

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Cámara Gesell Online como dispositivo terapéutico

Alumno: Pablo Marani Mehats

Tutor: Ignacio Constantino

Buenos Aires, 24 de febrero de 2021

Índice

1. Introducción	4
2. Objetivos	5
2.1 Objetivo general.....	5
2.2 Objetivos específicos.....	5
3. Marco Teórico	5
3.1 Psicoterapia sistémica.....	5
3.2 Terapia sistémica breve: terapia breve centrada en la resolución de problemas y terapia breve estratégica.....	9
3.3 Cámara Gesell.....	11
3.3.1 Cámara Gesell en psicoterapia sistémica.....	12
3.4 Uso de TICs en psicología.....	16
3.4.1 Cámara Gesell Online como dispositivo terapéutico	19
4. Metodología	26
4.1 Tipo de estudio.....	26
4.2 Participantes.....	26
4.3 Instrumentos.....	26
4.4 Procedimiento.....	28
5. Desarrollo	29
5.1 El funcionamiento y la adaptación del dispositivo de Cámara Gesell online en un centro con orientación sistémica.....	29
5.2 Ventajas del dispositivo de Cámara Gesell online en un centro con orientación sistémica respecto de la cámara Gesell presencial en dicho centro para la directora y los terapeutas del mismo	35
5.3 Limitaciones del dispositivo de Cámara Gesell online en un centro con orientación sistémica respecto de la cámara Gesell presencial en dicho centro para la directora y los terapeutas del mismo	39
6. Conclusiones	45

6.1 Síntesis del Desarrollo.....	47
6.2 Limitaciones.....	48
6.3 Aporte personal y perspectiva crítica.....	49
7. Referencias Bibliográficas.....	50

1. Introducción

En el marco de la Práctica de Habilitación Profesional correspondiente a Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo se efectuó un Trabajo Final Integrador basado en la experiencia profesional en un centro terapéutico de orientación sistémica, ubicado en el barrio de Belgrano, en Capital Federal.

Dicho centro se dedica a la atención de pacientes de manera individual, familiar y de parejas, y a la formación profesional de terapeutas, asentado en el modelo sistémico estratégico de resolución de problemas.

La práctica se extendió a lo largo de cuatro meses, iniciando en agosto y finalizando en diciembre, con un aproximado de 16 horas semanales. La misma constó del acceso al dispositivo de Cámara Gesell online, en el cual cuatro veces por semana se observaron sesiones terapéuticas a diversos pacientes. A su vez, se accedió a espacios de formación teórica referida al modelo estratégico breve, una vez por semana.

Tras presenciar las sesiones terapéuticas mencionadas en la modalidad de Cámara Gesell online, se torna relevante indagar acerca de los beneficios y las limitaciones que presenta con respecto a dicho dispositivo realizado de manera presencial. Para tal propósito, se tomó en consideración la perspectiva de los profesionales que asisten al centro sistémico mencionado anteriormente y a la directora del mismo.

2. Objetivos

2.1 General

Analizar el funcionamiento y la adaptación del dispositivo de Cámara Gesell online en un centro con orientación sistémica.

2.2 Específicos

1. Analizar el funcionamiento y la adaptación del dispositivo de Cámara Gesell online en un centro con orientación sistémica.

2. Describir las ventajas del dispositivo de Cámara Gesell online en un centro con orientación sistémica respecto de la cámara Gesell presencial en dicho centro para la directora y los terapeutas del mismo.

3. Analizar las limitaciones del dispositivo de Cámara Gesell online en un centro con orientación sistémica respecto de la cámara Gesell presencial en dicho centro para la directora y los terapeutas del mismo.

3. Marco Teórico

3.1 Psicoterapia sistémica

Durante siglos, el positivismo consideraba que solo lo verificable empíricamente podía ser cuerpo de la ciencia. Únicamente lo concreto, lo tangible, mensurable y calificable podía ser parte de ella, de lo contrario, sería descartado. Sin embargo, con el paso del tiempo se impuso la adopción de un paradigma sistémico para poder comprender la naturaleza de nuestras realidades. El ser humano es un todo integrado que constituye un suprasistema dinámico, donde cada subsistema se integra para conformar la personalidad, de manera que la falta de integración o coordinación de éstos desencadena procesos patológicos (Miguélez, 2011).

Los inicios de la terapia sistémica pueden situarse a mediados del siglo XX, a raíz de la expansión de la cibernética, y de manera general se emplea en el trabajo familiar (Castro Solano, 2003). La Terapia Familiar surge como un experimento de aquel entonces en Estados Unidos. Este tipo de terapia era practicada por pocos investigadores y clínicos, como un modo de diferenciarse de la psicoterapia del “establishment” (Vega, 1993). No

obstante, si bien históricamente se emparentó al modelo sistémico con la terapia familiar, actualmente abarca un rango mucho más amplio, el cual incluye el tratamiento individual y el de parejas (Feixas & Miró, 1993).

Además de la cibernética y la terapia familiar, nutren al modelo sistémico campos como la teoría general de los sistemas y los desarrollos pragmáticos de la comunicación (Camacho, 2006). Es conveniente aclarar que se entiende por sistema a una relación entre diversas partes, de la cual emerge una entidad nueva (Miguélez, 2011).

El primer instituto de investigación psicoterapéutica con orientación sistémica, conocido como Mental Research Institute, fue creado a raíz de las investigaciones acerca de la comunicación desarrolladas por Gregory Bateson en Palo Alto. A su vez, influyó la presencia de un terapeuta llamado Milton H. Erickson y dos colaboradores de Bateson: John Weakland y Jay Haley (García Martínez, 2013).

Bateson integró conceptualmente diversas teorías, y así desarrolló la descripción del modo en que los organismos perciben, actúan y piensan. A través de la conexión de nociones de comunicación y conducta, logró ampliar el conocimiento en el campo de la psicología y de las prácticas clínicas de los límites impuestos por modelos anteriores como el conductista y el psicodinámico. De esta manera, las ideas batesonianas resultaron indispensables para el desarrollo de la terapia familiar, la terapia breve orientada a la resolución de problemas, los estudios del Mental Research Institute de Palo Alto, la terapia estratégica y el enfoque sistémico en general (Wainstein, 1999).

La psicoterapia sistémica parte de la idea de que toda persona está inmersa en un sistema, en el que cada miembro que lo conforma es interdependiente. A raíz de esto, si existe un cambio, este afectará a su vez al resto de quienes lo conforman (Juan, 2006).

Pero, ¿qué es un cambio? Si se toma a Wainstein (2006) como referencia, puede decirse que, dentro de un sistema, sea cognitivo o social, los cambios dependerán de la pérdida de su coherencia, es decir, existe algo que debe destruirse de forma creativa, una fractura de la identidad.

Es por ello que la patología, vista desde este enfoque, nunca será un conflicto individual, sino de relación. El síntoma es valorado como una porción de conducta que comunica y repercute en el sistema, cumpliendo la función de mantener el equilibrio del mismo. De este modo, la terapia se enfoca en el cambio de la comunicación defectuosa que posee el sistema, diferenciándose así de modelos anteriores de salud mental, que no

consideran como unidad de diagnóstico y tratamiento al sistema, y al menos dos o más personas (Juan, 2006).

Esto se sustenta a su vez en la concepción de realidad que tiene el modelo sistémico, vista como un fenómeno que se construye y no puede ser percibido de manera directa. Por ende, cada sistema construye su realidad a partir de la interpretación que realiza del mundo que lo rodea (Baños, Solana & Otero, 1990).

Una intervención psicológica vista desde el enfoque sistémico es una práctica comunicacional para facilitar cambios relacionados a creencias, conductas, interacciones y relatos que utiliza un individuo; dichas intervenciones están orientadas a cumplir los objetivos que previamente se acordaron con el consultante, los cuales se dirigen a resolver los problemas que éste le comentó al terapeuta. Una de las intervenciones más utilizadas por el modelo sistémico es el uso de la paradoja, la misma consiste en pedirle al paciente que realice una acción con el propósito de que no lo cumpla. De este modo, se busca el cambio por la vía opuesta, gracias a una influencia indirecta (Wainstein, 2006).

Otra técnica es el uso de analogías, donde el terapeuta se vale de ellas para establecer una similitud metafórica con el problema que presenta el paciente, con motivo de abordar indirectamente la resistencia que este ofrezca (Feixas & Miró, 1993).

A su vez, entre las técnicas más relevantes del modelo sistémico se encuentra la prescripción de síntomas, la sugestión y los consejos, entre otras (Castro Solano, 2003).

Existen tres escuelas que desarrollan el modelo sistémico, la escuela interaccional del Mental Research Institute -MRI- o Escuela de Palo Alto, la escuela estructural estratégica y la escuela de Milán, cada una con sus matices y diferencias. El MRI, identificado con la segunda generación de investigadores de Palo Alto, tiene como premisa la idea de que las soluciones intentadas son las que mantienen el problema; por ende, la intervención para esta escuela estará basada en identificar los circuitos intervinientes y las soluciones intentadas, para luego modificar las estructuras interaccionales que rigen al sistema, lo que se conoce como “Cambio 2”, ya que las soluciones intentadas fallidas son consideradas como meros “Cambios 1”. La segunda escuela refiere a la representada por Haley y Minuchin, quienes plantean que las familias se organizan en torno a alianzas y coaliciones. Desde esta escuela buscan reestructurar las coaliciones, para lograr una nueva estructuración de poderes y jerarquías. La última escuela mencionada es la encabezada por Selvini Pallazoli. En este caso, se pone especial

atención a los datos brindados por el paciente en el primer contacto, luego se construye una hipótesis inicial de trabajo y, finalmente, se contrasta la misma en el transcurso de la primera sesión. Esta escuela utiliza como técnicas la connotación positiva, la pregunta circular, los rituales y las intervenciones paradójicas (Camacho, 2006).

