboratorio, fuera de ese ámbito, lo espontáneo la desestabiliza, no sabe cómo actuar, cómo vincularse, el nivel adaptativo lo vive como un defecto.

Hacia la séptima entrevista pude sentir lo que ese día transmitía Martina. Desplegó sentimientos de rabia, de envidia hacia el otro (su compañero de trabajo) frustración de que "el otro pudo, al otro le salió todo fácil y a mí no". Pude comprobar que estando las dos cara a cara a través de una pantalla, los sentires (en particular los de ese día, que luego se repetirían en otras entrevistas) son puestos sin ninguna diferencia a como si estuviéramos personalmente reunidas.

Los aspectos neuróticos narcisistas de Martina de una fantasía de completud y perfección se fueron desplegando, comenzaba a manifestarse un cierto sentir de querer controlarlo todo. La alianza terapéutica estaba instalada, sus gestos frunciendo las cejas a modo de querer desvalorizar mi trabajo, así como se desvaloriza a ella misma, a sus padres y a su hermana, llamándola "mediocre" por haberse quedado al lado de sus padres y estudiar una carrera diferente a la de ella.

Para las próximas entrevistas decidí acercar la cámara un poco más, al no poder estar presencialmente, el acercamiento de mi rostro a la cámara propició una mancomunidad simbólica. Quería con esto, manifestar a Martina que estaba presente para acompañarla. Tabacof (2021) llama presencia comunicacional, la misma consiste en que ambos de la dupla, cuando se comunican, sienten que están allí presentes. "Aunque el cara a cara en una pantalla se restrinja al rostro, una vez que el vínculo está establecido, los movimientos afectivos son identificables, y lo que llega del cuerpo, tan importante en la clínica, entra de todos modos en la interacción". (p.26)

Conclusiones

-El enfoque de Camejo, Villarmarzo y Bica (2021) acerca de que narrar las experiencias universitarias es enfatizar eso que me pasa, es enfatizar el acontecimiento el cual forma parte o da lugar a la experiencia. Es necesario reivindicar la experiencia, reivindicarla como expresan los autores, desde el que me pasa. La mirada desde el me pasa la experiencia -extensionista en este caso- supone un movimiento de ida y vuelta, -en palabras de Larrosa (2006)- en el que la subjetividad se permite salir de sí misma,

para ir al encuentro del acontecimiento, y así el acontecimiento afecta, transforma provoca mutaciones en uno mismo como sujeto que experimenta y repercute en las relaciones con los otros y con el territorio (p 15 y 16)

Emergencias y Emergentes en tiempos de Pandemia (2021).

-Pensar a las prácticas como espacios constitutivos de experiencias para los actores involucrados que abran las posibilidades de provocar huellas subjetivas en la trama individual, social y colectiva (p.146) Casanello, Cavalli y Paleso. (2021)

Discusiones actuales:

- La Telepsicología como herramienta de acceso a la Salud Mental. ¿Qué hace que a ciertos pacientes pueda practicarse la Telepsicología como una herramienta más de acceso a la Salud Mental y a otros no?

-¿Qué hace que elementos de la práctica psicoanalítica y del vínculo terapeuta- paciente se vean modificados en la práctica de la Telepsicología?

-El enfoque de Implicación de Damián Schoedder

Referencias Bibliográficas

Alizade, A. M. (2002). El encuadre interno. *Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica. FEPAL, XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis Montevideo, Uruguay.*

https://www.fepal.org/images/congreso2002/adultos/alizade_a_m_el_encuadr.pdf

Arocena, R.(2009), *La investigación en la Reforma Universitaria. Hacia la Reforma Universitaria*. Rectorado, UdelaR. Montevideo, Uruguay

Arranz, C. C. (2020). Psicoterapia on-line, una opción eficaz y validada. Disponible en <https://www.hipnologica.org/wp-content/uploads/2021/02/2.Psicoterapia-on-line-una-opcion-eficaz-y-validada.pdf>

Asociación Americana de Psicología (2013) Guía para la práctica de la telepsicología. Disponible en <https://doi.org/10.23923/cop.telepsicologia.201>

Azcona,M (2021). La psicoterapia remota. Reflexiones epistemológicas sobre su implantación local durante la pandemia por COVID-19. En M.C Di Gregori y F.López (Coords) *.Contagios y contiendas. Hacer ciencia, arte y filosofía en Pandemia*. La Plata: EDULP. (65-79). Disponible en <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.5072/pm.5072.pdf>

Botella, L y Corbella, S (2011) Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. Boletín de psicología nº101. Universidad Ramón Llull. Barcelona, España. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N101-2.pdf>

Braier, E. (2009). La psicoterapia focal y breve. Rasgos distintivos. *Intercambios, papeles de psicoanálisis* (23), 17-21. Disponible en <https://www.raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/354112>

Castillo, A. U. (2021) ¿Tratamiento psicoanalítico a distancia? *Revista Psicoanálisis*, n 1y2 (319-337). Disponible en <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2021/11/22.-USCANGA.pdf>

Consejo de Facultad de Psicología (2010) Resolución nº 52 Creación de Institutos Montevideo, Uruguay. Recuperado de https://clinica.psico.edu.uy/sites/clinica/files/2018-09/resolucion_del_consejo_de_creacion_del_instituto_1.pdf

