

Universidad de Palermo  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Tecnología en psicoterapia. El uso de las nuevas tecnologías en un centro de psicoterapia con orientación en Terapia Breve Focalizada.

Tutor: Lic. Ignacio Constantino  
Alumna: Rodríguez, María Romina

Buenos Aires, 21 de diciembre de 2020



## Índice

1	Introducción .....	3
2	Objetivos .....	3
2.1	Objetivo general .....	3
2.2	Objetivos específicos .....	3
3	Marco teórico .....	4
3.1	Terapia breve focalizada.....	4
3.1.1	Epistemología sistémica .....	4
3.1.2	Mental Research Institute y la terapia breve focalizada .....	6
3.1.3	Definición de problema y construcción de soluciones .....	8
3.1.4	Intervenciones estratégicas .....	10
3.1.5	Trabajo entre sesiones.....	12
3.1.6	Terapia breve focalizada y telepsicología.....	14
3.2	Telepsicología .....	15
3.2.1	Definición y ámbitos de aplicación .....	16
3.2.2	Intervenciones telepsicológicas sincrónicas. Cuestiones clínicas y técnicas. ....	17
3.2.3	Intervenciones telepsicológicas asincrónicas. Cuestiones clínicas y técnicas. ....	19
3.2.4	Realidad virtual: aplicaciones en psicología clínica. ....	21
4	METODOLOGÍA .....	23
4.1	Tipo de estudio y diseño:.....	23
4.2	Participantes: .....	23
4.3	Instrumentos:.....	24
4.4	Procedimiento: .....	24
5	Desarrollo.....	24
5.1	Psicoterapia online en el marco de la terapia breve focalizada.....	24
5.2	Aplicaciones clínicas de la realidad virtual en el marco de la terapia breve focalizada .....	29
5.3	Tecnologías de información y comunicación para el trabajo entre sesiones.....	35
6	Conclusión .....	39
6.1	Objetivos .....	39
6.2	Limitaciones .....	41
6.3	Aporte personal y perspectiva crítica .....	42

	2
6.4 Futuras líneas de investigación .....	43
7 Referencias bibliográficas.....	45

## 1 Introducción

El presente Trabajo Final Integrador (TFI) se basa en la práctica e integración profesional llevada a cabo en un centro privado de psicoterapia con orientación en Terapia Breve Focalizada. La institución se encuentra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y brinda atención en salud mental desde hace más de 35 años, partiendo de una visión integral de la persona y aplicando el modelo de terapia focalizada en resolución de problemas que incluye al núcleo familiar y social en el cuidado de la salud mental.

A su vez, se realizan actividades de formación en psicoterapia capacitando a profesionales desde un enfoque estratégico a través de cursos, posgrados y pasantías.

A raíz de la pandemia que estamos atravesando actualmente a nivel mundial (Covid-19), la práctica se cumplió de manera virtual, en función de objetivos que fueron propuestos por la institución. Para poder cumplimentar las horas de las pasantías, las actividades a realizar se dividieron en dos etapas; la primera de ellas consistió en la observación de clases grabadas en video que forman parte de un curso de posgrado sobre el modelo con el cual trabaja el centro, para luego responder cuestionarios de evaluación de dichas clases. El resto de las actividades correspondieron a la lectura y fichaje de textos fundamentales del modelo con el que trabajan en el centro.

A partir de los intercambios con la coordinadora que la institución ha designado para trabajar con las pasantes y de la indagación en la página web de la institución, surgió el interés por investigar acerca de la forma en que se trabaja allí con las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC) y otras herramientas tecnológicas como la realidad virtual, considerando que la propia institución les da un lugar de importancia, destinando una página especialmente a este tipo de herramientas para la psicoterapia.

## 2 Objetivos

### *2.1 Objetivo general*

Describir el uso de herramientas tecnológicas en un centro de psicoterapia con orientación en Terapia Breve Focalizada.

### *2.2 Objetivos específicos*

**Objetivo específico 1.** Describir las características particulares de la psicoterapia online individual en un centro de psicoterapia con orientación en Terapia Breve Focalizada.

**Objetivo específico 2.** Describir las distintas aplicaciones clínicas de la realidad virtual en un

centro de psicoterapia con orientación en Terapia Breve Focalizada.

**Objetivo específico 3.** Analizar las herramientas tecnológicas utilizadas en un centro para el trabajo entre sesiones de psicoterapia individual.

### 3 Marco teórico

#### 3.1 *Terapia breve focalizada*

Dentro del enfoque sistémico, el modelo estratégico de resolución de problemas es un tipo de terapia breve focalizada, que se desarrolló con base en investigaciones que buscaban técnicas innovadoras para generar un cambio en los consultantes. Este tipo de terapia se convirtió en una nueva forma de observar los problemas de las personas, centrando al cambio como formulación directa de este enfoque y considerando el entorno social dentro del cual ellos se generan y se mantienen (Fisch, Weakland, & Segal, 1988).

##### 3.1.1 Epistemología sistémica

Las llamadas terapias sistémicas se inscriben en un marco que puede identificarse como un nuevo paradigma surgido en la segunda mitad del siglo XX, que reconoce numerosos antecedentes provenientes de distintas disciplinas, algunas de ellas totalmente novedosas como la cibernética. Esta última, por ejemplo, había comenzado a extenderse a los campos de la biología y la organización social, traduciendo los conocimientos que los ingenieros habían desarrollado durante la guerra para perfeccionar los mecanismos autocorrectores. Así se desarrollaron conceptos como el de *feedback*, para referirse a la retroalimentación que la salida de un sistema produce al reingresar como información y que incide en su control, generando una recuperación del equilibrio (*feedback* negativo) o un refuerzo del cambio (*feedback* positivo). Simultáneamente se establecían las bases de una teoría de la información, abordando cuestiones como la entropía, el grado de desorganización o incertidumbre, para plantear modelos capaces de agregar organización y generar conocimiento. A partir de estos hallazgos, Bateson va a plantear una forma de entender a la conducta humana como el resultado de múltiples interacciones estructuradas como un lenguaje y que pueden ser descriptas mediante un sistema de reglas (Wainstein, 2006a).

Otro desarrollo fundamental para la creación del nuevo paradigma sistémico fue, precisamente, la teoría general de los sistemas, planteada por Von Bertalanffy (1968/1989). Se entiende por sistema un conjunto organizado de elementos interrelacionados, que tienen distintas funciones que se complementan y en donde la totalidad es más que la suma de las

partes. La propuesta de una teoría general implicaba el intento de desarrollar una teoría abarcadora, capaz de dar cuenta de los sistemas estudiados por distintas disciplinas, como la física, la biología, las ciencias sociales y la psicología. Los principios de esta teoría debían ser aplicables a todos los sistemas o subsistemas, más allá de las características particulares que cada uno de ellos pudiera tener. Así surge uno de los conceptos clave del paradigma sistémico, el de *isomorfismo*. Este término designa la correspondencia de forma, estructura y funciones de sistemas que, por lo demás, resultan diferentes en varios aspectos. A partir de él es posible apreciar cómo sistemas tan diversos como el sistema nervioso central y el que regula los procesos bioquímicos a nivel celular son en cierto sentido análogos. De esta manera, la teoría general de los sistemas es un principio organizativo general epistemológico, que permite describir los fundamentos de cómo se organiza la complejidad de un sistema, pero no la especificidad de cada complejidad.

La *complejidad organizada* es otro concepto importante dentro de este paradigma. Su extensión supuso dejar atrás la concepción de un objeto de estudio como una unidad que podía ser estudiada de manera aislada y descomponiéndola en sus elementos constitutivos para comprender su funcionamiento. Desde entonces, el objeto de estudio en distintas disciplinas fue abordado como una complejidad organizada que requería atender a las relaciones funcionales que constituían la totalidad, en lugar de descomponerla en sus elementos. Se dice que un sistema es complejo cuando está compuesto por una variedad de elementos que varían de manera aleatoria; cada uno de ellos responde a una función y las funciones están organizadas en niveles jerárquicos. Otra característica de los sistemas complejos es que las relaciones que se establecen entre los elementos no responden al modelo tradicional de causalidad lineal, sino que un cambio en cualquiera de ellos produce reacciones múltiples con efectos acumulativos, tanto crecientes como decrecientes, que pueden dar lugar a resultados finales impredecibles (Wainstein, 2006a).

Comprender los sistemas complejos es un verdadero desafío para el conocimiento; para afrontarlo adecuadamente es necesario reconocer en lo múltiple y complejo la existencia de una pauta (*pattern*) que aporte un orden determinado a lo que se percibe. Este es un concepto introducido por Bateson (1993) y utilizado por él en relación con la materia, la información, la percepción, el pensamiento y el lenguaje (Wainstein, 2006). De esta manera, la comprensión de un fenómeno implica responder la pregunta por cómo fue construido, qué distinciones están en la base de su creación y a qué formas de construcción de la realidad

responden (Reyna, 2008).

Con todos estos antecedentes, la epistemología sistémica intenta esclarecer cómo los organismos, o conjuntos de ellos, conocen, piensan y deciden, asumiendo una perspectiva ecológica, ecosistémica y con un modelo de causalidad circular. La mirada sistémica implica poner el foco de atención en las relaciones que se dan entre los fenómenos que se observan; comprender la organización que implican dichas relaciones en secuencias cíclicas de manera que el efecto produce y alimenta la causa. Para entender la forma de estas interrelaciones es importante la noción de pauta incorporada por Bateson en tanto patrón relacional existente entre todos los seres vivos o principio organizativo de un sistema. El acto básico de la epistemología es la creación de una diferencia. Sólo al distinguir una pauta de otra somos capaces de conocer nuestro mundo. Las distinciones establecidas entre terapeuta y cliente, intervención y síntoma, solución y problema resultan clave en razón de ayudar a establecer las características del recorte a analizar (Keeney & Wolfson, 1984).

### 3.1.2 Mental Research Institute y la terapia breve focalizada

A principios de los años cincuenta, Gregory Bateson, antropólogo y experto en comunicación, había comenzado a suplantar la idea de causalidad lineal que establece la psicoterapia clásica por la perspectiva antropológica circular, siendo el primero en introducir en la psiquiatría la concepción teórica de la comunicación e interacción humanas. Al mismo tiempo, D. Jackson, psiquiatra y psicoanalista, dejando atrás el interés por la búsqueda de la causa de los problemas en el pasado de los pacientes, se proponía estudiar sistemas de relaciones humanas, fundamentalmente parejas y familias. Su forma de abordaje consistía en identificar formas de interacción que generaban problemas para modificarlas a través de intervenciones terapéuticas activas. En el año 1959 Jackson fundó el Mental Research Institute (MRI), que originariamente fue un Departamento de Palo Alto Medical Research Foundation y en 1963 se hizo autónomo. Bateson trabajó en conjunto con el MRI hasta 1962 (Watzlawick, 1992).

La terapia breve focalizada se desarrolló dentro del marco sistémico propuesto por el MRI desde principios de la década del '70. Los primeros trabajos que sistematizaron las bases de esta forma de abordar la psicoterapia corresponden a Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974) y De Shazer (1975) y la característica más destacada de su propuesta era la limitación de la cantidad de sesiones a un máximo de 10. Esto representaba una novedad en un contexto en el que las terapias psicoanalíticas y psicodinámicas eran predominantes y, de



acuerdo con su forma de trabajo, los tratamientos podían durar años. Más allá de esta característica destacada, la terapia breve puede definirse, en términos más precisos que por la cantidad de sesiones, como una forma de resolver problemas puntuales. La clave para este tipo de terapia es partir de la queja que los clientes traen a la consulta y de la información que ofrecen de lo que les ocurre para construir una definición de sus necesidades y ayudarlos a tener una vida satisfactoria. La cuestión más importante planteada por estos trabajos y los que le siguieron es que los intentos que la mayoría de las personas hacen para resolver su situación terminan en muchos casos agravando el problema y generando patrones de conducta que resultan desadaptativos. El trabajo de los terapeutas de esta corriente se plantea en forma de ayuda y asesoramiento para que los consultantes puedan construir una solución viable a partir de lo que son sus dificultades y los intentos fallidos por superarlas. Una de las formas propuestas para lograr este objetivo es la indagación en las excepciones, es decir en las situaciones en las cuales el problema no se presenta, para construir a partir de allí una expectativa favorable al cambio (De Shazer et al., 1986).

Décadas después del inicio de esta propuesta terapéutica, la terapia breve cuenta con una gran cantidad de profesionales que la practican y estudios que muestran su eficacia en el tratamiento de múltiples problemáticas. Sin embargo, Iveson y McKergow (2016) señalan que todavía existen críticas que apuntan a la falta de un modelo teórico explicativo de las causas de los trastornos conocidos y proponen una actualización de la terapia breve, focalizando en la práctica terapéutica. Esto implica, para los autores, desarrollar la teoría en función de lo que realmente resulta efectivo en psicoterapia, para definir los aspectos que es necesario considerar desde una perspectiva pragmática.