Desde el enfoque sistémico será esencial que el terapeuta sea capaz de distinguir qué rol ocupa cada miembro dentro del sistema, y en especial el del paciente que propicia el mantenimiento y estabilidad del mismo (Castro Solano, 2003). Para ello será vital la primera entrevista, donde el consultor y el consultante establecen el primer vínculo e intentan definir si hay un problema, cuáles son sus términos y cómo es sostenido por las creencias y comportamientos del cliente (Wainstein, 2006).

El paciente ideal para la terapia breve sería aquel que diera toda la información que el terapeuta le solicita, siendo lo más claro posible, considerando las ideas nuevas que el terapeuta comunique acerca del problema, ensayando fuera de la terapia conductas que se le sugieran y haciendo participar del tratamiento a los miembros de su familia o a los amigos que ayuden a resolverlo. Pero ese tipo de personas no son las que acuden a una psicoterapia (Fisch, Weakland & Segal, 1988).

Una particularidad de este modelo terapéutico radica en los tiempos de los tratamientos, los cuales son notablemente menores en comparación a terapias como el psicoanálisis. Puede decirse también que en la concepción del modelo el terapeuta muestra una actitud más activa y el lenguaje no verbal ocupa un rol significativo (Camacho, 2006), buscando entender la realidad al igual que a cada integrante del sistema, para luego enfocarse en las interacciones que dan vida al sistema y siendo parte del cambio terapéutico que busca lograr (Minuchin & Fishman, 2004).

Acerca de los tiempos de tratamiento existe una diferencia entre el modelo de terapia breve y las terapias prolongadas. En las segundas, resulta un acontecimiento especial la terminación del tratamiento, a raíz de la relación significativa que se da entre terapeuta y paciente a lo largo del tiempo. En cambio, en las terapias breves no se considera que la terminación constituya un acontecimiento importante debido a la brevedad del tratamiento y al énfasis puesto en la solución de problemas. En consecuencia, no se tiene la sensación de que el paciente quede a la deriva valiéndose por sí mismo (Fisch et al., 1988).

Los modelos sistémicos están orientados a reducir la complejidad valiéndose de conceptos reductores. Por caso, el modelo clásico del Mental Research Institute busca focalizar sobre los comportamientos que el sistema utiliza para resolver un problema determinado, fundamentado en la idea de que ese problema se sostiene a partir de las conductas utilizadas para su solución (Wainstein, 1999). Al respecto, es necesario definir al problema como una construcción cognitiva, basada en la interpretación de los hechos que realiza el sujeto y las acciones que adoptó en pos de su interpretación, derivando en la imposibilidad de resolver una situación determinada. Por ende, el problema siempre se sostiene gracias a la autoafirmación de elementos cognitivos, comportamentales y contextuales que interactúan entre sí (Wainstein, 2006).

Para que el terapeuta provea una solución adecuada al problema individual del paciente es necesario conocer con detalle cuál es el problema del paciente y establecer luego los objetivos terapéuticos, los cuales resultan vitales para valorar el avance, o no, del cambio. Una vez delimitado el problema y establecidos los objetivos, se proponen soluciones para resolverlo. Si la estrategia terapéutica está funcionando, se empiezan a percibir pequeños cambios en el paciente, con lo cual, se intentará avanzar en esa dirección para hacerlo cada vez más grande y mantenerlo en el tiempo (Ruiz & Gabalda, 2015).

3.2 Terapia sistémica breve: terapia breve centrada en la resolución de problemas y terapia breve estratégica

El nombre de terapia sistémica breve tiene su origen en el psicólogo Mark Beyebach (1993). Esta concepción contiene tres modelos denominados de manera diferente: en primer lugar, la terapia breve centrada en la resolución de problemas, por otra parte, la terapia breve estratégica, y, finalmente, la terapia narrativa. Entre las dos primeras existen matices que las diferencian; de todos modos, al pertenecer al modelo de terapia sistémica breve, es considerada por los terapeutas como un todo integrado (García Martínez, 2013).

Las terapias sistémicas breves nacen en el mencionado Mental Research Institute, en el cual se encuentran dos vertientes, por un lado, la “terapia centrada en la resolución de problemas”, creada por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, y, por otro, la vertiente

conocida como “terapia breve estratégica”, fundada por Giorgio Nardone y con la influencia y el aporte de Paul Watzlawick (García Martínez, 2013).

El modelo centrado en la resolución de problemas, nació dentro del enfoque del MRI. La diferencia entre uno y otro es que mientras que el grupo MRI presta atención a las soluciones fallidas intentadas por el cliente, el modelo de Steve De Shazer se centra sólo en lo que los miembros del sistema del cliente hicieron o hacen y fue exitoso para aliviar el problema actual. De forma que los terapeutas centrados en la solución se interesan en los momentos excepcionales en los cuales los clientes logran manejar los problemas. La tarea de una terapia centrada en la solución es ayudar a los clientes a ampliar las conductas de solución efectiva y, la ventaja es que éstas ya están en práctica por ellos mismos (Minuchin, Lee & Simon, 1998).

Desde la perspectiva de la terapia estratégica breve, cuanto antes se resuelve el problema, mejor es. De este modo el cliente puede seguir con su vida sin padecimientos, mientras que el terapeuta puede ver a más clientes cuando sus tratamientos son cortos (De Shazer, 1986).

La terapia breve centrada en la resolución de problemas intenta generar cambios significativos en solo siete sesiones. Por ende, el terapeuta que utilice este modelo busca enfocarse en la queja inicial del paciente, ya que esto será lo que el paciente está listo para tratar (García Martínez, 2013). A modo de ejemplo, en el Centro de Terapia Breve del Mental Research Institute, el trabajo de Weakland se realizaba en un máximo de 10 sesiones, aún más, Weakland y sus colaboradores informaron que el 72% de sus casos alcanzaron la meta del tratamiento o experimentaron un mejoramiento significativo en un promedio de siete sesiones (De Shazer, 1986).

Ambas utilizan mecanismos terapéuticos similares, como negociar objetivos, deconstruir significados que influyen en el mantenimiento de los problemas del paciente y focalizar en las ocasiones donde el paciente pudo enfrentar sus problemas de manera exitosa (Morejón & Beyebach, 1994).

Como dice Nardone (1997) no existe necesariamente relación entre cómo aparece el problema y cómo se puede afrontar, pero sí se vislumbra una causalidad de naturaleza circular entre el mantenimiento del problema y lo que el paciente hace y deja de hacer para resolverlo, sin conseguirlo. Es por ello que la terapia estratégica se centra en determinar “cómo” las personas construyen sus problemas y cómo éstos se mantienen

debido a las soluciones intentadas que no funcionan, además de “cómo” elaborar y poner en práctica intervenciones capaces de generar cambios rápidos y resolutivos (Nardone & Watzlawick, 1999).

Nardone y Watzlawick (1999) marcan que desde la Terapia Breve Estratégica se expresa que la realidad que se percibe es resultado de una interacción entre dos expresiones: el punto de vista asumido por la persona y el lenguaje que utiliza como forma de entender dicha realidad.

La Terapia Breve Estratégica, en definitiva, intenta proponer soluciones simples para resolver problemas humanos complicados. Desde este modelo no será necesario implementar largos tratamientos para resolver problemas que vienen persistiendo durante años (Nardone, 2003).

Es interesante ver que en la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico, como el rendimiento sexual, el funcionamiento intestinal, la función urinaria, los temblores y los tics, insomnio, etc., el paciente intenta forzar algo que solo puede ocurrir cuando se actúa espontáneamente. Por ejemplo, si bien la mayoría de las personas experimentan dichos problemas, generalmente, no les prestan atención, es decir que no los consideran problemas que merezcan atención, ni acuden a terapia por tal motivo. Lo que termina sucediendo es que, en un breve lapso de tiempo, espontáneamente se corrigen. En cambio, el paciente potencial las define como un problema y toma voluntariamente determinadas medidas que sirvan para corregirlas y evitar su reaparición. Sin embargo, en esta clase de problemas es probable conseguir la solución cuando el paciente sencillamente deja de esforzarse demasiado (Fisch et al., 1988).

En este tipo de terapias, las técnicas de intervención que utilizan los terapeutas son más bien pragmáticas y están dirigidas a perturbar el sistema para que el mismo pueda construir realidades alternativas (Baños et al., 1990). Por caso, para entender esto es necesario explayarse en los supuestos que las sustentan. Uno radica en que los problemas persisten únicamente cuando se mantiene el funcionamiento de la conducta que exhibe el paciente y con quien él interactúe, mientras que otro supuesto indica que, si aquella conducta se modifica o elimina, el problema cesará (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974). Es decir, se intentará interrumpir el circuito formado por las soluciones intentadas por el consultante y modificar el encuadre que él ha hecho hasta el momento

del problema, a través de intervenciones orientadas a reestructurar y modificar el modo de percibir la realidad y/o provocar un cambio evidente de las acciones comportamentales derivadas (Wainstein, 2006).