Contino, S., (2015), Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un

servicio clínico universitario. Tesis de maestría. Montevideo: Udelar. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5478/1/Contino%2c%20Silvana.pdf>

Contino, S.; Casal, P., (2021), *Atención psicológica por Telepsicología. Situación de emergencia social y sanitaria por COVID – 19. Policlínica psicológica de la Facultad de Psicología en el Hospital Universitario*. En Experiencias de los equipos de Extensión universitaria de la Facultad de Psicología. Sistematización de experiencias de extensión en el marco de la emergencia social y sanitaria. (pp.35-53). Recuperado de https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2021-10/Libro_extensi%C3%B3n.pdf

Contino, S. (2012) Proyecto de aspirante al cargo de Prof Adjunto del Instituto de Psicología Clínica, aprobado por sesión del Consejo de la Facultad, 30 de octubre de 2013, Facultad de Psicología, Udelar. Montevideo (inédito). Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5478/1/Contino%2C%20Silvana.pdf>

Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (2001), Código de Ética del Psicólogo. Montevideo, Uruguay: <https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codigo-de-etica/>

Cristóforo, A. (2002) La noción de intervención en el marco de la consulta psicológica. En Muniz, M. A (comp.), *Diagnósticos e intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica*. T1 (pp.29-31).Canelones: Psicolibros Waslala

De la Torre Martí, M., & Cebrián, R. P. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Disponible en: <https://www.psicologospsiquiatras.cl/wp-content/uploads/2020/04/Guia-para-la-Intervencion-en-Telepsicologia.pdf> ([psicologospsiquiatras.cl](https://www.psicologospsiquiatras.cl))

Delpréstito, N.(2015). Nuestra técnica frente a nuevos contextos tecnológicos. Revista uruguaya de Psicoanálisis. (121), 138-151. Recuperado de <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/235>

De Souza, L., (2010), Programa: Modalidades y efectos en las intervenciones clínicas en servicios de salud, Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología,

UdelaR. Recuperado de http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/programa_modalidades_de_int_y_efectos_setiembre_2013.pdf

Laplanche, J, Pontalis J (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Larroy C, Estupiña F, Fernandez I, Hervás G, Valiente C, Gómez M, et.al. (2020) *Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID- 19 en población general*. Clínica Universitaria de Psicología. Universidad Complutense Madrid (UCM). Disponible en <https://www.ucm.es/clinicadepsicologia/file/guia-covid-19-ucmprofesionalesversion-12>

Maganto Mateo, C., Ávila Espada, A (1999a), El diagnóstico psicodinámico aspectos conceptuales en Clínica y Salud, Parte IV. Marcos Teóricos de la entrevista de evaluación Capítulo 9. La entrevista de Evaluación Psicodinámica. Año IX, 10, (3), 287-330. Recuperado de: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/51c.pdf

Morón, J. J. M., & Aguayo, L. V. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 107-113.

Presidencia de la República, (3/3/2020), Ministerio de Salud Pública emitió comunicado sobre coronavirus. Recuperado de <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/salud-mspcomunicado-coronavirus>

Ramirez Rodríguez, A (2021) Estilo personal del terapeuta y Alianza terapéutica en un grupo de terapeutas bogotanos. Universidad Nacional de Colombia Recuperado de: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/80270>

Schroeder, D. (2010). Repensando el encuadre interno. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (110), 144-160. Recuperado de <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1189>

Tabacof, D (2021) *Mantener el propio encuadre interno*. En A.Vainer (comp.), Contigo a la distancia. La clínica psi en tiempos de pandemia. (pp.24-30). Buenos

Aires: Topia. Recuperado de https://www.topia.com.ar/sites/default/files/contigo_a_la_distancia_ebook.pdf

Universidad de la República, (1/4/2020), Comunicado N°10 Udelar asegura cursos y evaluaciones del primer semestre. Recuperado de <https://coronavirus.udelar.edu.uy/comunicado-10-udelarasegura-cursos-y-evaluaciones-del-primer-semestre/>

Uruguay. Poder Legislativo Reglamentación de la Ley 18.211 (2007), Sistema Nacional Integrado de Salud, Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. Recuperado de: [Ley 18.211 \(parlamento.gub.uy\)](http://www.parlamento.gub.uy/leyes/18211)

Uruguay. Poder Legislativo Reglamentación de la Ley 18.335 (2008), Derechos y Obligaciones de pacientes y Usuarios de Servicios de Salud. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/18335>&Anchor

Vaisman, A. G., y Fontova, A. S. (2021). Terapia psicoanalítica a distancia. *Intercambios, papeles de psicoanálisis* (46), 31-44. Recuperado de: <https://raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/397148>

Waizmann, V. y Roussos, A. (2009). Acerca de la dificultad en la conceptualización de la alianza terapéutica. *Intersubjetivo: Revista de psicoterapia psicoanalítica y salud*, 10(1), 122-133. https://www.researchgate.net/profile/Andres-Roussos/publication/215678005_Acerca_de_la_dificultad_en_la_conceptualizacion_de_la_alianza_terapeutica/links/0f317536560a7d7a8d000000/Acerca-de-la-dificultad-en-la-conceptualizacion-de-la-alianza-terapeutica.pdf

Zukerfeld,R (2001). Alianza terapéutica, cambio psíquico y encuadre analítico. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, 00(7). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=150>