En este sentido, Haley (1976) propone como objetivo principal de la psicoterapia solucionar dentro del marco familiar los problemas que se le presentan a un cliente, acentuando de esta manera el contexto social de los problemas humanos. La planificación de las intervenciones en función de este objetivo debe considerar entonces la situación social del cliente a fin de conocer las características del sistema y sus posibilidades de cambio. La definición de la unidad terapéutica en términos sociales implica dejar de pensar en el consultante como unidad individual para ampliar la mirada, en primer lugar, a la familia nuclear, para luego expandir esa unidad hasta abarcar a otros parientes y al grupo de pares, incluyendo el mundo laboral (Haley, 1976). El tratamiento profesional intentará generar procesos de cambio en el contexto social primario del consultante, centrándose en la

comunicación y la interacción, de forma observable en el presente. De esta manera no se considera la conducta problemática de manera aislada sino en relación con su contexto inmediato y, además, se pasa de la búsqueda de cadenas lineales causa-efecto a la indagación en las interacciones entre las partes del sistema con una concepción circular de la causalidad. De esta manera la comprensión y explicación de cualquier segmento determinado de conducta se logra mediante su consideración dentro de un sistema organizado de conducta más amplio y en funcionamiento efectivo, que comporta la utilización generalizada de retroalimentación y de refuerzo recíproco. Este punto de vista es simultáneamente cibernético y sistemático, ya que se centra en la forma en que un sistema está organizado y en la manera en que la información fluye dentro del mismo buscando producir una modificación epistemológica general (Fisch et al., 1988).

### 3.1.3 Definición de problema y construcción de soluciones

La construcción de soluciones viables a partir de la queja de los clientes es una cuestión clave en la terapia breve focalizada en la resolución de problemas. La definición de un problema comienza a partir de las preocupaciones, quejas y conductas indeseadas que los clientes traen a la consulta con el terapeuta, pero es importante tener en cuenta que la queja sólo será considerada un problema en la medida en que terapeuta y cliente pueden hacer algo al respecto. Es esencial que este proceso de definición llegue a construir tanto una definición clara del problema como una solución posible; si estas dos cosas no están logradas es posible que el terapeuta se pierda en el tratamiento y termine siguiendo al cliente en un camino circular donde se pasa de un problema a otro, sin avanzar en el sentido de una solución. La definición de metas claras es algo fundamental para evitar que esto suceda; las metas son el nombre del juego (De Shazer, 1995) y deben definirse en un trabajo conjunto entre el terapeuta y el cliente, de manera que respondan a la realidad de los problemas definidos en el mismo proceso. Por otra parte, si el cliente no puede definir sus objetivos de manera que se permita una solución para su problema, encausarlo será tarea del terapeuta (De Shazer, 1995).

Para ello resulta fundamental que el terapeuta registre con precisión lo que el consultante trae a la consulta y la forma en que lo plantea. En este sentido, Iveson y McKergow (2016) sugieren tres preguntas clave para conocer las razones por las que una persona consulta y definir a partir de ellas los objetivos de una intervención terapéutica. Estas preguntas son: 1- ¿Qué espera de la terapia?; 2- ¿Cómo se daría cuenta de que esas expectativas están cumplidas?; y 3- ¿Qué cosas hace que ayuden a que esas expectativas se

vean cumplidas? La clave teórica de esta forma de abordar la terapia se encuentra en una perspectiva que busca las formas más viables de influir en la conducta de las personas, más que establecer relaciones causales que expliquen por qué ocurre lo que ocurre. Al respecto, Watzlawick, Weakland, y Fisch (1992) plantean que una psicoterapia es buscada en primer término a causa de una insatisfacción en el presente y con expectativas de mejorar el futuro, casi nunca con la intención de esclarecer un pasado que, por otra parte, no puede ser modificado.

Con el objetivo de determinar el grado en que los terapeutas respetan las palabras de sus clientes durante una consulta, Korman, Bavelas y De Jong (2013) realizaron un análisis a nivel micro de los intercambios entre clientes y terapeutas de tres modelos terapéuticos: terapia breve focalizada en la resolución de problemas, terapia cognitivo-conductual y entrevista motivacional. Como resultado de este análisis se corrobora que los terapeutas formados en terapia breve focalizada respetan en mayor medida las palabras de los clientes, mientras que los que practican los otros dos modelos de psicoterapia tienden en mayor medida a incluir en sus interpretaciones términos que no se corresponden con los dichos del cliente, sino que son reformulaciones que incluyen conceptos propios del marco teórico del terapeuta.

Se considera lograda una clara identificación de la conducta problemática cuando se tiene en cuenta qué es, en qué aspecto y por quién es considerada como problema. Por otra parte, el mantenimiento de estos en el tiempo es muchas veces resultado de un proceso que sigue un círculo vicioso, en el que la solución intentada por parte del cliente otorga continuidad al problema (Fisch et al., 1988). El grupo de Palo Alto centró su atención en este círculo vicioso y de esta manera se llegó a comprender que había necesidad de intervenir e idear maniobras para detener y reorganizar las soluciones intentadas disfuncionales de la persona, las cuales mantenían y empeoraban el problema (Nardone & Portelli, 2013). De Shazer (1995) propone una regla simple con respecto a este problema: para definir lo que debe hacerse, es decir para arribar a una solución del problema, los terapeutas deben saber también lo que no hay que hacer; y en este sentido las soluciones fallidas de los clientes resultan la ilustración más clara de lo que no conduce a una solución real.

Por otra parte, que los problemas sean complejos y persistan durante mucho tiempo no significa que deban requerir soluciones largas y complicadas, ya que la terapia breve propone resolver problemas complejos mediante soluciones que parecen simples. Esta terapia

sobresale por su capacidad de producir cambios en tiempo reducido, a su vez este enfoque no se limita a resolver problemas presentes, sino que tiene como finalidad empoderar a los individuos para poder hacer frente a situaciones futuras. Para ello es necesario que los clientes adquieran una percepción de autoeficacia mayor a través de la terapia; en la medida en que una persona incremente su sentido de competencia y eficacia en un contexto específico tendrá mayor disponibilidad de cambio y se obtendrán resultados positivos que se sostengan en el tiempo (Sotelo, Sánchez & Jiménez, 2018).

#### 3.1.4 Intervenciones estratégicas

Las intervenciones estratégicas reciben ese nombre porque su fundamento es la adecuación de los medios utilizados a los fines que se persiguen, que no son otros que las metas consensuadas entre terapeuta y consultante como resultado esperable de la terapia. Estas metas u objetivos deben representar soluciones viables a los problemas definidos oportunamente y es en función de ellas que se define la efectividad potencial de las intervenciones e incluso su eficiencia, ya que es un elemento central de este enfoque el lograr resultados del modo más rápido y económico que sea posible (Wainstein, 2006b).

En la terapia breve estratégica, las intervenciones pueden orientarse a uno o más de los siguientes objetivos generales: cambiar la forma de actuar del cliente o miembros de su entorno en situaciones identificadas como problemáticas, buscando así la generación de pautas novedosas que escapen a los círculos viciosos existentes; cambiar la forma de ver las situaciones, promoviendo por distintos medios un nuevo marco de referencia que resignifique dichas situaciones; favorecer el despliegue de los recursos y capacidades del cliente para aumentar sus posibilidades de resolver los problemas. En función del primer objetivo existen intervenciones que, más allá de las diferencias en las problemáticas abordadas, pueden servir en la mayoría de los casos a alterar las secuencias de interacciones en las que se presenta el problema. Tal es el caso de la recomendación de hacer algo diferente, donde se sugiere que hasta la próxima sesión la persona intente comportarse de manera diferente a como viene haciéndolo, o la tarea de la sorpresa, en donde la indicación es que se sorprenda a alguien del entorno haciendo algo que no se esperaría. En estas intervenciones se procura introducir algo nuevo en el sistema, a veces con ayuda del azar, para generar cortocircuitos, interrupciones o desvíos en las secuencias de interacciones que mantienen el problema (Reyna, 2008).

La prescripción de comportamientos es otra forma de intervención orientada a cambiar la forma de actuar del cliente, entre sus variantes posibles se destacan las

prescripciones paradójales, también conocidas como prescripción del síntoma, en las que se indica al cliente que haga aquello que representa el núcleo del problema; por ejemplo, si tiene dificultades para dormir, se le indica que pase una noche sin dormir, si el problema es su perfeccionismo y la ansiedad que le genera el temor a cometer errores, se le sugiere que se equivoque voluntariamente. Este tipo de intervenciones apuntan a generar un cambio a través de la introducción de conductas que al cliente pueden parecerle irracionales, inapropiadas o incluso disparatadas, pero que contribuyen a poner en evidencia que es posible hacer algo diferente a las soluciones intentadas hasta el momento (De Shazer, 1995).

Para cambiar la forma en que el cliente percibe el problema existen técnicas que apuntan a modificar el marco de referencia dentro del cual la interpretación se sostiene. La reestructuración (Watzlawick et al., 1992) es una técnica de intervención que apunta a construir una nueva visión de la realidad, de manera que la situación problemática pase a tener un sentido nuevo, más conveniente para el cliente del que le ha estado dando hasta el momento. Este tipo de intervenciones se basan en la comprensión de que no existe una única manera de concebir un hecho o situación, sino que son posibles diferentes interpretaciones, entre las cuales serán preferibles aquellas que aporten a una visión más flexible y plural, capaz de favorecer el bienestar y desarrollo personales (Reyna, 2008). Otras formas específicas de intervención dentro de este enfoque terapéutico son la pregunta del milagro y el escalamiento. Ambas han demostrado ser efectivas para favorecer el cambio, en la medida en que colaboran a generar expectativas y emociones positivas en los clientes (Franklin, Zhang, Froerer & Johnson, 2017).

Poner en movimiento los recursos y recuperar las capacidades del cliente está relacionado con el énfasis puesto en su empoderamiento y autonomía. Una de las intervenciones que se puede utilizar con este fin es el de la búsqueda de excepciones, es decir invitar al cliente a pensar en aquellos casos en que el problema no se hizo presente, en los éxitos que haya tenido tratando de resolver el problema. Esto se basa en el conocimiento de que la mayoría de las personas que se encuentran atascadas en un problema tienden a percibir que esto sucede siempre de la misma manera y se concentran en lo negativo. La búsqueda de las excepciones es un intento por modificar esta percepción al mismo tiempo que se dirige la atención hacia las fortalezas personales y del sistema. Estas intervenciones se pueden complementar con la técnica de externalización, por la cual el problema es presentado como algo ajeno al cliente, en lugar de la percepción habitual que suele ser que el mismo forma

parte de su vida o constituye su forma de ser. Ante afirmaciones del estilo “soy miedoso o soy un fracaso”, se responde con preguntas que buscan cuestionar esta afirmación, poniendo al miedo como algo externo que, así como se instaló se puede echar fuera. Al mismo tiempo se buscan las excepciones que contradicen esta creencia, poniendo el foco en lo positivo, en las fortalezas de la persona y en los momentos de valor (Reyna, 2008).

Todas estas técnicas, y otras más, se aplican tanto durante las sesiones terapéuticas como en los periodos entre ellas. Algunas incluso, como la de hacer algo diferente, están particularmente pensadas para llevar el cambio al lugar mismo en el que el problema se hace presente, extendiendo el trabajo terapéutico más allá del consultorio.

### 3.1.5 Trabajo entre sesiones

Como se ha dicho, el espíritu de la terapia breve focalizada aspira al empoderamiento de los consultantes, desarrollando una mayor percepción de autoeficacia y ayudando a encontrar y movilizar los recursos existentes para lograr una solución satisfactoria, en primer lugar, para el mismo consultante. En este sentido, la intervención ideal es aquella en la que el terapeuta es lo menos directivo posible; en donde, en lugar de dar instrucciones sobre lo que debe hacer, ha ayudado al cliente a través de las conversaciones en sesión a descubrir por sí mismo lo que quiere lograr e identificar lo que puede hacer para obtenerlo. Sin embargo, en muchos casos son necesarias las tareas pautadas entre sesiones para completar y mejorar el trabajo realizado en ellas o incluso reconducir una terapia que no está avanzando hacia una solución. Las tareas resultan así instrumentos para que el trabajo realizado en sesión proyecte sus efectos más allá del consultorio y genere cambios concretos y tangibles en la vida cotidiana de los clientes. Si los clientes tienen la experiencia de cambios significativos logrados fuera del consultorio, esto fortalece su percepción de autoeficacia y los prepara para afrontar nuevas situaciones problemáticas con mayor autonomía (Beyebach & de Vega, 2010).

Algunas tareas se proponen, simplemente, extender lo conseguido mediante el trabajo en las sesiones a distintas situaciones de la vida cotidiana, buscando consolidar y profundizar los cambios, a veces sin llegar a formularse una tarea concreta, sino señalando los logros y alentando al cliente a hacer más de lo que está funcionando bien. En otros casos es necesario prescribir tareas para provocar cambios que no se están produciendo hasta el momento. En este sentido, se pueden distinguir dos tipos de ellas: a-Tareas dirigidas a promover interacciones positivas: entre ellas se pueden encontrar algunas que están más orientadas a la

observación, como *la caja de caricias*, que consiste en que los miembros de una familia registren todo aquello que hacen los demás que les agrada y lo introduzcan en una caja con la idea de que al final de cada semana se abra esa caja y se lean los elogios; y otras que promueven conductas, como *el hijo profesor del padre*, que consiste en que el primero le enseñe alguna cosa a su padre. b- Tareas dirigidas a modificar interacciones negativas: en este caso el foco son los patrones interaccionales que forman parte del problema y es necesario hacer una buena evaluación de las características de este, para que las prescripciones realmente aporten a la solución y no terminen agravando el problema. Una de las aplicaciones útiles de las tareas entre sesiones de este último tipo puede ser el bloqueo de las soluciones intentadas fallidas. También existen tareas que tienen básicamente una finalidad de distracción o que dirigen la atención hacia otra parte, algo que resulta de gran utilidad en pacientes con rumiación, ya sea ansiosa o depresiva, y en quienes tienen pensamientos obsesivos. Algunas de ellas son: *el diario de a bordo*, que consiste en indicarle al cliente con problemas de ansiedad que cuando experimente uno de sus ataques registre en un cuaderno o en otro medio todo lo que le sucede al detalle, pensamientos, sensaciones corporales, emociones, indicando la fecha, la hora, el lugar y las circunstancias. Además de funcionar como autorregistro, esto bloquea la retroalimentación de la ansiedad y tiene un efecto distractor. También se puede mencionar *la tarea del antropólogo*, recomendada para personas ensimismadas en sus problemas, y que consiste en registrar como un investigador todo lo que le sucede a las personas de su entorno, qué problemas tienen, de qué se quejan y qué se podría hacer para ayudarlos (Beyebach & de Vega, 2010).