En conjunto, puede decirse que una terapia puede considerarse estratégica si el clínico diseña un enfoque particular para cada problema, ya que es el profesional quien conduce el proceso y está dentro de sus funciones proponer versiones verosímiles de los problemas y de las soluciones, acordar cuáles serán los propósitos de las sesiones que se llevarán a cabo, y en pos de aquello intervenir para resolver problemas. Para lo anterior, se fundamenta en la firme convicción de que todas las personas pueden cambiar (Córdoba, 2007).

3.3 Cámara Gesell

En la década del 40', Arnold Lucius Gesell, un científico y profesor universitario, decidió construir un domo a través del cual él y otros investigadores observaban a niños para intentar comprender sus comportamientos ante diversos estímulos. Aquel domo, fue modificado hasta que finalmente quedó conformado por un sistema de espejos de una sola vía, el cual facilitó que solo quienes estaban afuera pudieran registrar lo que sucedía, ya que, al ser un espejo de una vía única, quienes estaban dentro no podían observar que sucedía fuera (Salgado García, 2012).

El "domo" era una especie de burbuja que en su interior se equipaba con muebles y accesorios para el niño (cuna, silla, etc.), además, contaba con dos cámaras silenciosas en el exterior, imperceptibles en el interior. Todo el trabajo se llevó a cabo en la Clínica de Desarrollo Infantil de Yale (Mendonça, 2010).

De forma previa a la creación del dispositivo, dicho científico afirmaba que las cámaras dotan de imparcialidad lo que registran, a diferencia del ojo humano. Gesell se interesaba en que la observación fuera objetiva y neutra (Curtis, 2011).

Así entre las décadas de 1920 y 1930, Arnold Gesell comenzó un ambicioso proyecto de investigación en la Clínica de Desarrollo Infantil de Yale, realizando diversos estudios cuyo resultado fue el Atlas del Comportamiento Infantil, ilustrado por 3.200 fotogramas (Mendonça, 2010).

El fin para el cual Gesell diseñó este instrumento era el hecho de poder observar sin presionar con la mirada a aquellos niños, razón por la cual en la actualidad se utiliza para la investigación de delitos sexuales cometidos contra menores de edad, ya que evita

la revictimización de los infantes durante el interrogatorio para esclarecer casos (Herrera, 2016). Otra área que se vale de los beneficios del dispositivo es la organizacional, la cual la utiliza en combinación con el focus group a fin de realizar estudios de mercado cuando se busca lanzar nuevos productos (Ivankovich-Guillén & Araya-Quesada, 2011).

3.3.1 Cámara Gesell en psicoterapia sistémica

El dispositivo de Cámara Gesell fue y es muy utilizado por los psicólogos sistémicos, quienes desde los años 60' y a raíz de la iniciativa de Bateson valoraron su utilidad y lo consideraron un instrumento útil para los casos difíciles en terapia familiar (Haley, 1996).

Es tradicional que en terapia sistémica se trabaje con un plantel de terapeutas detrás de un espejo unidireccional, los cuales auditan y participan activamente de la sesión, pudiendo intervenir realizando aportes (Ceberio, 2011).

Este dispositivo, conocido como Cámara Gesell, se caracteriza como una sala dividida en dos ambientes: en uno de ellos se encuentran el terapeuta y el paciente, y en la sala contigua un equipo de terapeutas. A su vez, la sala cuenta con la tecnología necesaria para grabar y documentar aquello que ocurra dentro (Herrera, 2016). La grabación en video, además de ser un modo poco intrusivo, resulta esencial para poder supervisar el trabajo del terapeuta y como método de enseñanza y entrenamiento (Baños et al., 1990). Esto permite estudiar la sesión en detalle, avanzar, retroceder y frenar para ver las sutilezas del terapeuta y profundizar sobre qué objetivo estratégico podría tener tal o cual intervención. Además, posibilita observar qué responde el paciente a las intervenciones del terapeuta (Kaplan & Petetta Goñi, 2019).

El trabajo en Cámara Gesell abre un espacio donde el equipo se incluye como parte del mismo e interacciona. De esta manera, el equipo tiene su influencia y colabora pudiendo incorporar información que genere cambio (Kaplan & Petetta Goñi, 2019).

Antes de empezar con la sesión, es necesario acordar con el paciente diferentes cuestiones que atañen al uso de este dispositivo. Como primera medida se requerirá un consentimiento informado de parte del o los pacientes para utilizar este encuadre, detallando que detrás del espejo de visión unidireccional existirá un grupo de profesionales observando. Por otra parte, se debe comunicar el registro en videograbación y la revisión del video por parte de los integrantes de la institución. En segundo lugar, es

necesario acordar previamente de qué modo participará el supervisor. Asimismo, se acuerda el modo de comunicación durante la sesión, el cual varía dependiendo el profesional. Por último, se pacta el hecho de que un supervisor/a o alguien del grupo entre en sesión (Castillo, 2007).

Un autor a destacar al respecto de la Cámara Gesell es Tom Andersen, quien desarrolló una técnica llamada “*grupos reflexivos*”, la cual consta en apagar las luces del consultorio y encender las de la cámara. Así, se invierte el lugar observado y es el o los pacientes quienes observan al equipo profesional y lo que dialogan respecto de la sesión. Que ello se dé así fue un suceso fortuito, ya que en uno de esos casos “imposibles”, en el que se había intentado “todo”, la solución intentada fue cambiar la luz y el sonido de habitación, para que la familia y su terapeuta pudieran escuchar el intercambio entre los miembros del equipo que estaban detrás del espejo. Este acomodo azaroso es lo que terminó conformando al equipo reflexivo, con el cual el paciente es testigo de un intercambio y escucha distintas opiniones (Martínez, 2004). De esta manera, lo observado por el paciente se convierte en una intervención que muchas veces redefine el problema de consulta (Andersen, 1987). De este modo, el grupo reflexivo refiere a la parte del equipo terapéutico que escucha la sesión y luego realiza una conversación basada en ella (Ceberio, 2011).

Aquello que incorpore el equipo deberá estar circunscripto a ampliar y complejizar la mirada, movilizándolo para luego construir visiones novedosas, poniendo en tela de juicio construcciones reduccionistas (Pérez, Jiménez & Carrascal, 2019).

El espejo unidireccional denota que existe un equipo observando la sesión. Sin embargo, con el correr de la sesión los pacientes se desenvuelven naturalmente y olvidan la presencia del mismo. En ocasiones, muchos pacientes no están de acuerdo con este método. Lo llamativo es que también sucede que quienes se resisten son los propios terapeutas, alegando que los pacientes no van a aceptar la propuesta, con miedo de perder al paciente por no aceptar su forma de trabajo o por no querer exponerse frente a otros profesionales. Finalmente, están aquellos que no desean trabajar en equipo (Ceberio, 2011).

De todas maneras, la idea del equipo que observa tras el espejo es lograr una mayor perspectiva gracias a la distancia, sirviendo de guía y protección al terapeuta a

través de las sugerencias y opiniones alternativas relacionadas al caso (Selvini Palazzoli, 1990).

De Shazer (1986) define el trabajo detrás del espejo como “estimulante”, y expresa que cuando existen varios terapeutas observando un caso, cada uno aporta sus propios conocimientos y leen diferentes situaciones. Se desarrolla así una competencia amistosa en pos de resolver el problema.

Gracias a los recursos que brinda el uso de la Cámara Gesell, es posible formar terapeutas a través de la observación y supervisión en vivo de sesiones. Dicho dispositivo facilita de este modo la práctica profesional para quienes ya son profesionales como así también para quienes lo serán en un futuro, realizando el complejo pasaje de lo teórico a lo práctico (Kaplan & Petetta Goñi, 2019).

Es importante esbozar una breve definición de lo que es la supervisión. A esta práctica, se la puede entender como una forma de enseñar un enfoque específico de terapia, y a su vez, como una reflexión sobre la propia práctica terapéutica. En cuanto a la supervisión en vivo, esta refiere a una manera particular de hacer terapia, donde el equipo conformado por el supervisor y los estudiantes conforman un equipo terapéutico. Por ende, en el proceso interactúan diversos actores, cada uno de ellos con distintos roles sociales, intereses diversos y expectativas puntuales sobre aquello que ocurre en el espacio de la psicoterapia bajo supervisión (Córdoba, 2007).

En definitiva, el trabajo del supervisor es la observación general del contexto terapéutico y formativo y sus modificaciones. Debe considerar tanto al paciente como al terapeuta, ya que su intervención deberá basarse en responder a las necesidades de ambos, cada uno con su propia historia personal y familiar (Manfrida, 1999).

El estilo de supervisión sistémica requiere ciertas cualidades de parte del supervisor para funcionar correctamente, por ejemplo, ser preciso a la hora de dar instrucciones o sugerencias, hacerlo de manera respetuosa, siendo lo más breve posible y sin buscar protagonismo. A su vez, será necesario que pueda tolerar los errores que cometa el supervisado, aceptando el estilo de otros terapeutas (Daskal, 2008).

Toda supervisión tiene como objetivo mejorar las habilidades técnicas del supervisado, así se trate de un estudiante de primer año de posgrado o de un profesional experimentado, el objetivo siempre será ampliar el repertorio clínico del supervisor (Rigazio-DiGilio, 2014).

Es plausible ejemplificar una situación típica de supervisión en vivo para profundizar sobre lo anterior. Por caso, Haley (1997) señala que cuando un terapeuta busca que los padres se pongan firmes con un hijo violento, deberá abordar el problema de forma directa o indirecta, y para ello, el supervisor deberá intervenir buscando que el terapeuta se ponga firme con la familia. La jerarquía exhibida frente al espejo refleja la jerarquía establecida detrás del mismo. Por ende, si la terapia exige que el terapeuta asuma el rol de experto en el consultorio, el supervisor debe asumir el mismo rol detrás del espejo.

Es importante destacar que el ejercicio de la supervisión sirve a su vez como una manera de compartir la carga emocional a la que están expuestos los terapeutas por enfrentar situaciones de alto grado de sufrimiento humano. El trabajo emocional de cada terapeuta es desgastante y esto los vuelve expuestos al síndrome de burn-out, lo cual puede derivar en el abandono de la profesión por extenuación producto de una larga carrera profesional (Castillo, 2007).

En cuanto a la forma de comunicarse entre las salas, ha sido un proceso que fue evolucionando con el correr del tiempo, ya que hubo diversas etapas del uso del espejo unidireccional y en los inicios se creía que la sesión terapéutica era un ámbito inviolable en el cual nadie podía entrometerse, puesto que se le daba un gran valor a la confidencialidad. Más adelante, se golpeó la puerta del consultorio en medio de una sesión y se hizo salir al terapeuta para realizarle sugerencias, posteriormente se instalaron teléfonos en cada habitación para comunicar al terapeuta y el supervisor (Haley & Valcárcel, 1997). En la actualidad, la forma de comunicarse entre el equipo y el terapeuta varía según la institución. Un método se basa en la comunicación directa supervisor-terapeuta sin interrumpir el flujo de la sesión, mediante un auricular en la oreja; mientras que otras instituciones prefieren llamar al aprendiz fuera de la sala de terapia para discutir diferentes temas y ofrecer sugerencias. Otra variante es el ingreso del supervisor en la sala para llevar a cabo una técnica, discutir asuntos relevantes con el aprendiz, o cambiar la dirección de la sesión (Lebensohn-Chialvo & Kogan, 2019).

3.4 Uso de TICs en psicología

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación –TICs- pueden definirse como dispositivos tecnológicos que permiten producir, manipular y compartir

información. Refieren entonces a aplicaciones que integran medios de informática, telecomunicaciones y redes, que son capaces de facilitar tanto una comunicación y colaboración interpersonal, es decir, persona a persona, como una multidireccional (Distéfano, Mongelo, OConor & Lamas, 2015).

Las TICs abarcan una multitud de ámbitos en nuestras vidas. Respecto a la psicología, las TICs se han aplicado en el ámbito experimental, educativo, social, psicométrico y clínico, y entre las más utilizadas se encuentran las computadoras, la televisión, el teléfono, Internet, la realidad virtual y la realidad aumentada (Botella et al., 2007).

Los inicios de las TICs en psicología clínica se remontan hacia 1961, cuando Wittson, Affleck y Johnson utilizaron la videoconferencia. Hoy en día, el uso de internet por parte de los terapeutas es una de las formas que más proliferan dentro del abanico de posibilidades que ofrecen las TICs (Soto-Pérez, Franco, Monardes & Jiménez, 2010).

Si bien el uso de TICs en psicología tiene larga data, el actual brote por coronavirus obligó a la psicología a adaptarse e implementar masivamente el uso de estas como método para realizar intervenciones psicológicas (De la Rosa, Moreyra & De la Rosa, 2020).

En la actualidad se cuenta con múltiples aplicaciones de las TICs en psicología clínica y de la salud que ofrecen soluciones como el alcanzar a un mayor número de personas, permitiendo a aquellas que viven en áreas remotas tener a su disposición la posibilidad de tratamiento (Botella, Quero, Serrano, Baños & García-Palacios, 2009). Esto posibilita la optimización de recursos, ya que tanto el psicólogo como el paciente no tienen que acudir a un mismo lugar físico; esto deriva en horarios más flexibles y una mayor disposición de tiempo (Proaño & Porras, 2020).

A su vez, facilita el tratamiento a pacientes que viven en zonas rurales y remotas, y permite continuar con el tratamiento de pacientes que han decidido mudarse de localidad. Asimismo, puede mencionarse la reducción de costos y eliminar los viajes hasta el lugar de encuentro (Békés & Doorn, 2020).

En lo que sigue, se describirán los principales usos de las tecnologías de la información al servicio de la psicología, por ejemplo, la telepsicología, definida por Brown (1998) como el uso de las tecnologías de telecomunicación para poner en contacto

a los pacientes con los profesionales de la salud mental para elaborar diagnósticos y tratamientos, entre otras actividades relacionadas con la diseminación del cuidado de la salud. Principalmente, las TICs se implementan como terapia psicológica, como complemento a un tratamiento psicológico presencial, como método para realizar un seguimiento de una terapia presencial, como forma de asesoría o counseling, como apoyo a personas con dificultades psicológicas severas o para realizar una evaluación o screening (De la Torre Martí & Cebrián, 2018).

Por caso, la realidad virtual es otra de las TICs utilizadas en psicología mayormente para tratar trastornos de ansiedad, ya que ofrece la ventaja de permitirle al paciente confrontar de manera controlada y segura los estímulos asociados al trastorno (Botella et al., 2009). La misma permite una inmersión total en una simulación de la realidad, de modo que, en el campo de la Psicología Clínica, puede utilizarse para tratamientos psicológicos como el de pacientes con fobia a volar. En tal caso, puede simularse un avión virtual que desarrolla vuelos de día o de noche, buen tiempo o tormenta, vuelo con turbulencias o sin turbulencias; entre otras situaciones (Arbona, García-Palacios & Baños, 2007).

Una variación de esta tecnología es la realidad aumentada, la cual se basa en la integración y superposición de objetos virtuales en el mundo real (Botella et al., 2009). A diferencia de la realidad virtual, la realidad aumentada complementa el mundo real. Mientras que la primera intenta sustituir a la realidad, la realidad aumentada busca complementarla. Para ello, introduce elementos virtuales en el mundo real, generando objetos, seres, contextos, imágenes y textos virtuales a través de una computadora. El usuario visualiza el contexto real en el que se encuentra a través de cámaras y, a su vez, los elementos virtuales antes mencionados funcionan como información adicional y brindan alguna utilidad para la persona. Un ejemplo de la aplicación de esta herramienta es el tratamiento de las fobias a las arañas y cucarachas. Mediante este sistema, el paciente puede visualizar estos animales virtuales en el mundo real (Botella et al., 2007).

En lo que respecta a los mensajes instantáneos, existen variantes como el chat, que es un tipo de conversación on-line. Por otra parte, existen herramientas de comunicación sincrónica como los SMS, los cuales gracias a su inmediatez pueden ayudar a resolver crisis de angustia y ansiedad, por ejemplo (Luque, 2009). De este modo, dentro de la comunicación sincrónica, actualmente, existen programas como Skype, el cual permite

un contacto simultáneo, en tiempo real. Y dentro del grupo de comunicación asincrónica, lo más utilizado en la actualidad es el WhatsApp (De Souza Barbeiro & Dos Reis, 2018).

Otra opción que ofrecen las TICs son las aplicaciones móviles, área que se conoce como M-Health. La misma cuenta con poca información disponible acerca de la seguridad de las Apps y su marco regulatorio es nulo. Sin embargo, su utilización hace pensar que ya se está haciendo algo para la resolución del problema que motivó su búsqueda (Roussos, 2018).

Uno de los grandes desafíos respecto al uso de las TICs es el abandono, ya que el 74% de los usuarios interrumpen el uso de las mismas después de las 10 primeras interacciones (Torous, Nicholas, Larsen, Firth, & Christensen, 2018).

Otras cuestiones relevantes atañen a definir y repensar cómo implementar el uso de las TICs en relación a los honorarios, lo cual plantea interrogantes como si es posible cobrar por responder un mail y de qué forma hacerlo; o el entrenamiento necesario que deben llevar a cabo los terapeutas para un buen uso de las mismas (Roussos, 2018).

De lo expuesto anteriormente se infiere que, a diferencia de las intervenciones clínicas tradicionales, las intervenciones digitales requieren de un trabajo interdisciplinario en conjunto entre psicólogos y programadores. Asimismo, los programas en distintas plataformas requieren que los psicoterapeutas e investigadores interactúen en conjunto con otras disciplinas (Roussos, 2018).

3.4.1 Cámara Gesell online como dispositivo terapéutico

El contexto actual de pandemia y confinamiento impidió las terapias presenciales y trajo aparejados diversos problemas psicológicos, de manera que muchos psicoterapeutas se adaptaron para brindar terapias de manera online (Békés & Doorn, 2020).