El tipo de tarea y su grado de dificultad dependen del grado en que el cliente ha *comprado* las propuestas anteriores del terapeuta. Se dice que alguien ha comprado la terapia cuando se trata de alguien dispuesto a hacer lo que se le indica; en este caso se puede avanzar proponiendo tareas que le exijan más, mientras que, si un cliente ha cumplido con la tarea, pero introduciendo modificaciones que le ayudaron a hacerlo, lo mejor es sugerir tareas que sean modificables y elogiar la actitud del cliente. Si es el caso de alguien que no parece muy convencido, que no ha comprado, es mejor encomendar al principio tareas de observación, más que tareas que impliquen hacer algo diferente a lo habitual. En la medida en que este tipo de tareas se cumplan y, al llevarlas a cabo, la persona detecte excepciones al problema en las situaciones observadas, se puede avanzar con otro tipo de tareas. En los casos en que al cliente le cuesta identificar las excepciones, se puede recurrir a vincular la tarea de

observación con la pregunta del milagro, para ayudarlo a observar qué cosas de lo que imaginaron están empezando a ocurrir o cuáles les parece que, en su situación, podrían ocurrir primero (Morejón & Beyebach, 1994).

### 3.1.6 Terapia breve focalizada y telepsicología.

La amplitud propia de la terapia breve estratégica para seleccionar las técnicas de intervención y el foco puesto en lo comunicacional implican una buena disposición a la incorporación de herramientas tecnológicas como lo son las tecnologías de la información y comunicación (Tic). En terapia estratégica la información es fundamental y las intervenciones van más allá de lo que sucede en el consultorio, comenzando desde el primer contacto y otorgando gran importancia al trabajo fuera de este ámbito (Fisch et al., 1988). Las Tic ofrecen la posibilidad de obtener y gestionar con relativa facilidad información antes del inicio del tratamiento, durante las sesiones y entre ellas, a través de distintos dispositivos online o aplicaciones para celulares. Así mismo, ellas permiten reforzar el trabajo durante y entre sesiones ofreciendo algunas ventajas sobre los medios tradicionales (Amichai-Hamburger, Klomek, Friedman, Zuckerman, & Shani-Sherman, 2014).

Hirsch y Duraó (2020) plantean una relación de larga data entre la terapia sistémica estratégica y el uso de la tecnología. Ya desde sus orígenes, en el MRI de Palo Alto, la práctica de la supervisión sincrónica y asincrónica ya sea con el uso de cámara de Gesell o de grabaciones de audio y video fue un elemento distintivo de este enfoque. La riqueza que surgió a partir de este encuentro sincrónico entre todo un equipo de profesionales de la salud mental y sus pacientes inspiró a muchas terapeutas en distintas partes del mundo para que comenzaran a utilizar grabaciones y filmaciones, expandiendo la que fuera la primera integración masiva entre la psicoterapia y las herramientas tecnológicas. Hasta ese momento la psicoterapia se basaba en interacciones cara a cara sin la mediación de dispositivos tecnológicos, más que para filmar o registrar las sesiones para estudio o supervisión, pero con el desarrollo de las herramientas tecnológicas estas se fueron incorporando más o menos naturalmente, comenzando por la introducción de la historia clínica informatizada, registrando sesión por sesión de forma más ordenada y accesible en comparación con el papel. Luego vinieron las supervisiones a distancia, en las cuales el terapeuta se conecta a través de un celular o computadora con el equipo de supervisión, que pueden encontrarse a grandes distancias del profesional. La cámara y el micrófono se posicionan para que se transmita la sesión en vivo y el equipo puede intervenir llamando, del mismo modo que



ocurría cuando se trabajaba con cámara Gesell. Las ventajas que ofrece esta modalidad de supervisión son, en definitiva, las mismas que se obtenían por aquel medio, el equipo observador puede intervenir cuando lo considere oportuno para ayudar al terapeuta a realizar intervenciones más efectivas, en cambio tiene la ventaja clara en comparación con la forma tradicional de no requerir de un espacio acondicionado adecuadamente, ni de contar con un equipo de profesionales reunidos todos en el mismo lugar físico.

### ***3.2 Telepsicología***

La incorporación de las TIC ha implicado un gran cambio en el campo de la psicología, dando origen a lo que hoy se denomina telepsicología y en el ámbito de la clínica corresponde a la teleterapia. Hirsch y Duraó (2020) enumeran entre las personas para las cuales un tratamiento a distancia sería un recurso valioso a aquellas que sufren discapacidades o trastornos que les impiden movilizarse a un encuentro presencial; las que viven en lugares alejados de los centros urbanos, que es en donde suelen concentrarse los recursos de salud mental; las que se encuentran en una situación de vulnerabilidad social y aun así pueden acceder a Internet o a dispositivos tecnológicos; los que se encuentran viviendo en el extranjero y desean realizar un tratamiento con un terapeuta que comparta su misma cultura; las que no tienen tiempo suficiente para trasladarse al consultorio. Para los terapeutas también puede ser un recurso valioso cuando son ellos los que se encuentran con dificultades para llevar a cabo tratamientos presenciales o cuando estos medios les permiten ponerse en contacto con personas significativas del entorno del cliente, que podrían aportar ayuda al tratamiento.

En una revisión reciente de estudios que comparaban la efectividad de terapia online con la tradicional terapia cara a cara (McCullough, 2020), el autor halló investigaciones que informaban resultados similares para ambos tipos de intervenciones, incluyendo distintos modelos terapéuticos, como terapia cognitivo-conductual, terapias de tercera ola y basadas en mindfulness y terapia sistémica. También se encontraron estudios de tipo cualitativo, que evaluaban la satisfacción de los usuarios con la terapia online y planteaban un alto grado de satisfacción. En sus conclusiones, el autor informa que se hallaron pocos estudios desde el comienzo de la pandemia, por lo cual recomienda la realización de trabajos orientados a evaluar la efectividad de esta forma de psicoterapia en las nuevas condiciones imperantes.

### 3.2.1 Definición y ámbitos de aplicación

Telepsicología es un término que incluye toda actividad realizada en el ámbito de la psicología a distancia, utilizando para ello cualquier forma de tecnología, ya sea analógica, como el teléfono, o digital, como los correos electrónicos, la internet, las redes sociales o las aplicaciones para videoconferencia. La teleterapia es una parte de la telepsicología, referida a las intervenciones dirigidas por psicólogos clínicos para llevar a cabo un tratamiento a distancia, mediante distintas formas de contacto virtual en lugar del tradicional contacto físico. Dentro de ella se puede distinguir la terapia a distancia (con videoconferencia o teléfono) de la terapia a través de la red, con programas automatizados o aplicaciones diseñadas por un psicólogo encaminado y otras formas como la terapia con realidad virtual, que incluye la simulación de ambientes y situaciones, ya sea que exista o no un terapeuta que guíe el proceso terapéutico (de la Torre Martí & Cebrián, 2018).

Aún con la difusión que han tenido las TIC en las últimas décadas, todavía su incorporación por parte de los profesionales psi no es muy importante, al menos hasta antes de la pandemia de Covid - 19, que implicaría claramente un impulso obligado a este tipo de intervenciones. En un estudio realizado en España en el año 2017 (González-Peña, Torres, Barrio, & Olmedo, 2017) con una muestra de 486 psicólogos inscritos en el Colegio Público de Psicólogos de Madrid, se halló que solamente el 26% realizaba teleterapia, aunque más del 60% se manifestaron a favor de su uso. El motivo principal por el que comenzaron a realizar teleterapia fue el propio pedido de sus pacientes y en la mayoría de los casos se empleó como complemento de la terapia tradicional o en ocasiones de viajes. Entre las dificultades y obstáculos más importantes para su implementación mencionaron las limitaciones que implicaría en relación con la comunicación no verbal y las dificultades para establecer una buena alianza terapéutica; además de las cuestiones relacionadas con la confidencialidad y los problemas técnicos.

En esta línea, Poletti et al. (2020) hallaron 18 trabajos con distintos modelos terapéuticos en una revisión de estudios con psicoterapia online sincrónica. Los resultados indican que este tipo de terapia podría ser una alternativa a las sesiones presenciales para el tratamiento de trastornos como depresión, ansiedad y estrés post traumático. Además, algunos estudios informan que los pacientes tienen niveles de confianza en el tratamiento y opiniones sobre la calidad del servicio y el contacto con el terapeuta similares a las de los tratamientos tradicionales. Sin embargo, se señala que las dificultades técnicas, la imposibilidad de contar

con un espacio privado y la falta de familiaridad con las TIC podrían afectar la eficacia de las sesiones online. Esto se relaciona además con una de las puntualizaciones que los autores hacen en sus conclusiones, afirmando que la forma en que se dé el inicio de los intercambios, la negociación de objetivos y tareas, así como el grado de asimetría en la relación que podría verse aumentado por este medio, dependen en gran medida del modelo terapéutico utilizado y del estilo personal del profesional.

En cualquier caso, resulta claro que las aplicaciones, medios de comunicación y plataformas web con las que se cuenta para actuar como mediadoras de la relación entre cliente y psicólogo pueden contribuir tanto positiva como negativamente al éxito terapéutico. Cuando se trata de decidir la oportunidad de una teleterapia, así como los medios para llevarla a cabo, es necesario considerar no sólo los aspectos propios de cualquier intervención psicológica, como el problema por el que se consulta, las características de la persona y los conocimientos del profesional para responder a la demanda que se le plantea, sino también todas aquellas cuestiones relativas a la tecnología. Las características de *usabilidad* del software sean programas automatizados, aplicaciones o plataformas web, y las relativas a la forma de transmitir instrucciones, la existencia de feedback de la interacción y el modo de participación de los interlocutores son algunas de ellas. Resulta fundamental para una buena evaluación de estos aspectos que el psicólogo conozca al menos algunas de estas herramientas en profundidad, sus potencialidades y limitaciones (de la Torre Martí & Cebrián, 2018).

### 3.2.2 Intervenciones telepsicológicas sincrónicas. Cuestiones clínicas y técnicas.

La terapia online sincrónica, a través de videollamada, es una de las formas más extendidas de teleterapia y se puede considerar que es la que en mayor medida mantiene elementos que están en la base de la psicoterapia, como el encuentro y el vínculo paciente-terapeuta. Aun así, el dispositivo online implica ciertos cambios en el encuadre, que tienen su influencia en otros aspectos del tratamiento, como la construcción de la alianza terapéutica y su dinámica. Algo que resulta importante destacar es que las terapias online no siempre se dan en su forma pura, es decir como una interacción entre cliente y terapeuta mediada por un dispositivo tecnológico. No es extraño que durante la sesión el paciente comparta con el terapeuta fotos, chats, audios de WhatsApp u otras comunicaciones que han recibido y le han disparado distintas emociones y que pueden ser el foco de su malestar en ese momento. De esta manera los pacientes aportan un material extra a su relato y el terapeuta se encuentra con

que ha ingresado una tercera persona en la relación, que de otro modo no hubiera estado presente, incluso cuando la sesión es en el consultorio. Esto implica un cambio importante en la dinámica del intercambio terapéutico, ya que anteriormente el terapeuta tenía que construir una imagen de los otros significativos y del entorno próximo del consultante, basándose exclusivamente en lo que éste relataba en sesión. Ahora esas representaciones tienen el complemento de imágenes y sonido real, pasando de lo relatado a lo presenciado. Las implicancias de esto para la dinámica de las sesiones y de todo el tratamiento es algo que aún no es posible conocer y que requerirá de investigaciones orientadas a su dilucidación (Hirsch & Durao, 2020).

Una de las preocupaciones mayores con respecto a la eficacia clínica de la terapia online es la que tiene que ver con la alianza terapéutica. Algunos estudios tempranos sostenían que no había diferencias significativas entre la alianza lograda a través de teleterapia y una desarrollada en una terapia presencial (Rees & Stone, 2005). Una revisión sistemática posterior (Sucala et al., 2012) halló 11 estudios que evaluaban la alianza terapéutica en teleterapia considerando que la calidad era equivalente a la propia de terapias cara a cara y que se establecía una buena relación terapeuta-paciente.

Algo que debe tenerse en cuenta en la teleterapia es la cuestión de la dimensión ética y legal. Los principios que rigen la práctica profesional no varían sustancialmente cuando se trabaja con TIC; sin embargo, la terapia online plantea algunos desafíos que requieren de la atención del profesional y un cierto conocimiento sobre las características de las herramientas que utiliza. El principio del secreto profesional, por ejemplo, aplicado a la terapia online exige que se considere cuáles son las plataformas más adecuadas para garantizar su respeto y cuáles poseen vulnerabilidades que podrían ponerlo en riesgo. También, en el caso de terapias que involucran a pacientes que no se encuentran en el mismo país que el terapeuta, hay que considerar el problema de la superposición de marcos legales. En términos prácticos, la primera cuestión implica que el terapeuta investiga y decida cuál es la plataforma que le garantiza el respeto de ciertas normas éticas fundamentales, mientras que en lo que refiere al marco legal, aunque ningún terapeuta puede convertirse en experto conocedor de las normativas de distintos países, hay cuestiones mínimas que debe conocer, como las responsabilidades ante la ley por su actuación y los requerimientos en cuanto a calificación y modelos terapéuticos reconocidos. Otros aspectos que la teleterapia plantea como problemáticos en relación con la ética y la legalidad son la verificación de la identidad del

paciente y de las credenciales del profesional, el cuidado de aspectos relacionados con la confidencialidad, como lo es el hecho de que el cliente pueda estar en un lugar privado y que la conversación que mantiene con el terapeuta no pueda ser oída ni registrada por terceros (Hirsch & Durao, 2020).