Además de imposibilitar realizar terapias presenciales, la pandemia generó que parte de la población sana incrementa sus niveles de estrés y ansiedad, a su vez, se intensificaron los síntomas de personas con trastornos mentales preexistentes. Sumado a lo anterior, los pacientes diagnosticados con COVID-19 o sospecha de estar infectados pueden experimentar emociones intensas y reacciones comportamentales como miedo, aburrimiento, soledad, ansiedad, insomnio o rabia. Todo esto volvió aún más necesaria la

terapia online (Ramírez-Ortiz, Castro-Quintero, Lerma-Córdoba, Yela-Ceballos & Escobar-Córdoba, 2020).

Para empezar, resulta necesario distinguir entre las intervenciones basadas en internet y la psicoterapia online. Las primeras refieren a programas computarizados, donde el terapeuta puede o no estar participando. Aquí se incluye el uso de software, realidad virtual y aplicaciones para teléfonos inteligentes, entre otras. Por otro lado, la psicoterapia online refiere a las terapias ofrecidas por los profesionales a través de programas de mensajería instantánea, chat, audio o videoconferencia (Assi & Thieme, 2019).

Un dispositivo que ejemplifica de manera profunda el uso de internet como herramienta para realizar una terapia virtual es la cámara gesell online. Bajo esta modalidad, se debe explicar detalladamente al paciente las condiciones bajo las cuales se desarrollará la sesión terapéutica, aclarando que durante la sesión, terapeuta y paciente se ven y se escuchan entre sí, pero también son vistos y escuchados por los supervisores y el equipo de capacitación, quienes silencian sus micrófonos y desactivan sus cámaras, pudiendo así ver y escuchar la sesión sin ser vistos ni escuchados por el paciente o el terapeuta. Asimismo, los supervisores se comunican con el terapeuta a través de mensajes de texto de WhatsApp o llamadas telefónicas, y, si fuera necesario, un supervisor puede entrar en la "sala de terapia cibernética" mediante la activación de su cámara y micrófono. A diferencia del modo presencial, en la modalidad online los terapeutas se comunican por mensaje de texto (Nadan et al., 2020).

El uso de aplicaciones como Zoom y Skype comienza a ser habitual en distintas partes del mundo para atender pacientes con dificultades para trasladarse físicamente a una institución o sin el tiempo necesario para llegar al lugar de atención (Vaimberg Grillo, 2020).

Asimismo, internet posibilita reforzar las intervenciones vía e-mail, u ofrecer material psicoeducativo a través de una página web (Soto-Pérez et al., 2010).

La cámara gesell online facilita el tratamiento de pacientes ubicados en cualquier parte del mundo. Un ejemplo de esto es el caso de una familia de refugiados, con sus integrantes dispersos en varios países y la posibilidad de conectarlos a todos a través de la virtualidad con un equipo de terapeutas que escuchen y resuelvan sus problemas (Borcsa & Pomini, 2017). Mediante la modalidad online, sencillamente se envía un link

momentos antes de que comience la sesión, el cual contiene un enlace para unirse a la reunión virtual (Nadan, et al., 2020).

El tipo de trastorno que tenga el paciente también puede ser clave a la hora de definir si se realiza o no una terapia online mediante este dispositivo. Por ejemplo, aquellos que padezcan agorafobia o fobia social pueden encontrar a través de esta herramienta tecnológica la única vía posible de tratamiento (Mercader, 2001), debido a los comportamientos evasivos que genera la agorafobia, el uso de aplicaciones a través de internet hace que los pacientes no requieran viajar a los sitios, lo cual es especialmente conveniente para este tipo de pacientes (Christoforou, Fonseca & Tsakanikos, 2017).

Por otra parte, el modelo sistémico puede considerarse una opción adecuada para la atención virtual de pacientes a través del dispositivo mencionado, ya que aquellos terapeutas que adhieren a orientaciones teóricas más estructuradas como la terapia centrada en la solución pueden tener más facilidad para llevar a cabo la modalidad online. Como contraparte, los terapeutas que adhieren a modelos que enfatizan la dinámica interpersonal de la interacción cara a cara como los enfoques psicoanalíticos pueden verse más perjudicados (Rochlen et al., 2004).

El hecho de establecer una terapia a través de internet, puede favorecer una desinhibición por parte de los pacientes. Al respecto (Suler 2004), plantea que los individuos en la web tienden a expresarse y actuar más intensamente que en persona. El hecho de estar ubicado en un lugar físico distinto al terapeuta, puede actuar como protección. Al parecer, generalmente es más fácil para el paciente contar sus problemas ya que la distancia ficticia dada por el modo en línea le permite percibir menos la dificultad posible de la comparación con el profesional, si se compara con una terapia cara a cara.

En lo que respecta a la supervisión de pacientes mediante el uso de internet, los primeros intentos para incorporar el uso de la tecnología en el proceso de supervisión tuvieron lugar en los años 1950 y 1960, principalmente a través de dispositivos de escucha, observación por medio de circuito cerrado de televisión, la consulta telefónica, y revisión de cintas de video. La exploración en este ámbito continuo en los años 70 y principios de los 80, pero la falta de infraestructura tecnológica y el alto costo de la misma limitó el uso de dicha tecnología principalmente a programas militares y de gobierno (Wood et al., 2005). Sin embargo, fue en las últimas dos décadas cuando hubo una explosión en el número de tecnologías que se utilizaron para ofrecer y mejorar la

supervisión y la formación, como la videoconferencia, el iPad, las webcams, la "nube" de Internet, el software de realidad virtual clínica, el software basado en la Web para el seguimiento de los resultados clínicos y el software para codificar vídeos de sesiones de psicoterapia (Rousmaniere, 2014).

La supervisión se lleva a cabo también en el dispositivo de cámara gesell online. Puede mencionarse el caso del Instituto Barcai de Familia, Pareja y Terapia Narrativa en Tel Aviv, Israel. En dicho instituto, mientras que en las sesiones presenciales se acostumbraba el uso de llamadas telefónicas, la situación imperante los obligó a trabajar mediante la modalidad online, utilizando para la supervisión mensajes de texto de WhatsApp mientras se utiliza la aplicación "Zoom". Este cambio modificó la experiencia terapéutica de los aprendices y la de los supervisores. Desde la perspectiva de los alumnos, esta nueva modalidad fue bien recibida, ya que los mensajes de texto permiten decidir cuándo aplicar las sugerencias del supervisor. A su vez, resulta un método menos intrusivo que las llamadas telefónicas y también favorece una sesión más fluida con el paciente (Nadan, et al., 2020); lo cual marca una diferencia sustancial con la supervisión presencial, donde los terapeutas deben salir del despacho a consultar con el equipo cuantas veces lo requieran, corriendo el riesgo de perder la continuidad de la sesión por las sucesivas ausencias e interfiriendo con el clima de la consulta (Ceberio, 2011).

Quienes supervisen a través de internet deben desarrollar procedimientos claros para el uso de la tecnología, por ejemplo, cómo y dónde se almacenarán, respaldarán y eliminarán los datos, y los procedimientos para su uso en caso de fallo tecnológico; además, deberán especificar el soporte de seguridad para la tecnología (por ejemplo, software antivirus (Rousmaniere, 2014).

Aquellos supervisores que se ven envueltos en los mismos inconvenientes que cualquier paciente -distancia, viajes y caminos de difícil acceso- también se ven beneficiados del uso de internet. De este modo a través de medios tecnológicos es posible lograr el entrenamiento clínico en sitios de difícil acceso (Wood, Miller & Hargrove, 2005).

Los posibles inconvenientes que pueden surgir al supervisar a través de internet, están relacionados a una posible diversidad cultural entre personas ubicadas en diferentes áreas, países o incluso continentes. Esto debe tenerse en cuenta para evitar efectos secundarios negativos para todos los participantes en el sistema de supervisión. Además,

se debe aprender acerca de las leyes y regulaciones locales en la ubicación del supervisor que son pertinentes para la atención al cliente (Borcsa & Pomini, 2017).

Sin embargo, no todas son ventajas en el uso de dispositivos como la cámara gesell online. El formato online acarrea limitaciones, una de ellas refiere a la limitación del vínculo entre terapeuta y paciente (Soto-Pérez et al., 2010), o la preocupación de los psicoterapeutas en ser incapaces de construir una alianza terapéutica (Békés & Doorn, 2020), debido a la ausencia de señales no verbales (Cook & Doyle, 2002), ya que el lenguaje corporal y las señales no verbales no están disponibles durante las video llamadas. Esto puede desencadenar en malentendidos o dificultades de comunicación, por lo cual, es necesario explicar abiertamente al paciente las nuevas reglas del juego (Mancuso, 2019).

La alianza terapéutica puede definirse como la calidad de la relación terapéutica establecida en el proceso terapéutico. En la modalidad de terapia presencial, el terapeuta siempre debe tratar de establecer un buen vínculo con su cliente, permitiendo un ambiente cómodo y acogedor para que éste pueda expresarse (Assi & Thieme, 2019), mientras que, en la modalidad virtual, es importante que el paciente cuente con un lugar tranquilo y reservado para poder llevar a cabo la sesión, sin que nadie lo interrumpa (Mancuso, 2019).

Respecto al formato virtual, catorce estudios concluyeron que tanto pacientes como terapeutas perciben una fuerte relación terapéutica, comparable a sesiones cara a cara (Germain, Marchand, Bouchard, Guay & Drouin, 2010). No obstante, en un grupo de terapia grupal concluyeron que la alianza terapéutica fue más pobre al usar videoconferencia en comparación con aquellos que recibieron tratamiento en persona (Greene et al., 2010 como se citó en Morón & Aguayo, 2018).

De todos modos, en los casos que así lo requieran, existe la opción de combinar el formato presencial con el virtual. Esto es especialmente útil cuando los pacientes se trasladan a otras ciudades o países por cuestiones profesionales, de estudio o familiares (Vaimberg Grillo, 2020).

Otro inconveniente se genera a raíz de las fallas técnicas durante la sesión (Békés & Doorn, 2020). Este aspecto técnico se relaciona al ancho de banda que posean los participantes, ya que el mismo influye directamente en la calidad de transmisión de video, por lo cual, si se quiere detectar movimientos o expresiones faciales finas, un sistema con mayor ancho de banda será lo más adecuado, mientras que, un ancho de banda más bajo

podría ser apropiado cuando el movimiento no sea un factor importante o cuando el costo de la infraestructura necesaria para mayor ancho de banda sea prohibitivo (Wood et al., 2005).

Para mejorar la fiabilidad de la conexión Rousmaniere (2014) detalla cuatro métodos: obtener la conexión a internet más rápida disponible en el área; cerrar los programas que se ejecutan en segundo plano mientras se utiliza la videoconferencia; limitar el uso de funciones de "compartir pantalla"; y, finalmente, apagar la cámara de vídeo cuando la conectividad a internet es deficiente.

Otro aspecto que preocupa en la modalidad virtual es el riesgo de divulgar información confidencial del paciente y cuestiones legales como la realización de terapia a través de límites jurisdiccionales (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). Según Stamm (1999), los riesgos de seguridad contemplan dos categorías: a) riesgos directos de las personas y b) riesgos de la tecnología. La primera categoría incluye malas intenciones, accidentes o una curiosidad inapropiada. Quizá el riesgo más grave sea precisamente el acceso no autorizado a información confidencial. Esto puede resolverse usando redes seguras o cerradas y programas de encriptación. Los riesgos que refieren a la segunda categoría tienen que ver con cuestiones como los virus informáticos, los cuales pueden estar diseñados para destruir datos o interrumpir los sistemas informáticos. Por caso también existe una solución para evitar estos peligros, que se relaciona con actualizar los programas antivirus, estar alerta a fallas del sistema, y trabajar para asegurar la compatibilidad de todos los componentes del sistema. Se recomienda prestar especial atención al uso de dispositivos móviles y almacenamiento en la nube, ya que estas tecnologías representan un mayor riesgo para las violaciones de la confidencialidad del cliente (Rousmaniere, 2014).

Los pacientes pueden recurrir al uso de teléfonos celulares para conectarse a través de internet con su terapeuta, razón por la cual es necesario cuidar la privacidad y seguridad del cliente mediante el cifrado de los teléfonos celulares, además de comunicarle a los clientes de los riesgos existentes. Un aspecto a tener en cuenta es que las medidas de seguridad evolucionan a medida que se producen amenazas e infracciones de protección. Un producto o servicio altamente recomendado puede que rápidamente ya no sea seguro. Por ende, es necesario que los psicólogos puedan familiarizarse con las fuentes que revisan el estado de los productos y servicios (Martin, Millán & Campbell, 2020).

Especial atención merece el manejo de situaciones de crisis, que, en conjunción a una pobre formación por parte de los profesionales en relación a la tecnología, pueden desencadenar en situaciones de riesgo para quienes buscan ayuda por Internet (Morón & Aguayo, 2018).

Vallejo y Jordán (2007) idearon una serie de preguntas previas orientadas a evaluar si es factible trabajar vía on-line, con el fin de evitar situaciones de riesgo, por ejemplo: ¿Qué actitud tiene el paciente sobre la posibilidad de ser tratado on-line? ¿Cuál es el nivel cultural y de lecto-escritura del paciente? ¿Qué experiencia tiene con el uso de ordenadores?

De todos modos, es aconsejable tratar los casos de pacientes difíciles manera presencial, ya que son extremadamente delicados y requieren la presencia física del terapeuta en caso de cualquier comportamiento peligroso por parte del paciente (Mancuso, 2019).

No menor es la cautela del peligro en lo referente a personas sin formación que valiéndose del sufrimiento psicológico de un individuo que acude a internet en busca de ayuda, intentan hacer un negocio fraudulento con personas en busca de soluciones rápidas y que se aferran a cualquier esperanza que encuentren (Morón & Aguayo, 2018). Debido a esto se aconseja que las sesiones de terapia online se lleven a cabo en un despacho profesional sanitario. De esta forma, se previene el intrusismo o la aplicación de intervenciones online por parte de personas no acreditadas (De la Torre Martí & Cebrián, 2018).

En lo que respecta a cuestiones legales y reglamentarias a la hora de trabajar de manera online, los clientes deben firmar un consentimiento informado reconociendo que su información confidencial se transmitirá a través de Internet. El mismo debe indicar las tecnologías y medidas de seguridad utilizadas, en un lenguaje lo más claro posible (Rousmaniere, 2014). Tradicionalmente, se entiende por consentimiento informado al proceso por el cual se le proporciona al paciente información relevante para que éste pueda decidir libremente ante el proceso terapéutico al que se va someter (Castilla García & Castilla San José, 2001).

En lo anterior se resaltan las ventajas y desventajas de utilizar dispositivos como la Cámara Gesell online. Sin embargo, cabe destacar que, por fuera de ello quedan quienes no cuentan con acceso a internet. Existe una brecha digital que imposibilita utilizar la

tecnología como método para tomar sesiones terapéuticas a aquellas personas que no cuentan con acceso a internet (Mancuso, 2019).

En nuestro país no es frecuente entre los terapeutas el uso de la tecnología en psicoterapia, pese a las ventajas antes mencionadas. Diversas variables influyen para que esta herramienta no se considere. En primer lugar, el desconocimiento por parte de los profesionales de la salud. A su vez, se vislumbran obstáculos ético-legales, de organización, de costos y obstáculos socio-culturales. Hay una ausencia de normativa específica que regule y controle estas prácticas. Los beneficios económicos se avizoran a largo plazo. Por otro lado, los terapeutas perciben que el uso de tecnología requiere una formación específica y un equipamiento importante, lo que trae aparejados costos excesivos. Finalmente, los obstáculos socio-culturales se relacionan al rechazo de los usuarios, de los pacientes y, de los terapeutas, que sienten a la tecnología como una interferencia en la relación terapéutica (Distéfano et al., 2015).

Para Luque (2009), lo anterior obedece a un temor hacia la tecnología, ya que ésta podría deshumanizar la terapia y, asimismo, a dificultades prácticas para utilizar herramientas informáticas, la excesiva estructuración del campo terapéutico y la incapacidad para la innovación.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de caso de tipo descriptivo.

4.2 Participantes

1. Paula, 40 años, licenciada en psicología y en relaciones de trabajo, a su vez es coach ontológico. Trabaja en la institución desde hace dos años, se desempeña como terapeuta, profesora adjunta del programa de iniciación profesional y se encarga de coordinar a los pasantes que asisten a la institución.

2. Micaela, 24 años, licenciada en psicología. Trabaja como terapeuta en la institución desde hace dos años. Actualmente atiende pacientes mediante el dispositivo de cámara gesell online.
3. Camila, 27 años, licenciada en psicología. Trabaja como terapeuta en la institución hace un año, atiende pacientes mediante cámara gesell online.
4. Dana, 33 años, licenciada en ciencias de la comunicación y psicóloga. Se desempeña como terapeuta en la institución utilizando el dispositivo de cámara gesell online.
5. Karina, 59 años, licenciada en psicología especializada en Terapias Breves Sistémicas Familiares y de Pareja. Es la fundadora de la institución y entrena psicólogos en la práctica sistémica de atención de pacientes desde hace 10 años. Supervisa los casos de Cámara Gesell online.

4.3 Instrumentos

* Observación participante de casos de Cámara Gesell online.

* Entrevista semidirigida a profesionales de un centro de orientación sistémica.

La misma se basó en sus experiencias con el dispositivo de cámara gesell online, las limitaciones y beneficios que ofrece y la adaptación del formato presencial al formato online de dicho dispositivo.

Las preguntas incluidas en esta entrevista fueron:

- ¿Qué beneficios tiene trabajar mediante el dispositivo de cámara gesell online?
- ¿Qué limitaciones podés describir al trabajar mediante esta herramienta?
- ¿Cómo se adapta el dispositivo de cámara gessel al formato online?
- ¿Cómo funciona el apoyo del equipo de terapeutas en el formato online?
- ¿Qué diferencias tiene el formato online respecto del formato presencial?
- ¿Cómo funciona el vínculo entre terapeuta y paciente en el formato online?
- ¿Cómo recibís intervenciones de parte del supervisor?
- Si tuvieras que optar entre el modo presencial y el virtual ¿Cuál elegirías? ¿Por qué?

- ¿Observaste incomodidades en los pacientes al atenderse de este modo?
- ¿Se te ocurre alguna propuesta para disminuir las limitaciones de esta herramienta?