### 3.2.3 Intervenciones telepsicológicas asincrónicas. Cuestiones clínicas y técnicas.

En primer lugar, para aquellas personas que, por distintas razones, como puede ser el padecer de un trastorno psicológico como la agorafobia o la fobia social, o las dificultades para acceder a la consulta de un profesional capacitado, las TIC pueden representar un medio a través del cual buscar ayuda que no es posible encontrar siguiendo los cauces tradicionales. En estos casos las herramientas tecnológicas pueden ser una alternativa, al menos momentánea, aunque cabe señalar que el asesoramiento profesional no puede ser reemplazado sin más por este tipo de instrumentos (Vallejo & Jordán, 2007).

Los recursos tecnológicos para la teleterapia asincrónica se pueden clasificar en recursos que produce el mismo cliente y aquellos con los que él se relaciona. Los autorregistros a través de aplicaciones para celular corresponderían al primer grupo, mientras que aplicaciones como los relatos sonoros, guías de meditaciones y videos psicoeducativos al segundo. Las herramientas para autorregistro son buenas para identificar mecanismos disfuncionales y mejorar la capacidad de observación del problema. Las notas de voz o el registro de videos con el celular de las situaciones problemáticas aportan un material que resulta útil para disminuir las resistencias y mejorar el compromiso con el tratamiento (Hirsch & Durao, 2020).

Por otra parte, y en el marco del trabajo fuera de las sesiones las nuevas tecnologías resultan herramientas al servicio de los objetivos terapéuticos. Existen programas para computadoras personales, aplicaciones para teléfonos móviles, sitios de Internet y otros recursos por el estilo que puede aportar mucho en este sentido. Cuando, por ejemplo, se le enseña a un cliente cómo llevar un autorregistro de determinada conducta usando una de estas aplicaciones, se está llevando la terapia al propio contexto del paciente, algo que en terapia breve es parte fundamental del abordaje (Vallejo & Jordán, 2007).

Sólo en lo que refiere al tratamiento de la depresión se han desarrollado gran cantidad de aplicaciones, incluyendo módulos para sesiones online, robots de chat, aplicaciones para psicoeducación, registros del estado de ánimo, test de screening, juegos y de autoayuda. La mayoría de estas aplicaciones han sido desarrolladas buscando satisfacer los requerimientos

de los usuarios, pero no en todos los casos se ha tenido en cuenta la necesidad del juicio de los profesionales especializados, tanto en su diseño como en lo que refiere al seguimiento del proceso terapéutico y el monitoreo de los resultados (Teles, Rodrigues, Viana, Silva, Coutinho, Endler, & Rabêlo, 2019).

Antes de incorporar este tipo de herramientas al trabajo terapéutico es necesario hacer una evaluación de las posibilidades reales del cliente y si puede llegar a beneficiarse con su uso. Aunque no existen instrumentos validados para evaluar esta dimensión, es imprescindible al menos plantear algunas preguntas, como ¿cuál es el nivel de lectoescritura del paciente?, ¿qué experiencia tiene con el uso de computadoras o de aplicaciones para teléfonos inteligentes?, según el caso, así como saber ¿cuál es la actitud del cliente hacia la posibilidad de llevar un tratamiento por estos medios? Otras cuestiones que suelen pasarse por alto, pero no son menores tienen que ver con la disponibilidad de estos artefactos y el acceso a internet, algo que, brecha digital mediante, no es uniforme en relación con la edad, el nivel de educación, de ingresos y otras variables sociodemográficas (Vallejo & Jordán, 2007).

Otra forma exitosa de teleterapia asincrónica es la terapia automatizada a través de internet. Se trata de programas que permiten la autoaplicación de intervenciones diseñadas previamente para ser utilizadas sin la mediación de un terapeuta o con una asistencia puntual. Esta forma de intervención se ha mostrado eficaz para el tratamiento de fobias específicas (Baños, Quero, Botella & García, 2007) y en otros trastornos del espectro de la ansiedad, como ansiedad social, trastornos de pánico, agorafobia y ansiedad generalizada (Berger, Boettcher & Caspar, 2014).

En lo que se refiere a las tecnologías digitales aplicables en la psicoterapia de manera asincrónica, el amplio desarrollo que han tenido en los últimos años las aplicaciones para smartphones habilita la extensión de las intervenciones posibles a diversos trastornos y situaciones, prometiendo una ampliación del alcance de los tratamientos mucho más allá de las sesiones sincrónicas entre terapeuta y consultante. Esto es algo importante en un enfoque como la terapia breve focalizada, donde se enfatiza el trabajo entre sesiones, con actividades consensuadas entre terapeuta y consultante. En este sentido, Hirsch y Castronovo (2014) sostienen que el uso de la tecnología podría aumentar la influencia del terapeuta en el marco de la terapia breve estratégica, haciendo que las intervenciones resulten más efectivas.

Con respecto a las cuestiones relacionadas con la alianza terapéutica en este tipo de

intervenciones, una revisión reciente de estudios sobre el uso de aplicaciones para teléfonos celulares y su relación con la construcción de la alianza terapéutica (Henson, Wisniewski, Hollis, Keshavan, & Torous, 2019) reporta una escasa cantidad de trabajos en esta línea, lo que se plantea como una falla sorprendente considerando el impacto que esta relación podría tener en la práctica psicoterapéutica. Se informan los resultados de cinco estudios, todos ellos orientados a evaluar la viabilidad y aceptación de este tipo de herramientas tecnológicas en el marco de tratamientos psicológicos. Sólo dos de ellos utilizan escalas para medir la alianza terapéutica y el resto utiliza preguntas abiertas realizadas a los usuarios. En general, las respuestas obtenidas sugieren que las aplicaciones podrían aumentar el compromiso y adherencia a los tratamientos, especialmente aquellas que permiten generar y compartir información con los profesionales más allá de las sesiones. La principal conclusión es que se requiere mayor cantidad de investigaciones sobre esta cuestión, desarrollando más profundamente el concepto de alianza terapéutica digital, así como instrumentos específicos para medirla.

#### 3.2.4 Realidad virtual: aplicaciones en psicología clínica.

La psicoterapia online no es la única forma en que las TIC han modificado la práctica clínica; la realidad virtual (RV) es una herramienta que ha demostrado su eficacia, fundamentalmente para el tratamiento de trastornos de ansiedad, en donde la exposición a través de RV ha resultado tan eficaz como los tratamientos conductuales y cognitivo conductuales que gozan de evidencia empírica, con similar impacto en la vida cotidiana de los pacientes y estabilidad de los resultados obtenidos en el tiempo (Opris et al., 2012). En las dos últimas décadas, la realidad virtual y la realidad aumentada se han aplicado en el ámbito clínico para el tratamiento de múltiples trastornos, con un crecimiento exponencial en los últimos años. Estas tecnologías han demostrado su eficacia también en casos de fobia, estrés postraumático, depresión, trastornos de la conducta alimentaria y dolor crónico. También se han realizado estudios sobre la aplicación de esta metodología para el tratamiento del estrés postraumático y otros trastornos como el duelo patológico (Baños, Quero, Botella, García-Palacios & Bretón-López, 2007).

Las formas en que esta herramienta tecnológica ha ingresado en el campo de la psicoterapia reconoce tres aspectos fundamentales: 1- Como forma de reforzar las técnicas basadas en la imaginación, la realidad virtual permite que los pacientes tengan la vivencia de experiencias propuestas por el terapeuta como si estuviera allí realmente; 2- Al encontrarse

sumergidos en la realidad virtual, los pacientes pueden experimentar distintas formas de conducta; y 3- Como toda tecnología basada en la conectividad, la realidad virtual implica una superación de los límites que suponen la distancia y la geografía (Ventura, Baños & Botella, 2018).

Esto ofrece numerosas posibilidades para los profesionales de la salud mental: como complemento de técnicas como la reestructuración y la psicoeducación, el uso de la realidad virtual puede ayudar a los terapeutas a mostrar a sus clientes que las cosas de la realidad pueden no ser exactamente como ellos las perciben y que hay otras formas de percibir al mundo y a sí mismos, que resultan más adecuadas para descubrir sus fortalezas y promover un buen funcionamiento psicológico. Asimismo, se puedan llevar a cabo intervenciones de una manera más ecológica y efectiva. Por ejemplo, la creación de estos entornos permite que los consultantes pongan a prueba nuevas formas de comportarse frente a situaciones que les resultan problemáticas en la vida real, como sucede en los casos de fobia social frente a situaciones que exigen hablar en público o en la agorafobia con determinados lugares. De la misma manera, a través de la realidad virtual se pueden crear situaciones que permitan evaluar la autoeficacia de los clientes, permitiéndoles vivir experiencias que lo ponen a prueba, pero en donde es posible controlar distintas variables del entorno. Esto permite ofrecer distintas experiencias, variando los estímulos, escenarios, y regulando el grado de dificultad de acuerdo con las necesidades del cliente, siempre en un entorno que no representa una amenaza real para él y que le garantiza mayor privacidad y confidencialidad, ya que pueden ofrecérsele experiencias de lo más diversas sin salir del consultorio. Otro aspecto en el cual la RV puede ser de gran utilidad es el de la evaluación psicológica. En la actualidad existe una gran variedad de instrumentos de autoinforme para medir distintos constructos psicológicos, muchos de los cuales han dado muestras de validez teórica y empírica. Sin embargo, su validez ecológica es discutida, lo que lleva a la necesidad de desarrollar instrumentos de evaluación que respondan mejor en este sentido. Las observaciones de conducta y puntuación de desempeños en distintos contextos son técnicas de evaluación de gran utilidad para monitorear la marcha de un tratamiento, que podrían llevarse a cabo con mayor facilidad y economía gracias a la RV (Botella, Baños, García-Palacios, & Quero, 2017).

Con respecto a lo anterior, las simulaciones de RV pueden diseñarse de manera que brinden “feedback” inmediato a los usuarios durante la realización de una tarea, o que genere



un registro de información que el usuario y el terapeuta puedan analizar luego de realizada la intervención. De esta manera es posible calibrar con un mayor nivel de exactitud el comportamiento de los clientes en función de los objetivos fijados para el tratamiento, contando para ello con indicadores claros de su performance. Esto ha sido de gran utilidad en el tratamiento del estrés postraumático, del trastorno obsesivo compulsivo y otros problemas como el abuso de sustancias, en donde el seguimiento de los cambios conductuales es de gran importancia. Otro tanto puede lograrse con el monitoreo de las reacciones fisiológicas. Aplicaciones con metodología de biofeedback han sido diseñadas para el tratamiento de pacientes con dolor crónico y en rehabilitación neuropsicológica o después de un accidente cerebrovascular (Rizzo & Bouchard, 2019).

Estas y muchas aplicaciones más que han demostrado su eficacia para el tratamiento de múltiples trastornos y enfermedades médicas motivan que Rizzo y Koenig (2017) plantearan el interrogante acerca de qué tan madura está la RV para ocupar un lugar central en la psicología y la neuropsicología. Los autores responden que la clave está en la colaboración entre los profesionales de la clínica y los expertos en estas tecnologías, para lograr desarrollar nuevas y mejores herramientas para la intervención psicológica y la rehabilitación. Para ello es fundamental definir antes cuáles son los procesos operantes en la realidad física que resultan de interés para el desarrollo de procedimientos de evaluación e intervención basados en la evidencia. A partir de allí se podrá especificar las formas en que la RV puede contribuir a una evaluación más confiable y con validez ecológica, a amplificar los efectos de los tratamientos, a reducir las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios de salud o simplemente a hacer más eficientes y económicas las intervenciones, automatizando algunos procedimientos.

## **4 METODOLOGÍA**

### ***4.1 Tipo de estudio y diseño:***

Estudio descriptivo, con un diseño cualitativo.

### ***4.2 Participantes:***

Cuatro profesionales de la Psicología que se desempeñan en un centro orientado a la Terapia Breve Focalizada y realizan psicoterapia online; tres de sexo femenino de 29 y 31 años, una de ellas Terapeuta infanto juvenil, diplomada en Neuropsicología Infantil, la otra profesional con una formación de Posgrado en Terapia DBT (Dialectical Behavior Therapy) y

la restante psicoterapeuta con una especialización en terapia estratégica. Un psicólogo de sexo masculino de 41 años con un Posgrado en Terapia Sistémica.

#### ***4.3 Instrumentos:***

Cuestionario diseñado para la investigación orientado a recoger información sobre:

1) Las características de la psicoterapia online en el centro, 2) La respuesta de los pacientes (adherencia, motivación, alianza), 3) Las ventajas y desventajas; como también a las aplicaciones informáticas para el trabajo entre sesiones, 4) Tipos de aplicaciones que se utilizan en el centro, 5) Criterios de elección, 6) Descripción de algunas de las aplicaciones más importantes, 7) Aportes a los tratamientos en el marco del modelo de Terapia Breve Focalizada.

Entrevista semiestructurada con un especialista en psicoterapia con realidad virtual. Ejes de la entrevista: 1) principales aplicaciones clínicas de la realidad virtual, 2) Aportes a los tratamientos, 3) Respuesta de los pacientes (adherencia, motivación, alianza), 4) Cuestiones a considerar para aprovechar su potencial.

#### ***4.4 Procedimiento:***

Los cuestionarios fueron enviados por correo electrónico a la coordinadora de las prácticas, quien los hizo llegar a los profesionales y recibió sus respuestas. Las respuestas fueron organizadas de acuerdo con los ejes previstos en el plan de trabajo, buscando tanto los aspectos comunes a todas ellas, como las diferencias destacables.

La entrevista semidirigida al especialista en realidad virtual se realizó de manera virtual mediante videollamada que duró aproximadamente 40 minutos. La misma fue grabada y luego se procedió a desgrabarla para su análisis en función de los ejes temáticos previstos.

## **5 Desarrollo**

### ***5.1 Psicoterapia online en el marco de la terapia breve focalizada***

Para conocer la forma en que se lleva a cabo la teleterapia en la institución, según la perspectiva de los profesionales que se desempeñan en ella, se les consultó a través de un breve cuestionario enviado a través del correo electrónico por intermedio de la coordinadora de la práctica. Esto se debió a que finalmente no se pudieron concretar entrevistas como se había previsto en el plan de TFI. Se distinguirán las respuestas de los distintos terapeutas con un número correspondiente al orden en que entregaron sus cuestionarios, para mantener el

anonimato de los participantes.

Todos los profesionales consultados manifestaron tener una experiencia positiva con la terapia online. La terapeuta uno afirma que, en lo que se refiere a efectividad, obtiene los mismos resultados por este medio que con terapia presencial, lo que se corresponde con la revisión realizada por McCullough (2020), mientras que la terapeuta tres cuenta que en la actualidad ha logrado adaptar prácticamente toda su metodología de trabajo al formato de teleterapia con mucha aceptación. Aclara que esto implicó ir incorporando herramientas tecnológicas de a poco y entre ellas menciona el uso de videos, textos, apps para teléfonos celulares y otros recursos que considera como complementos útiles para el trabajo terapéutico. El terapeuta cuatro, no sólo dice que su experiencia con la terapia online fue muy positiva, sino que considera que genera un vínculo especial con los consultantes, aportando flexibilidad para trabajar con los casos. A diferencia de los anteriores, la terapeuta dos dice que su experiencia comenzó hace tres años, nada más, y que al inicio le resultó muy estresante, porque sentía que no se podía terminar de conectar emocionalmente a través de este medio. Cuenta que, con el tiempo y la experiencia, fue aprendiendo a construir una buena relación con los consultantes y hoy en día se siente cómoda trabajando de esta manera. Esta relación ambigua con la teleterapia refleja en alguna medida lo que González-Peña et al. (2017) hallaron en su investigación realizada en España, donde los terapeutas manifestaban mayoritariamente su posición favorable hacia el uso de las TIC en terapia, aunque sólo una cuarta parte de ellos las utilizaba efectivamente.

Con respecto a la aceptación por parte de los consultantes, también aparece como buena en términos generales, aunque se mencionan algunos matices. Por ejemplo, el terapeuta uno dice que hace unos años la terapia online no era muy bien recibida por los consultantes, que sólo la tomaban los pacientes que por algún motivo no podían trasladarse al consultorio (como podía ser la distancia o por un eventual viaje) y que eso fue mejorando muy de a poco; hasta que, debido al contexto de aislamiento por COVID-19, de golpe la mayoría de los pacientes se vieron obligados a adaptarse a esta herramienta y, según dice, “lo hicieron perfectamente”. Inclusive destaca que aquellos que al principio expresaron desconfianza, terminaron diciendo que les resultó una experiencia muy satisfactoria. La satisfacción de los usuarios es un aspecto destacado en los estudios cualitativos relevados por McCullough (2020), mientras que en la citada investigación de González-Peña et al. (2017) se señala que muchos profesionales utilizan esta forma de terapia solamente a pedido de los

consultantes o cuando algún problema circunstancial impide la realización de sesiones presenciales, como menciona el terapeuta uno aquí. La terapeuta dos afirma que en la mayoría de los casos los pacientes responden bien a la propuesta de terapia online y no refiere nada acerca de lo que sucede con los que no responden de esta manera. Por su parte la tercera terapeuta dice que la adherencia es muy positiva *en líneas generales*, aunque existan algunos inconvenientes como, por ejemplo, los problemas con la conexión que dificultan la comunicación. El terapeuta cuatro afirma que la aceptación es buena, y que en buena parte esta depende de la formación de los profesionales, del capacitarse para poder atender con esta modalidad. Teniendo en cuenta la individualidad de cada paciente para incorporar herramientas que sirvan para generar el vínculo. Agrega que muchas veces son los profesionales los que tienen prejuicios con respecto a esta modalidad terapéutica y no los consultantes. Esta posición, sumada a lo que otra de las profesionales cuenta en relación con su propia experiencia y la mención a la necesidad de formación, aspecto destacado por Hirsch y Duraó (2020), hacen suponer que hasta la situación planteada por la pandemia de COVID - 19 no eran muchos los casos en donde los profesionales planteaban como primera opción a los consultantes un tratamiento realizado a distancia.

La construcción de la alianza terapéutica y su dinámica a lo largo del tratamiento son aspectos centrales de la psicoterapia que podrían verse afectados por las características particulares de la psicoterapia online (Hirsch & Duraó, 2020). Al respecto las terapeutas del centro de psicoterapias no parecen encontrar problemas significativos. El terapeuta cuatro considera que se puede generar una buena alianza terapéutica con esta modalidad de trabajo, aunque el tema es entender que no sirven las mismas herramientas que, en la terapia presencial, sino que uno se tiene que acomodar al formato distinto para poder generar alianza con los pacientes. La forma de acomodarse al formato no aparece en la respuesta del terapeuta, aunque algunas pistas se pueden hallar en otras de las respuestas de los profesionales consultados. Por ejemplo, la terapeuta uno, quien sostiene que no encuentra diferencias importantes en comparación con la modalidad presencial, aclara que en las comunicaciones por videollamada intenta que haya un primer momento de conversación liviana (a la que se refiere como *chitchat*) del tipo de la que se tendría subiendo en el ascensor, algo que considera importante para la construcción del vínculo. La terapeuta dos, que considera que la alianza que puede construirse en este tipo de terapia es suficiente para poder trabajar lo consultado, plantea que sí existen diferencias con respecto a la terapia presencial.

La comunicación no verbal es más amplia en la terapia presencial. En cambio, todo lo que tiene que ver con lo corporal es diferente cuando se trata de terapia online y eso es algo que hay que atender porque afecta la comunicación, que es como se construye el vínculo y se logran los acuerdos.

Cabe señalar que la forma que toma la comunicación no verbal en este tipo de terapia es una de las preocupaciones mencionadas por los profesionales en la investigación de González-Peña et al. (2017). Relacionado con estas limitaciones, la terapeuta uno agrega que, para compensar las limitaciones de una videollamada, se esfuerza por dirigir la mirada hacia la cámara, como si estuviera mirando al consultante, y trata de manejar el tono de voz para reforzar aquello que está diciendo. De cualquier manera, la propia terapeuta dos que había destacado las diferencias en cuanto a la comunicación no verbal, se encarga de aclarar que el vínculo que se establece en terapia online y en la clásica terapia presencial es diferente, “no es ni mejor ni peor”. En relación con esta cuestión se puede plantear un vínculo con lo que señalan Poletti et al. (2020) en cuanto a la influencia que el formato de la psicoterapia online podría tener sobre la forma en que dan los intercambios entre terapeuta-cliente y, a través de éstos, su impacto en la negociación de objetivos y tareas, como parte de la alianza. Aunque, cabe aclarar, los autores alertan que estos dependen en cierto grado del modelo terapéutico y del estilo personal del profesional. La misma terapeuta señala que la terapia online es más focalizada porque hay menos distractores. La terapeuta tres es la que defiende con mayor énfasis la calidad de la alianza terapéutica en terapia online. Según su experiencia, que se aplica a numerosos casos tratados 100% de manera virtual, en todos ellos se logró una excelente alianza terapéutica. Además, sostiene que la terapia online tiene algunas ventajas en comparación con la presencial, entre las que elige destacar un cierto grado de desinhibición que se produce cuando la comunicación se da a través de la cámara y a distancia en lugar de hacerlo en una situación cara a cara. Para algunas personas esto puede ayudarlas a hablar sobre algunos problemas que les generarían más vergüenza si tuvieran que hacerlo en una sesión presencial clásica. En términos generales, los terapeutas consultados consideran que no existen obstáculos para la construcción de la alianza terapéutica en teleterapia, e incluso la mayoría considera que no sólo la calidad del vínculo no se ve afectada, sino que se pueden encontrar algunas ventajas. Estas opiniones coinciden con los estudios de Rees y Stone (2005) y los incluidos en la revisión de Sucala et al. (2012), cuyos resultados muestran la equivalencia en la construcción de la alianza terapéutica en ambos tipos de terapia y la calidad de la relación terapeuta-paciente en la

psicoterapia online. Como nota aparte se puede agregar que uno de los profesionales, el terapeuta cuatro, señaló que las diferencias en cuanto a la información que puede obtenerse a partir de los signos corporales y el resto de los aspectos de la comunicación verbal que están disminuidos en una videollamada, podrían crear en algunos terapeutas una sensación de pérdida de control sobre la sesión que genere temor.

Por último, se analizaron los obstáculos que los terapeutas encuentran en su práctica clínica utilizando las TIC. Las respuestas fueron diversas, mencionado aspectos diferentes y con distinto grado de impacto. La terapeuta tres es la que plantea una de las limitaciones más específicas. Se refiere a las limitaciones que este formato impone a la implementación del juego simbólico en el caso de la terapia con niños. Aunque, según dice, en algunos casos lo puede aplicar, siempre necesita de la colaboración de la familia para preparar las condiciones y predisponer al niño para esta actividad. Además, menciona a las dificultades con la conexión como uno de los factores que pueden afectar el desarrollo de las sesiones. La terapeuta dos también se refiere a la cuestión más técnica, señalando que la mala calidad de las conexiones a internet en algunos lugares de la Argentina podría ser un impedimento o, al menos, perjudicar las posibilidades de llevar a cabo un buen proceso terapéutico. Considera que esto puede hacer que, al menos durante un tiempo, la terapia presencial siga siendo la mejor opción para algunos consultantes. La terapeuta uno considera, como cuestión a tratar, que es importante mantener el encuadre a pesar de las diferencias. “Es importante que el paciente tenga un espacio de privacidad, donde pueda hablar, y que se respete lo que es una sesión, que no esté en la cama o comiendo mientras estamos en sesión”. Por último, para el terapeuta cuatro la psicoterapia online no es recomendable en todos los casos y tendría como límite aquellos casos “que requieren poner más el cuerpo”. Además, plantea como una limitación la falta de formación especializada por parte de los profesionales; entendiendo que existen diferencias en la forma de trabajo, estima que deberán desarrollarse cursos de posgrado para ofrecer conocimientos y entrenamiento en las habilidades necesarias para hacer psicoterapia sirviéndose de las nuevas tecnologías. Cabe señalar al respecto que de la Torre Martí & Cebrián (2018) enfatizan la importancia de que los profesionales conozcan las potencialidades y limitaciones de este tipo de herramientas para responder adecuadamente a la demanda de los consultantes. El problema de la formación parece ser el más importante, según ha sido señalado por Hirsch y Duraó (2020), quienes lo plantean como una cuenta pendiente en nuestro país. Los problemas técnicos, por otra parte, son mencionados en los trabajos de González-Peña et al. (2017) y de Vallejo y Jordán

(2007), aunque en este caso se puede esperar que su solución llegue en los próximos años simplemente por el desarrollo de nuevas tecnologías y la extensión de las redes existentes debido al gran aumento de la demanda que se ha experimentado en los últimos años en nuestro país, que es uno de los que tienen mayor proporción de teléfonos inteligentes por habitante en el subcontinente sudamericano.

### ***5.2 Aplicaciones clínicas de la realidad virtual en el marco de la terapia breve focalizada***

De acuerdo con lo que cuenta el especialista entrevistado, al que llamaremos S., la realidad virtual (RV) es una herramienta que se puede utilizar para trabajar objetivos específicos en el marco del tratamiento de diversos trastornos y dentro de orientaciones teóricas diferentes. Esta versatilidad de la RV se corresponde con la gran cantidad de aplicaciones que se informan en los relevamientos sistemáticos (Baños et al., 2007) y se basa en la inespecificidad de los aportes que ofrece como herramienta, entre los que se encuentran la posibilidad de potenciar las técnicas de imaginación, de aumentar las posibilidades de entrenamiento de conductas, y otras como la de ser fuente de información en relación con la autoeficacia (Botella et al., 2017; Ventura et al., 2018).

El licenciado S. confirma que la aplicación más importante que tiene la realidad virtual en psicoterapia en la actualidad se da dentro del espectro de los trastornos de ansiedad, coincidiendo con lo que refleja la revisión de Opris et al. (2012). Sostiene que el tratamiento de este tipo de trastornos es el área en la que la realidad virtual ha demostrado con mayor claridad su eficacia; aunque destaca que en los últimos años se han desarrollado entornos específicos para el trabajo con adicciones y trastornos del estado de ánimo, algo que también se ve reflejado en revisiones como la de Baños et al. (2007), y que de a poco se van incorporando otras formas de incluir esta herramienta para el tratamiento de múltiples problemáticas.