* Entrevista semidirigida a la directora y coordinadora de la institución. Los ejes de la entrevista se relacionaron con su experiencia con el dispositivo de cámara gesell online, las limitaciones y beneficios que ofrece y la adaptación del formato presencial al formato online de dicho dispositivo.

Las preguntas incluidas en esta entrevista fueron las siguientes:

- ¿Qué beneficios tiene trabajar mediante el dispositivo de cámara gesell online?
- ¿Qué limitaciones podés describir al trabajar mediante esta herramienta?
- ¿Cómo se adapta el dispositivo de cámara gessel al formato online?
- ¿Cuál es la adherencia al tratamiento en pacientes mediante el formato online?
- ¿Qué diferencias tiene el formato online respecto del formato presencial?
- ¿Cómo funciona el dispositivo de cámara gesell online a la hora de dar indicaciones a los terapeutas?
- ¿Qué expectativas tenes a futuro al respecto de la atención virtual de pacientes?
- ¿Influye en la atención de pacientes el papel de actores externos como, por ejemplo, el proveedor de internet?
- ¿Existen patologías que no puedan tratarse en el dispositivo de cámara gesell online? ¿Cuáles? ¿Por qué?
- ¿Qué evaluación global haces al respecto de la cámara gesell online?

4.4 Procedimiento

Durante la práctica se llevó a cabo la observación de casos en el espacio de cámara Gesell online con una frecuencia de cuatro veces por semana, 12 horas semanales aproximadamente, a lo largo de cuatro meses. Se visualizó la atención de pacientes por parte de profesionales que realizan un programa de iniciación profesional, con intervenciones y aportes de la directora del centro sistémico.

A su vez, se realizó una entrevista semiestructurada individual administrada por única vez a profesionales en formación, de aproximadamente 30 minutos de duración.

Finalmente, se realizó una entrevista semiestructurada individual a la directora y coordinadora de la institución, de aproximadamente 30 minutos de duración.

5. Desarrollo

5.1 El funcionamiento y la adaptación del dispositivo de Cámara Gesell online en un centro con orientación sistémica

La situación imperante de confinamiento a causa del COVID-19 hizo que los terapeutas a nivel global y en particular el centro sistémico que fue observado durante la práctica, viren hacia un formato virtual como método para atender a sus pacientes (De la Rosa et al., 2020).

A raíz de lo anterior, pudo observarse que el centro de orientación sistémica del barrio de Belgrano adaptó el dispositivo de cámara gesell a un formato online, con el objetivo de atender a sus pacientes y formar terapeutas. Dicha versión virtual, en palabras de Karina, la directora de la institución, intenta conservar todos los beneficios del dispositivo presencial e incluso aporta nuevas características que se mencionarán más adelante.

A partir de las observaciones efectuadas, se constató que la nueva modalidad virtual se realiza con una frecuencia de cuatro veces por semana, con una carga horaria de aproximadamente 12 horas semanales.

La institución implementó el uso de diferentes TICs para llevar a cabo este dispositivo virtual. Ejemplo de lo anterior son dispositivos como computadoras, teléfonos celulares e internet (Botella et al., 2007). Esto concuerda con la afirmación de (Soto-Pérez et al., 2010) acerca del uso de internet como una de las formas que más proliferan dentro de las TICs disponibles.

Conforme lo consultado durante la práctica, con anterioridad al confinamiento el centro utilizaba la cámara gesell de manera presencial, es decir, contaba con dos salas divididas, con un equipo observando detrás del espejo y con la posibilidad de grabar las sesiones (Herrera, 2016).

Actualmente, el centro visitado recurrió al uso de internet como forma de seguir atendiendo pacientes y formando terapeutas (Soto-Pérez et al., 2010). De tal modo que el dispositivo virtual se lleva a cabo a través de la aplicación “Zoom” y se desarrolla entre un terapeuta, un paciente y un equipo que observa la sesión, igual que en el formato presencial, con la diferencia que todo ocurre a través de internet (Nadan et al., 2020).

La terapia adaptada al formato virtual se lleva a cabo respetando los siguientes pasos. En primer lugar, la directora del establecimiento se encarga de tener una primera entrevista de admisión con el paciente, la cual se realiza de manera virtual, con la intención de conocerlo y definir el motivo de consulta (Wainstein, 2006).

Asimismo, se le requerirá un consentimiento informado y se le comentará acerca de cómo funciona la cámara gesell virtual. El consentimiento aclara que se transmitirá información a través de Internet (Rousmaniere, 2014). A su vez, se le explica al paciente que, además de existir un equipo de terapeutas observando, pueden grabarse las sesiones (Castillo, 2007).

Esta primera entrevista resulta de vital importancia, ya que una correcta formulación del caso facilitará posteriormente la labor del terapeuta debido a que podrá focalizarse sobre el problema específico del paciente, descartando aquello que resulte irrelevante para resolver la situación. De manera que en la primera entrevista se evaluará el circuito-problema y a su vez, si resulta factible utilizar el enfoque que emplea el centro visitado (Weakland et al., 1974).

El procedimiento es igual para cada paciente, luego de la entrevista de admisión, Karina expresa que, *“si el paciente resulta apto para el modelo que el establecimiento utiliza, se pacta una primera sesión, que se desarrollará a través de la aplicación Zoom”*.

Antes de detallar cómo se desarrollan las sesiones, resulta útil explayarse sobre la adaptación y perfeccionamiento que requirió el formato virtual a fin de ofrecer una buena atención a los pacientes que asistían al centro sistémico y a los nuevos que se fueron sumando durante el transcurso del confinamiento obligatorio. Se detallarán a continuación varios aspectos que ejemplifican lo anterior, según lo observado.

Micaela, una de las entrevistadas, relata que en un comienzo el dispositivo fue modificándose a prueba y error. En sus palabras, expresa que *“probamos utilizar la aplicación Zoom, quitar nuestra foto y poner algo negro, después quitar nuestros*

nombres y poner solo un punto”. Y agrega “encontramos herramientas que ofrecía la aplicación y eran útiles, por ejemplo, descubrimos que se podía grabar la sesión”.

El modo de desarrollar la sesión terapéutica en el formato virtual conforma un proceso que se repite para cada paciente. Previo al comienzo de una sesión, la directora o la coordinadora de la institución son las encargadas de enviar un link de la aplicación “Zoom” a los terapeutas y a los pasantes que asisten al centro. En dicho momento, cada uno de los mencionados podrá utilizar dispositivos tecnológicos como una computadora o un teléfono celular con conexión a internet para ingresar a una sala virtual en la que estarán conectados en simultáneo y con la posibilidad de comunicarse en tiempo real (Distéfano et al., 2015).

Al momento de encontrarse conectados en una misma sala virtual, el terapeuta asignado al paciente -que ingresará más adelante- comentará el caso al resto de los presentes. Este momento será propicio para que el equipo aporte sugerencias para que el terapeuta despliegue durante el transcurso de la sesión. El objetivo es ayudarlo a construir una visión que amplíe su mirada (Pérez et al., 2019).

Una vez finalizado este espacio, solo el terapeuta asignado al caso permanecerá con su cámara activada y su micrófono encendido, mientras que el resto deberá apagarlas y silenciarlos. La aplicación virtual cuenta con la posibilidad de que cada integrante de la sala exhiba su nombre y una imagen que lo identifique, razón por la cual la directora del centro decidió que cada terapeuta y pasante que observe la sesión entre el terapeuta y el paciente utilice una foto negra y se renombre con un punto.

El motivo de lo anterior se relaciona con que el paciente no observe nombres ni fotos de otras personas mientras mantiene la sesión con su terapeuta. Dicha característica busca simular lo que se desarrolla habitualmente en una cámara gesell presencial, la cual consta de un espejo de una vía única, el cual impide que quienes están dentro observen que sucede fuera (Salgado García, 2012).

Al comienzo de la sesión, lo primero que hará el terapeuta es consultar al paciente si permite la grabación en video de la misma. Si éste accede, luego dicha grabación podrá ser utilizada por los terapeutas en busca analizarla a fin de mejorar la calidad de atención y aprender acerca de los errores y aciertos que hayan cometido. El hecho de grabar las sesiones se condice con lo expuesto por Baños et al. (1990), acerca de este modo poco intrusivo y esencial como método de enseñanza y entrenamiento.

De esta manera, se da comienzo a la sesión propiamente dicha, la cual funciona de forma diferente al formato presencial. En primer lugar, la adaptación del dispositivo trajo aparejados cambios fundamentales como la pérdida del contacto cara a cara. Dicha pérdida de contacto en muchos casos puede traer aparejada una posible disminución del vínculo entre terapeuta y paciente, tal lo planteado por Soto-Pérez et al. (2010), y la preocupación de los psicoterapeutas por no lograr construir una alianza terapéutica (Békés & Doorn, 2020), a causa de una ausencia de señales no verbales (Cook & Doyle, 2002).

Sin embargo, Camila, una de las entrevistadas, comenta al respecto que el vínculo se establece de forma similar, solo que, a su criterio, tarda unas sesiones más. Por su parte, Micaela expresa que el vínculo funciona mejor de lo que se imaginaba, añadiendo que es una cuestión que atañe mayormente a características particulares del terapeuta y el paciente.