En lo que se refiere al tratamiento de trastornos de ansiedad, y especialmente en el caso de las fobias, destaca la importancia que tiene la creación de entornos orientados a facilitar la aplicación de exposición. En este terreno la principal ventaja de la RV sobre las técnicas tradicionales como la exposición en vivo mencionada por el especialista entrevistado radica en que a través de la RV es posible aumentar casi sin límite el trabajo con exposición: “la terapia de RV, por ejemplo, permite exponer al paciente las veces que queramos, no hay un número específico”. También es importante la contribución que la realidad virtual puede

hacer al trabajo con este tipo de técnicas en términos de eficiencia. Al respecto, el especialista entrevistado sostiene que:

Esto también facilita muchísimo el proceso terapéutico y abarata costos, porque cualquier escenario que usemos nosotros, si tuviéramos que aplicarlo en la realidad tendríamos que disponer de mucho tiempo y movilizar recursos. El mejor ejemplo es el del avión, nadie puede tomar 10 o 20 vuelos para exponerse a esa situación y con la realidad virtual lo podemos hacer esa cantidad y más veces.

Más allá de esta posibilidad de realizar una gran cantidad de sesiones de exposición sin aumentar los costos significativamente, S. asegura que la herramienta es en sí misma más eficaz y que, en lugar de necesitar mayor cantidad de sesiones de exposición en comparación con el método tradicional, en muchos casos se necesitan menos sesiones para lograr resultados utilizando entornos de RV. Incluye además ejemplos con fobias a animales y agorafobia, concluyendo que la realidad virtual es invaluable para llevar a cabo la técnica de exposición en todos estos casos y que, además, se puede trabajar en las mismas sesiones técnicas de relajación que resulta de gran utilidad para hacer más efectivas las exposiciones. De esta manera, con esta herramienta se mejoraría la eficiencia a la que aspira la terapia breve (Wainstein, 2006b), ya que repetir las exposiciones en vivo a la manera tradicional sería más difícil y costoso que hacerlo a través de los entornos diseñados para ese fin dentro del consultorio. Incluso, como sugieren Ventura et al. (2018), esta sería una de las ventajas que ofrece la realidad virtual, al permitir ir más allá de las limitaciones físicas que imponen la distancia y la geografía.

Con respecto a la mencionada aplicación de RV como soporte para la práctica de técnicas de relajación, el licenciado S. sostiene que éstas resultan un complemento muy útil para el tratamiento de fobias específicas, como la fobia a volar, a las agujas o el temor a los exámenes, y que la incorporación de esta herramienta tecnológica permite mejorar los resultados obtenidos con ellas.

Cuenta además que, aunque en menor medida, la RV también se está utilizando como apoyo de técnicas como la reestructuración cognitiva, en donde la exposición a situaciones relacionadas con el problema abordado sirve para contrastar los pensamientos y creencias, ayudando al cuestionamiento. Esta aplicación de la realidad virtual se puede pensar como un ejemplo de lo que sugieren Botella et al. (2017) en relación con el uso de esta técnica como complemento de la reestructuración cognitiva y la psicoeducación, ya que permitiría que los



clientes cuestionen sus creencias al descubrir que hay formas de percibir la realidad diferentes a la suya y que pueden ser más útiles para hacer frente a sus problemas.

Otras de las aplicaciones que menciona el especialista son los entrenamientos en regulación emocional, para control del enojo, y en habilidades sociales; en ambos casos la RV permitiría multiplicar las posibilidades de ejercitar lo aprendido y poner en práctica nuevas conductas. Esto también es mencionado por Botella et al. (2017) cuando se refieren a las posibilidades que ofrece esta tecnología, al permitir crear entornos controlados y diseñados ad hoc para poner a prueba el comportamiento de los consultantes en situaciones temidas, favoreciendo los procesos de entrenamiento en diversas habilidades.

Aunque escapa al tipo de problemas que se abordan desde la terapia breve focalizada, el licenciado S. también menciona la creación de entornos virtuales para el trabajo con personas dentro del espectro autista y con esquizofrenia, aclarando que su uso no está todavía extendido entre los profesionales que se dedican a estas patologías. Por otra parte, algo que destaca como una deuda pendiente es la investigación acerca de la efectividad de los entornos para abordar la depresión; aunque aclara que existen varios desarrollos y estudios puntuales de aplicación, en su opinión no existirían hasta el momento estudios suficientes para garantizar los beneficios obtenidos a partir de la aplicación de esta tecnología y para desarrollar mayor variedad de escenarios con distintas aplicaciones.

Un aspecto importante en relación con las posibilidades de extender el uso de la realidad virtual en mayor medida a la existente en la actualidad es que, según sostiene S., no es una tecnología tan inaccesible como muchos profesionales podrían creer. “No hace falta que te compres un equipo muy sofisticado, cualquiera que esté dispuesto a hacer un poco de inversión lo puede tener”. Sin embargo, aclara que existen diferencias en cuanto a las posibilidades que ofrecen los distintos equipos y plataformas disponibles.

Los terapeutas tenemos el acceso a psious<sup>1</sup> que es una plataforma que se puede usar con un equipo relativamente simple y permite que el usuario se desplace en tres dimensiones, arriba, abajo, a los costados y también adelante y atrás. Después está psico vr <sup>2</sup> que es una plataforma española que requiere un equipo un poquito más

---

<sup>1</sup>Psious: Plataforma de realidad virtual, totalmente inmersiva, con más de 70 entornos diseñados para la mejora de la práctica clínica de los profesionales que trabajan en salud mental. <https://psious.com/es/>

<sup>2</sup>Psico VR: Software desarrollado para ser utilizado con gafas de realidad virtual, destinado al tratamiento psicológico de fobias, estrés o pánico. <http://www.psicovr.com/>

moderno y el paciente ya puede interactuar con el entorno; puede tomar un objeto, darle vuelta, cosas que con psious todavía no se puede. Los equipos de los videos juegos ya permiten usar los objetos, interactuar con el entorno... eso ya es mucho más inmersivo y el sentido de presencia es mucho más grande. Se calcula que en dos años, más o menos, los terapeutas vamos a poder acceder a este tipo de entornos. El equipo, el hardware, ya está, lo que falta es desarrollar el software.

De acuerdo con esta explicación de las posibilidades de la realidad virtual, todavía se podría avanzar más en las aplicaciones de esta tecnología en la psicoterapia cuando se disponga de plataformas y aplicaciones que lleven la capacidad de interacción de los usuarios con los escenarios virtuales a un nuevo nivel. Esto, según puntualiza el profesional, es muy importante para que la persona realmente tenga sus sentidos inmersos en esa realidad y se sienta presente en ese entorno que se ha diseñado para su tratamiento. En otro momento de la entrevista, S. aclara que la presencia, a la que define como el grado en que la conciencia está conectada con lo que sucede en el entorno como algo real, es lo que caracteriza a la RV y la distingue de otros entornos tecnológicos como la realidad o la virtualidad aumentadas.

Además de las ventajas que este tipo de herramienta ofrece en términos de efectividad y eficiencia, cuando se la compara con las técnicas más tradicionales de abordaje terapéutico, en la entrevista se menciona la motivación que los clientes tienen para servirse de ellas y la comodidad que muestran al hacerlo.

En primera instancia le explicamos al paciente lo que tiene a disposición, que podemos ayudarlo con la tecnología nueva. Y la verdad es que se sienten bastante motivados con la terapia; antes era más difícil convencerlos de hacer exposición, por ejemplo. Además, cuando le ponemos el equipo y ellos sienten que los entendemos porque le ponemos un entorno que le genera ansiedad y le damos información, eso fortalece un montón la alianza y el paciente es más difícil que deje la terapia, porque ya está más motivado y se siente más protagonista del tratamiento.

De acuerdo con esta afirmación, la inclusión de la realidad virtual en el marco de una terapia favorecería la adherencia al tratamiento de los pacientes por medio de un aumento de la motivación y el compromiso. Aunque no menciona específicamente esta variable, el estudio de Henson et al. (2019) sobre el uso de aplicaciones y su relación con la alianza terapéutica también sostiene que las TIC favorecen la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento, aunque no se refieren específicamente a la realidad virtual. Se puede hacer la

hipótesis de que el atractivo que estas tecnologías tienen y la familiaridad con que gran parte de la población se maneja con ellas serían lo que hace que resulten más aceptadas en comparación con otras opciones más tradicionales de trabajo terapéutico.

También se alude en la entrevista a las ventajas que ofrece la realidad virtual para la aplicación de técnicas de imaginación, algo que se encuentra en el estudio de Ventura et al. (2018).

Con la terapia tradicional eso era mucho más difícil; no todos los pacientes tienen tanta capacidad de imaginación. Porque la terapia tradicional era... 'imagínate un escenario' ...durante la sesión, y la verdad que no muchos son tan imaginativos. En cambio, con esto nos aseguramos de que el paciente pueda estar inmerso en ese escenario y va a tener sentido de presencia.

La posibilidad de llevar a una persona a vivir de la manera más realista posible una situación determinada es una ventaja muy importante de este tipo de herramientas tecnológicas, mencionada por Baños et al. (2017) y Ventura et al. (2018). En este tipo de escenarios las técnicas de imaginación se llevan a un nivel más alto, facilitando el trabajo para aquellos pacientes que pueden tener dificultades para ensayar lo aprendido en las sesiones contando solamente con su imaginación para acceder a la experiencia que algunas situaciones podrían generarles en la vida real.

Con respecto a la adherencia de los consultantes, el licenciado S, cuenta que cuando incorporaron la RV a los tratamientos esperaban que los clientes jóvenes fueran los que tuvieran una mejor respuesta. Sin embargo, al poco tiempo se dieron cuenta de que la gente de más de 60 años se mostraba muy entusiasmada con probar esta herramienta, lo mismo que los niños, aunque en este caso sería más comprensible porque están más familiarizados con las TIC. De acuerdo con su percepción, la adherencia al tratamiento incorporando RV es muy buena y la mayoría de los clientes se fueron sorprendidos por la utilidad de esta tecnología. Sólo en unos pocos casos se dio que los clientes no respondieran al tratamiento porque, según dice, "no se activaban con los entornos". Para explicar lo que sucedió en estos casos propone dos hipótesis: por un lado la posibilidad de que el diagnóstico principal de ansiedad escondiera alguna comorbilidad de importancia no detectada; por otra parte, y basándose en los hallazgos de uno de los profesionales que se desempeña en la institución, la presencia de un trauma más importante que el trastorno de ansiedad que podría estar obstaculizando el trabajo con la sintomatología de este último; frente a esta situación se probó que abordando

adecuadamente dicho trauma, era posible luego continuar el trabajo con RV.

Otra dimensión importante para estudiar es el conjunto de ventajas que la RV ofrece a los profesionales para el tratamiento de diversas patologías. Al respecto, el licenciado S. asegura que esta herramienta les permite a los profesionales tener un mayor control de las condiciones en que se realizan las exposiciones y los experimentos conductuales.

Algo que no queremos que suceda es exponer a un paciente a una situación para la que no está preparado. Si esto pasa en la realidad es más difícil controlar los efectos; en cambio con la RV tenemos un control total sobre las variables, que podemos ir cambiando según la información que nos ofrece el paciente.

El control sobre las variables del entorno que se ofrece a los pacientes es una característica de la RV destacada por Botella et al. (2017), quienes también destacan las posibilidades que ofrece esta herramienta en lo que se refiere a la evaluación del desempeño en distintos contextos y de los resultados del tratamiento.

En relación con el aspecto de evaluación, el profesional entrevistado también destaca la posibilidad de contar con medidas específicas para monitorear las respuestas fisiológicas de un usuario, por ejemplo, en el caso de la exposición a un objeto fóbico. Esta capacidad de monitoreo en tiempo real y registro a nivel fisiológico es un aspecto destacado por Rizzo y Bouchard (2019), por su valioso aporte al tratamiento de patologías como el trastorno de estrés postraumático y el dolor crónico. De acuerdo con la opinión del especialista consultado, esto permite hacer una evaluación más objetiva de la respuesta al tratamiento, no solamente por lo que dice el consultante o por su autopercepción en función de una escala subjetiva, sino por datos que informan acerca de lo que sucede con su cuerpo mientras está utilizando la RV. Además del valor que esto tiene en términos de capacidad de monitoreo y evaluación de resultados, destaca el que adquiere cuando se utiliza esa información en la devolución que se da al consultante, ya que resulta útil para ayudarlo a cambiar su percepción del peligro que representa la amenaza temida, en los casos de ansiedad, o el objeto fóbico, en las fobias específicas. En este caso, la RV resulta doblemente útil, por un lado como tecnología que facilita y mejora la aplicación de técnicas terapéuticas que han probado su eficacia para el tratamiento de diversas patologías y, por otro, la capacidad de obtener información detallada del desempeño y las respuestas corporales de los usuarios, que luego puede utilizarse como insumo para actividades psicoeducativas o para reforzar técnicas como la reestructuración cognitiva, al poder contar con información objetiva acerca de lo que le

ocurre a la persona, más allá de su percepción subjetiva.

### ***5.3 Tecnologías de información y comunicación para el trabajo entre sesiones***

El trabajo entre sesiones es una parte fundamental del abordaje terapéutico basado en el modelo de terapia breve estratégica, tanto para reforzar y generalizar los logros obtenidos a partir del trabajo en consultorio, como así también como medio para provocar cambios que no se pueden lograr en sesión o que necesitan llevarse a cabo en contextos y situaciones reales (Beyebach & de Vega, 2010; Morejón & Beyebach, 1994).

La herramienta más usada por las profesionales de la institución que respondieron el cuestionario son las aplicaciones de registro. La terapeuta uno menciona específicamente una, llamada *Moodflow*, que se utiliza para llevar un registro diario del estado de ánimo. Según su opinión es una ayuda muy importante y fácil de incorporar al tratamiento, porque su utilización es muy sencilla. La persona solamente tiene que completar tres campos con una información mínima, que después se utiliza para hacer un seguimiento. Los trastornos del estado de ánimo representan el área de la psicología clínica en donde se han desarrollado más aplicaciones, entre las que se encuentran las diseñadas para el autorregistro (Teles et al., 2019). Este tipo de aplicaciones son resaltadas por Vallejo y Jordán (2007) por su capacidad de llevar el tratamiento a la vida cotidiana del paciente, algo que es fundamental en terapia breve estratégica.

También se mencionan aplicaciones para relajación y *mindfulness*, aunque puede haber una confusión entre ambos tipos de técnicas. Una vez más, la terapeuta uno es más explícita y cuenta que utiliza la aplicación *Headspace*, que ha sido desarrollada para la práctica de *mindfulness*. Describe que a través de una serie de audios breves la aplicación transmite al usuario los conocimientos básicos necesarios para iniciar la práctica y luego lo va guiando a través de distintos niveles. “Es muy práctica y fácil de usar y los pacientes con los que la he probado lo disfrutaban bastante”. La terapeuta tres menciona el uso de audios, en lugar de aplicaciones, que sirven como guía con instrucciones para la práctica de relajación muscular y también de videos que pueden verse online. Los videos son otro recurso mencionado por la mayoría de los terapeutas, específicamente como herramienta psicoeducativa. Los terapeutas uno y dos mencionan las charlas TED como un recurso que suelen utilizar con fines educativos o para motivar a algún cliente. Por su parte, la terapeuta número tres cuenta que sube distintos videos sobre diferentes temáticas a una cuenta de

Instagram y que a sus pacientes les indica que vean un determinado video como forma de ayudarlos a conocer mejor su trastorno y las formas en que el tratamiento puede ayudarlos. Las herramientas mencionadas en este grupo (aplicaciones con relatos y textos, audios, videos) pueden describirse como recursos con formato multimedia e incluirse dentro de los recursos no generados por el cliente, sino con los cuales se relaciona o expone, según la clasificación de Hirsch y Durao (2020). En cuanto a su aplicación más importante, de acuerdo con los testimonios de los terapeutas es su inclusión en actividades psicoeducativas.

Para completar el listado de recursos tecnológicos utilizados por las terapeutas de la institución para el trabajo entre sesiones se pueden mencionar las distintas páginas web que ofrecen información útil y consejos (siempre en base a la recomendación profesional), aplicaciones no específicamente diseñadas para teleterapia, como puede ser PowerPoint, que la terapeuta tres dice utilizar para hacer presentaciones orientadas a la psicoeducación de los clientes, y una aplicación llamada *Calm*, que la terapeuta uno dice emplear en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad, en el trabajo sobre la regulación de las emociones. Todos estos elementos corresponden, al igual que los recursos multimedia mencionados en el párrafo anterior, al grupo de las herramientas no generadas por el cliente. Revisando las respuestas de las profesionales se puede concluir que este tipo de recursos tecnológicos predominan por sobre las generadas por el cliente, como las aplicaciones de autorregistro, y que la psicoeducación es el principal objetivo para el cual se incorporan al tratamiento.

En relación con el aporte que este tipo de herramientas hacen a los tratamientos, y coincidiendo con Hirsch y Castronovo (2014), varias de las terapeutas destacan su utilidad para potenciar el trabajo entre sesiones, aumentando la efectividad de las intervenciones. Para la terapeuta uno, brindan la posibilidad de que el trabajo entre sesiones se vuelva más factible de ser realizado por el paciente, muchas veces aumenta la motivación y ayudan a que la terapia se vuelva más efectiva. Lo importante es que cuando son realmente aceptadas por el paciente aumentan su empoderamiento, los hacen parte más activa del proceso terapéutico.

El terapeuta cuatro también habla del aporte que hacen estas herramientas al empoderamiento de los clientes, utilizando el término en inglés *empowerment*, las define como apoyo del trabajo entre sesiones. Este aspecto destacado por los terapeutas es algo fundamental en el abordaje terapéutico desde el modelo de la terapia breve estratégica, ya que éste no solamente busca ayudar a los consultantes a resolver sus problemas presentes, sino

que aspira a brindarles las herramientas para que puedan afrontar situaciones futuras (Sotelo et al., 2018; Reyna, 2008). Sin mencionar explícitamente el concepto de empoderamiento, la terapeuta tres también alude a este aspecto del tratamiento, diciendo que “estas herramientas aportan mucho a los tratamientos, hacen al seguimiento, la motivación y el mantenimiento de la terapia. Permiten espaciar los encuentros y que el paciente intente solo”. La posibilidad de que el cliente trabaje solo y no dependa exclusivamente de lo que se hace en las sesiones se relaciona con el empoderamiento. Además, esta profesional incluye otros aspectos en los que las herramientas tecnológicas pueden aportar, mereciendo destacarse la motivación, que es mencionada en distintos estudios como una de las ventajas de la incorporación de tecnología al abordaje terapéutico, según la revisión de Hanson et al. (2019).

La terapeuta dos introduce una cuestión que considera importante para determinar el aporte que estas herramientas hacen a la psicoterapia. En su opinión, “la herramienta por si sola puede generar un interés en el paciente, pero el aporte depende más del uso y seguimiento que realiza el terapeuta con dicha herramienta”. Se puede encontrar aquí un elemento que parece ser realmente importante si se quiere evitar caer en la idea de que es suficiente con incorporar estas aplicaciones y las TIC en general al tratamiento para que éste sea más efectivo. Hirsch y Duraó (2020) advierten que al momento de decidir esta incorporación es importante que el profesional conozca las herramientas en profundidad, sus potencialidades y limitaciones, para poder sacar provecho de ellas. En un sentido similar, Vallejo y Jordán (2007) sostienen que el conocimiento profesional especializado es imprescindible para el uso de estas herramientas e incluso Teles et al. (2019) extienden el alcance de la intervención profesional, más allá de su utilización, recomendando que los especialistas con experiencia en la clínica participen del diseño de este tipo de aplicaciones, considerando que en esta etapa el criterio de *usabilidad*, o comodidad para el usuario en el mundo de la tecnología digital, aunque es importante, no puede ser el único ni el principal para determinar las características finales de una herramienta que pretende servir para la psicoterapia.

Con respecto al aspecto del seguimiento por parte de los profesionales de los resultados obtenidos a través de la terapia, en la institución existe un sistema de recolección de información a través de un cuestionario breve (lleva 2 minutos completarlo) que se envía después de cada sesión y permite monitorear la evolución del tratamiento. Los terapeutas consideran muy valiosa esta herramienta, que puede verse como una utilización de la

tecnología digital para agilizar la evaluación de resultados y el seguimiento del tratamiento.

La respuesta de los clientes a la incorporación de este tipo de herramientas para el trabajo entre sesiones fue otro de los aspectos relevados a través del cuestionario. Todos los terapeutas coincidieron en que la misma es buena, en términos generales, destacando diferentes cuestiones. La terapeuta uno detecta una mayor aceptación de todo lo que sea actividades realizadas mediante estas aplicaciones después de la extensión obligada del uso de tecnología para interactuar a distancia que generó la pandemia de COVID – 19. La terapeuta tres sostiene que, aunque la respuesta en principio es buena, es necesario siempre conversarlo antes con el cliente para dejar planteados los objetivos y expectativas aclarando las dudas que puedan tener. Algo similar dice el terapeuta cuatro, para quien es importante “cómo se venda la herramienta” para que el cliente la acepte y la utilice como se espera. La terapeuta dos, coincidiendo con lo que dijera sobre el peso que tiene la actuación del profesional, afirma que es importante el trabajo previo con el terapeuta y la aplicación de criterios para elegir la herramienta, evaluar qué tanto se puede beneficiar ese cliente en particular y la relación entre la utilidad potencial de la herramienta y las características del problema que se trata de resolver. Estos aspectos, en particular la adecuación entre herramienta y cliente/usuario, son algo destacado por Vallejo y Jordán (2007) cuando se trata de decidir la incorporación de medios tecnológicos a un tratamiento. La terapeuta aclara que esto es así porque, la respuesta de los pacientes depende mucho de la motivación. El trabajo del psicólogo entonces incluiría también el asegurarse de que el paciente tiene la motivación suficiente para utilizar las herramientas que se le recomiendan, no siendo suficiente que dicha herramienta haya demostrado su utilidad para el problema que tenga este cliente.

Aunque algunas cuestiones fueron surgiendo en las respuestas desarrolladas hasta aquí, se indagó acerca de aquello que los profesionales consultados consideraban importante cuando se trata de decidir incluir estos medios para alcanzar objetivos terapéuticos. La terapeuta uno sostiene que, al igual que sucede con cualquier tipo de intervención, es fundamental determinar en qué fase se encuentra el cliente con respecto al cambio, para no apurar un proceso terapéutico cuando la motivación no es suficiente. La terapeuta dos destaca la importancia de hacer una evaluación de la adecuación de la herramienta a los objetivos terapéuticos y las características del caso, para determinar que realmente ésta será útil para ese caso en particular. Esto es algo que también podría decirse que es necesario para decidir la aplicación de cualquier intervención estratégica, por definición (Wainstein, 2006b; De



Shazer, 1995). Por su parte, los terapeutas tres y cuatro mencionan las características del cliente como factor fundamental para definir la elección de una herramienta determinada, aunque es la primera la que responde más específicamente, incluyendo entre los criterios a aplicar para la elección de las herramientas las preferencias del cliente.

Si le gusta leer le recomiendo alguna lectura, si no le gusta leer le envié un video, o intento adaptar el formato del material a las preferencias, evalué la motivación para cumplir con el uso de la herramienta, porque si el cliente no está motivado puede ser una herramienta que no le de uso y se quema el recurso.

Las preferencias del cliente a las que se refiere la terapeuta se relacionan con los aspectos que de la Torre Martí y Cebrián (2018) mencionan como las características de *usabilidad* del software y la forma de transmisión de la información y las instrucciones, incluyéndolas entre las cuestiones que el profesional debe considerar antes de decidir la oportunidad de una determinada herramienta en el marco de la teleterapia. Aunque esto está más cerca de lo que se relaciona con los aspectos técnicos de estas herramientas que las otras cosas que se mencionaron, se puede decir que entre las cuestiones a considerar propuestas por las profesionales no hay ninguna que sea realmente específica de la tecnología, sino que todas pueden incluirse dentro de los criterios usuales para definir la oportunidad de una intervención en el marco de la terapia estratégica.

## 6 Conclusión

### 6.1 Objetivos

A través de los cuestionarios enviados a los profesionales que se desempeñan en la institución y la entrevista semidirigida a un especialista en trastornos de ansiedad y aplicaciones de RV se pudo responder a los tres objetivos específicos planteados en el plan de TFI.

En primer lugar, con respecto a las características de la psicoterapia online según la percepción de los terapeutas del centro, se pudo observar que todos coinciden en la utilidad de esta forma de terapia y en la buena aceptación por parte de los consultantes. En particular se menciona que el contexto de aislamiento por COVID-19 habría favorecido esta aceptación, ya que la mayoría de los pacientes se vieron obligados a adaptarse a esta herramienta para poder seguir adelante con sus tratamientos. En términos generales no se menciona ninguna diferencia importante con respecto a la terapia presencial, que pudiera significar una

desventaja frente a ella, por el contrario, una de las terapeutas menciona algunas ventajas, como por ejemplo cierto grado de desinhibición y apertura que se produce con la comunicación a distancia. No se registran tampoco grandes dificultades para la construcción de la alianza terapéutica, aunque en algún caso se destaca que se trata de vínculos diferentes, ni mejores ni peores que los que se construyen en las sesiones cara a cara, pero sí diferentes. Las limitaciones a la captación de la información que brinda la comunicación no verbal y los problemas técnicos son los obstáculos más destacables que se mencionan. Por otra parte, de algunos testimonios surge que los prejuicios de algunos terapeutas y la falta de entrenamiento específico podrían ser otras barreras adicionales a la extensión de la teleterapia como forma de abordaje más general, en lugar de ser una alternativa para algunos casos puntuales.

El segundo objetivo, focalizado en las aplicaciones de la RV, permitió confirmar que los trastornos de ansiedad, especialmente las fobias, son el ámbito en el que esta herramienta se ha instalado con mayor fuerza y aceptación. También el especialista destaca el crecimiento de los entornos orientados al tratamiento de otras patologías, como el estrés postraumático, las adicciones y los trastornos de desregulación emocional. Incluso se nombra el desarrollo de entornos para el trabajo con personas dentro del espectro autista. La RV se presenta como una herramienta que aumenta la eficacia de técnicas clásicas como la reestructuración cognitiva y la exposición, además de mejorar notablemente la eficiencia de las intervenciones al reducir los costos y el tiempo de tratamiento. También se mencionan otras aplicaciones en las que esta tecnología actúa como un complemento de otras intervenciones, como se espera que en el futuro próximo sigan creciendo las posibilidades que ofrece esta herramienta en cuanto a los escenarios posibles y la capacidad ofrecida a los usuarios para interactuar con ellos, esto en la medida en que se sigan desarrollando nuevas tecnologías y se difundan más ampliamente las existentes.

El último objetivo, referido al uso de herramientas tecnológicas para el trabajo entre sesiones, permitió conocer algunas de las aplicaciones que utilizan los terapeutas de la institución, como las de autorregistro del estado de ánimo y otras orientadas a la práctica de relajación muscular y mindfulness. También se registró el uso de otros recursos, como videos, audios, presentaciones en PowerPoint y otras formas de difundir información, como páginas web especializadas, que se emplean principalmente para la psicoeducación y motivación de los consultantes. Con respecto a las cuestiones que se deben considerar para introducir este tipo de herramientas en un tratamiento, la mayoría de los terapeutas menciona aspectos que

pueden considerarse pertinentes para la elección de cualquier intervención en el marco de la terapia breve estratégica, como son las características del cliente, sus preferencias y los objetivos terapéuticos; no se hallaron cuestiones que sean más específicamente restringidas a problemáticas relacionadas con la tecnología, como podrían ser la familiaridad del cliente con este tipo de dispositivos, la disponibilidad y acceso o las limitaciones en materia de conectividad a internet.

## ***6.2 Limitaciones***

Entre las limitaciones que se enfrentaron en la realización de este trabajo se puede mencionar en primer lugar la imposibilidad de realizar entrevistas presenciales a las terapeutas, dadas las condiciones de aislamiento social preventivo y obligatorio que se impusieron como respuesta a la pandemia de COVID – 19. Tampoco se pudieron concretar dichas entrevistas a través de videollamada, por lo cual la información fue obtenida a través de cuestionarios que se enviaron por correo electrónico y fueron devueltos por este mismo medio. De esta manera no se pudo hacer repreguntas que hubieran sido de gran utilidad para aclarar algunas cuestiones que quedaron solamente mencionadas y no se pudieron desarrollar en profundidad.

Otra limitación originada en el mismo contexto fue el no poder realizar observación directa, tanto de sesiones de terapia online como, fundamentalmente, de las sesiones de realidad virtual. Esto hubiera permitido tener un conocimiento directo de la respuesta que los clientes tienen a estas herramientas y de la forma en que se da la dinámica de las sesiones, incluyendo los aspectos relacionados con la comunicación no verbal, en el caso de la terapia online, que es algo mencionado por los terapeutas como diferente a lo que sucede en una sesión presencial tradicional. En el caso de la aplicación de RV, y dado que se trata de una herramienta novedosa en nuestro país, hubiera sido una buena fuente de información para este trabajo, además de una experiencia valiosa en sí misma.

En otro orden, y considerando el panorama más amplio que involucra a la expansión de la teleterapia, la reducción de la muestra a un grupo de profesionales que se desempeñan en la misma institución representa una limitación en cuanto a la posibilidad de conocer posibles diferencias en la valoración y usos de este tipo de herramientas tecnológicas debidas a la inscripción en distintos modelos terapéuticos y culturas institucionales.

### ***6.3 Aporte personal y perspectiva crítica***

La realización del presente TFI permitió ampliar los conocimientos acerca de una forma ampliamente extendida de abordar la psicoterapia, como es la terapia breve estratégica, en el marco del paradigma sistémico. Además, la indagación en la experiencia de los profesionales que se desempeñan en una institución que se inscribe en este modelo aportó algunos datos que confirman lo que la revisión de la bibliografía sobre la teleterapia muestra en relación con su utilidad y ventajas. El conocimiento aportado a partir de este trabajo resulta de utilidad para la práctica clínica, al informar sobre la experiencia que han tenido con la inclusión de TIC y otras aplicaciones tecnológicas al abordaje de diversas patologías. A partir de esa experiencia es posible evaluar las oportunidades que ofrecen estas herramientas, sus fortalezas y ventajas en comparación con los medios tradicionalmente utilizados, así como los posibles obstáculos, debilidades y factores limitantes. Los resultados obtenidos permiten ser optimistas con respecto al futuro de la teleterapia en el ámbito local, no sólo por su aporte a la eficacia y eficiencia de los tratamientos existentes, sino también por las posibilidades en cuanto al desarrollo de nuevos modos de intervención, como es ya en la actualidad la RV. Además, la respuesta positiva que los consultantes tienen frente a la inclusión de estas herramientas es otro incentivo para su desarrollo y expansión en el futuro, más allá de los usos que ya se han establecido.

Desde una perspectiva crítica y de acuerdo con lo señalado por algunos de los profesionales consultados para la realización de este trabajo, se considera necesario fortalecer la formación especializada en el uso de estas tecnologías en el marco de la psicoterapia, así como impulsar un mayor involucramiento de la comunidad clínica en el diseño de aplicaciones con fines terapéuticos y entornos de RV específicos para distintos trastornos. La inclusión de este tipo de herramientas tecnológicas en el marco de un proceso terapéutico exige ciertos conocimientos especializados, ya desde la misma decisión de adoptar esta estrategia y la correspondiente elección de la herramienta específica más apropiada. Lo mismo sucede con la implementación y monitoreo de los resultados, para lo cual es necesario contar con ciertas habilidades que requieren de un entrenamiento particular. De acuerdo con lo que dos de las profesionales entrevistadas expresaron, no todos los terapeutas que recurren a estas herramientas han recibido una capacitación adecuada, lo que resulta comprensible si se considera que no existen planes de formación de posgrado orientados en este sentido en el país, algo que también mencionan Hirsch y Duro (2020) en su trabajo. Por otra parte, la gran

mayoría de las aplicaciones y plataformas que se encuentran disponibles han sido desarrolladas originalmente en otros contextos culturales, lo que plantearía la necesidad de verificar su efectividad en el ámbito local y, de ser necesario, realizar adaptaciones o diseñar herramientas con mayor validez ecológica. Esto implicaría que los profesionales del ámbito local aporten sus conocimientos y experiencia para realizar estas tareas desde el mismo proceso de diseño, algo que recomiendan autores como Teles et al. (2019).

Asimismo, se encontraron algunos aspectos, como el de las particularidades de la comunicación online en función de la construcción de la alianza terapéutica, que plantean la necesidad de realizar nuevas investigaciones para profundizar en cuestiones que hacen a una mejor utilización de estas herramientas, más allá de las específicamente orientadas a comparar su eficacia con la de la terapia presencial clásica, que de acuerdo con el relevamiento realizado, es el aspecto que se ha trabajado predominantemente hasta el momento.

#### ***6.4 Futuras líneas de investigación***

En relación con algunas de las limitaciones mencionadas antes, se considera de interés para investigaciones futuras incluir profesionales que aborden el trabajo clínico desde distintas perspectivas teóricas para indagar en las posibles diferencias que se planteen respecto del valor que les otorgan a los recursos tecnológicos, los criterios para su inclusión o no dentro de un tratamiento y las ventajas y desventajas que, a su juicio, tengan en comparación con la terapia presencial.

En relación con la aceptación que la teleterapia tiene en la actualidad en el ámbito local, sería importante llevar a cabo investigaciones que evalúen con instrumentos adecuados el impacto objetivo que la inclusión de herramientas tecnológicas como las consideradas en este trabajo tienen sobre variables como la adherencia al tratamiento, la motivación para el cambio y la alianza terapéutica, tanto cuando se utilizan como complemento de intervenciones con un formato presencial, como en los casos en que constituyen el modo principal o único de realización del trabajo terapéutico.

Con respecto a esto último, sería de gran utilidad desde el punto de vista de la práctica clínica profundizar en la forma que toma la construcción de la alianza terapéutica en teleterapia, considerando que, si bien la mayoría de los profesionales consultados dijeron no encontrar obstáculos significativos para la misma, algunos de ellos mencionaron la existencia de diferencias que deberían ser investigadas en cuanto a su posible impacto sobre este aspecto

fundamental de la clínica.

## 7 Referencias bibliográficas

- Amichai-Hamburger, Y., Klomek, A. B., Friedman, D., Zuckerman, O., & Shani-Sherman, T. (2014). The future of online therapy. *Computers in Human Behavior*, *41*, 288-294.
- Baños, R., Quero, S., Botella, C. & García, A. (2007). Internet y los tratamientos psicológicos: dos programas de autoayuda para fobias específicas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, *81*, 35–46.
- Bateson, G. (1993). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Berger, Th., Boettcher, J. y Caspar, F. (2014). *Psychotherapy*, *51*, 207–219.
- Beyebach, M., & de Vega, M. H. (2010). *200 tareas en terapia breve: individual, familiar y de pareja*. Barcelona: Herder Editorial.
- Botella, C., Baños, R. M., García-Palacios, A., & Quero, S. (2017). Virtual reality and other realities. En S. G. Hofmann & G. J. G. Asmundson (Eds.), *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 551-590). New York: Elsevier Academic Press.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. M., & García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de psicología*, *40*(2), 155-170.
- Botella, C.; Baños, R.; García-Palacios, A.; Quero, S.; Guillén, V.; José Marco, H. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. UOC Papers. *Revista sobre la Sociedad del Conocimiento*, *4*. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/UOCPapers/article/view/58173>
- Cipolletta, S., Frassoni, E., & Faccio, E. (2018). Construing a therapeutic relationship online: An analysis of videoconference sessions. *Clinical Psychologist*, *22*(2), 220-229.
- de la Torre Martí, M., & Cebrián, R. P. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- De Shazer, S. (1975). Brief therapy: Two's company. *Family Process*, *14*, 79-93.
- De Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E. V. E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family process*, *25*(2), 207-221.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1988). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- González-Peña, P., Torres, R., Barrio, V. D., & Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y salud*,

28(2), 81-91.

Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Amorrortu editores: Buenos Aires

Henson, P., Wisniewski, H., Hollis, C., Keshavan, M., & Torous, J. (2019). Digital mental health apps and the therapeutic alliance: initial review. *BJPsych Open*, 5(1), 1-5.

Hirsch, H., & Castronovo, M. (2014). El uso de tecnología para aumentar la influencia del terapeuta en psicoterapia estratégica. *De Familias y Terapias*, 23(37), 41-53.

Hirsch, H. T. & Durao, M. A. (2020). *Psicoterapia online: qué es y cómo se practica*. Buenos Aires: Gaspar Segafredo.

Iveson, C., & Mc Kergow, M. (2016). Brief therapy: Focused description development. *Journal of Solution-Focused Brief Therapy*, 2(1), 1-17.

Keeney, B. P., & Wolfson, L. (1984). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

Korman, H., Bavelas, J. B., & De Jong, P. (2013). Microanalysis of formulations in solution-focused brief therapy, cognitive behavioral therapy, and motivational interviewing. *Journal of systemic Therapies*, 32(3), 31-45.

McCullough, B. (2020). A Review of the Integration of Media Usage and Online Therapy Methods as an Alternative to Standard Therapy Settings. *Brigham Young University. Students publications*, 292, 1-14.

Morejón, A. R., & Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 241-290). Valencia, España: Promolibro.

Nardone, G., & Portelli, C. (2013). *Conocer a través del cambio: la evolución de la terapia breve estratégica*. Barcelona: Herder Editorial.

Opriş, D., Pinteş, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, Ş., & David, D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depression and anxiety*, 29(2), 85-93.

Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., ... & Silani, V. (2020). Telepsychotherapy: a leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-16.

Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.

Ríos Manríquez, M., Téllez Ramírez, M. D. R., & Ferrer Guerra, J. (2010). El empowerment



- como predictor del compromiso organizacional en las Pymes. *Contaduría y administración*, (231), 103-125.
- Reyna, M. C. R. (2008). Psicoterapia breve sistémica. En L. A. Oblitas (Comp.). *Psicoterapias contemporáneas* (pp. 249-263). México D. F.: Cengage Learnings Editores.
- Rizzo, A., & Koenig, S. T. (2017). Is clinical virtual reality ready for primetime?. *Neuropsychology*, 31(8), 877.
- Rizzo, A., & Bouchard, S. (2019). *Virtual reality for psychological and neurocognitive interventions*. New York: Springer.
- Sotelo, M. C., Sánchez, A. I. B., & Jiménez, R. V. (2018). Enfoque Breve Estratégico: un camino simple y efectivo para solucionar problemas complejos. *Revista de psicoterapia*, 29(110), 257-271.
- Sucala, M., Schnur, J., Constantino, M., Miller, S., Brackman, E. y Montgomery, G. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 14, 175–187.
- Teles, A., Rodrigues, I., Viana, D., Silva, F., Coutinho, L., Endler, M., & Rabêlo, R. (2019). Mobile Mental Health: A Review of Applications for Depression Assistance. En IEEE 32nd International Symposium on Computer-Based Medical Systems (CBMS) (pp. 708-713). Córdoba, España: Instituto Maimónides de Investigación Biomédica.
- Vallejo, M. A., & Jordán, C. M. (2007). Psicoterapia a través de Internet. Recursos tecnológicos en la práctica de la psicoterapia. *Boletín de Psicología*, 91(2), 27-42
- Ventura, S., Baños, R. M., Botella, C., & Mohamudally, N. (2018). Virtual and augmented reality: New frontiers for clinical psychology. En *State of the Art Virtual Reality and Augmented Reality Knowhow* (pp. 99-118). New York: InTechOpen.
- Wainstein, M. (2006a). *Comunicación: Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006b). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P. (1992). *La Coleta del Barón de Münchhausen. Psicoterapia y realidad*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2011). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder Editorial.
- Watzlawick, Weakland, J. H., & Fisch, R. (1992). *Cambio. Formación y solución de los*

*problemas humanos*. Barcelona: Herder.

Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. and Bodin, A. M. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-168.

Páginas Web:

Software para realidad virtual con entornos para el tratamiento de fobias, estrés y pánico.  
<http://www.psicovr.com/>

Plataforma de realidad virtual con más de 70 entornos totalmente inmersivos.  
<https://psious.com/>