Lo anterior, refuerza los estudios mencionados por Germain et al. (2010), los cuales concluyen que en la modalidad virtual tanto pacientes como terapeutas perciben una relación terapéutica equiparable a las sesiones cara a cara. A su vez, lo expresado por las entrevistadas resulta discordante con lo planteado por Distéfano et al. (2015) quien expresa que los terapeutas sienten a la tecnología como una interferencia en la relación terapéutica.

No solo los pacientes han tenido que adaptarse al nuevo formato, sino que también los terapeutas han necesitado hacerlo, tal lo planteado por Békés & Doorn (2020). Micaela, puso en palabras en una de las entrevistas que dicha adaptación produjo un detrimento del lazo entre los propios terapeutas.

A propósito, relata que *“en lo virtual se pierde lo cotidiano, conversar y compartir momentos con el resto del equipo, eso estaba bueno y creaba lazos”*. Y añade: *“virtualmente es más complicado conversar con alguien, ya que hay alrededor de veinte personas conectadas en simultáneo a la aplicación Zoom”*. Lo planteado por la terapeuta se ve reforzado por otra de las entrevistadas, Dana, quien comenta que ir a la institución era algo muy ameno, destacando la calidez humana de asistir al centro. A su vez, comenta que con la virtualidad se perdió ese contacto humano.

De todos modos, la forma de aplicar el modelo no sufre variaciones según sea el formato presencial o virtual, la premisa básica de la institución es que cada paciente se

encuentra inmerso en un sistema y de existir un cambio, éste afectará a la totalidad del mismo (Juan, 2006).

Continuando con el proceso de cada sesión, un apartado relevante refiere a las intervenciones y el modo en que se desarrollan de manera virtual. Dichas intervenciones se entienden en el sentido de un espacio de interacción donde se colabora para generar cambios (Kaplan & Petetta Goñi, 2019). Y en este apartado pudo observarse que existen diferencias sustanciales entre el funcionamiento del formato presencial y el formato virtual.

Micaela, respecto de ello, relata que la supervisora envía sugerencias al chat, en medio de la sesión, y luego otorga la libertad de aplicar dichas sugerencias o desestimarlas. A dicho método aluden Nadan et al. (2020), respecto a que, en la modalidad online, los terapeutas se comunican a través de mensajes de texto.

La terapeuta mencionada agrega que el hecho de recibir sugerencias de manera instantánea se relaciona a una mayor seguridad, gracias al apoyo por parte de un equipo detrás. Al respecto, Selvini Palazzoli (1990) sostiene que el equipo ofrece una visión de la situación con mayor perspectiva al no estar dialogando con el paciente en vivo.

A lo largo de la práctica se han presenciado intervenciones como el uso de paradojas (Wainstein, 2006), la sugestión y los consejos (Castro Solano, 2003), entre otras. Cada una de ellas pudo llevarse a cabo sin inconvenientes según los profesionales indagados al respecto, de manera similar al dispositivo en su formato presencial.

La coordinadora de la institución relata que las sesiones duran alrededor de una hora, y que aproximadamente a los 40 minutos de sesión, gracias a una herramienta de la aplicación virtual, se ubicará al paciente en una “sala de espera”. Esta sala hace que el paciente no pueda ver ni escuchar lo que se habla, sin necesidad de desconectarse a la aplicación. La intención es que esto se aproveche para que el terapeuta y el equipo se comuniquen, a fin de debatir el caso y poder establecer una devolución final para el paciente.

Durante el transcurso de la práctica, se pudo observar que no existe un tiempo determinado para el proceso de debate del caso, razón por la cual Camila, una de las entrevistadas, comenta que *“sería bueno tener regulado el tema del tiempo, es necesario*

reducir la espera mientras el paciente permanece ubicado en sala de espera, por esta razón, resultaría útil establecer los momentos de la terapia”.

Finalmente, se repite el proceso inicial, donde el equipo debe apagar las cámaras y silenciar sus micrófonos, a fin de que el paciente reingrese a la sesión con su terapeuta. Cuando el paciente reingresa, se le otorgará una devolución y, de considerarse necesario, podrá ingresar un integrante del equipo o el supervisor, a fin de sumar otra intervención, de manera que el paciente podrá recibir distintas opiniones (Martínez, 2004).

Con respecto a los pacientes y su adaptación al formato virtual, se ha indagado a los terapeutas del centro acerca de si éstos sufrieron incomodidades por atenderse de este modo. Micaela, respecto de la inhibición de los pacientes, cuenta que *“se olvidan de que los están observando y, por ende, esto no interfiere en la sesión, nunca escuche a nadie quejarse”*. Algo que refuerza lo anterior, lo expresa la directora del centro: *“la adherencia al tratamiento es mayor que en el modelo presencial”*. Lo anterior coincide con lo expuesto por (Suler, 2004), en cuanto a la tendencia de los individuos a expresarse más intensamente virtualmente que en persona.

Luego de culminada la sesión, el equipo de terapeutas permanecerá conectado a la aplicación con el objetivo de establecer posibles intervenciones a futuro sobre el caso. Por lo cual, según lo observado existen tres momentos de interacción entre los integrantes del equipo, conformado por un supervisor, terapeutas y pasantes.

El primer momento se da antes del ingreso del paciente, el segundo durante la sesión, y el tercero luego de finalizada la misma. Cada uno de estos momentos es utilizado en pos de generar cambios que sean útiles para el paciente (Kaplan & Petetta Goñi, 2019).

Un apartado que merece atención es el de la seguridad y confidencialidad a la hora de trabajar a través de internet. Considerando que tanto terapeutas como pacientes utilizan sus dispositivos móviles como medio para conectarse a la aplicación Zoom, es necesario tener en cuenta que éstos representan un posible riesgo a la confidencialidad del cliente (Rousmaniere, 2014).

Si bien no surge de las entrevistas ni de lo observado material que se relacione a infracciones a la privacidad de los pacientes, lo cierto es que autores como (Martin et al., 2020) recomiendan el cifrado de teléfonos celulares y comunicarle al paciente de los riesgos existentes. Al respecto, la directora de la institución expresa que *“la tecnología seguirá avanzando y tendremos mejores opciones”*. En relación a esto, es factible el

optimismo a futuro, ya que las medidas de seguridad que solucionan el riesgo de divulgar información confidencial del paciente evolucionan a la par de aquellas amenazas que puedan existir (Rochlen, et al., 2004). Por ende, es aconsejable que los psicólogos estén al tanto de estas medidas (Martin et al., 2020).

A lo largo de este apartado, se buscó describir el funcionamiento del dispositivo de cámara gesell en su formato virtual y las adaptaciones que se realizaron para que el mismo funcione correctamente. En lo que sigue, se detallarán las ventajas que ofrece.

5.2 Ventajas del dispositivo de Cámara Gesell online en un centro con orientación sistémica respecto de la cámara Gesell presencial en dicho centro para la directora y los terapeutas del mismo

El formato virtual según lo observado tiene como ventaja o beneficio fundamental el hecho de brindar la posibilidad de atender pacientes en un contexto de aislamiento social a raíz de la pandemia por COVID-19 (Békés & Doorn, 2020).

Esto se da a consecuencia de no requerir un encuentro en un lugar físico común entre el equipo de terapeutas y el paciente. La directora de la institución cuenta que actualmente, pese al confinamiento, puede atender pacientes de diferentes ciudades e incluso ubicados en diversos países, de manera virtual. Y amplía *“el horizonte ahora es mucho mayor”*. Esta característica del formato online se condice con lo dicho por Borcsa & Pomini (2017) quienes aluden a la opción de atender personas que viven en diferentes países.

El evitar acudir al centro para llevar a cabo la terapia, genera a su vez otras ventajas, como el hecho de disponer de mayor tiempo, a raíz de no requerir viajar hasta el lugar de atención (Wood et al., 2005). Micaela, expresa que *“el tiempo que se ahorra es considerable, en el formato virtual, solo necesito encender la computadora para entrar a una sesión, en cambio, en el formato presencial necesitaba viajar más de una hora para llegar hasta la institución”*.

El ahorro de tiempo trae otras consecuencias positivas, por ejemplo, con el formato virtual los terapeutas pueden atender a una mayor cantidad de pacientes. Dana, comenta que *“actualmente al evitar los viajes tenemos mayor tiempo disponible y nos facilita el poder observar más sesiones por día, el tiempo que antes perdíamos en el*

colectivo ahora lo utilizamos para atender". De modo que el uso del dispositivo virtual favorece una optimización de recursos (Proaño & Porras, 2020).

De esto mismo se benefician los pacientes, ya que al igual que los terapeutas, solo necesitan conectarse a través de un dispositivo con conexión a internet, cámara y micrófono, como una computadora o un celular (Distéfano et al., 2015). Es por ello que, en el formato virtual, la adherencia al tratamiento resulta superior en comparación con la versión presencial, ya que, como cuenta la directora de la institución *"muchos de los pacientes que atendíamos presencialmente venían de zonas lejanas, por lo cual luego de algunas sesiones se cansaban de viajar y abandonaban tratamientos que requerían de una mayor cantidad de sesiones"*. En sintonía con lo anterior, Camila, añade que en el formato virtual no hay ausentismo *"es prácticamente nulo, a mi entender, debido a que los pacientes no pueden utilizar la excusa de no poder llegar, muy habitual en el formato presencial"*.

La mayor flexibilidad de parte de los terapeutas, hace que la institución cuente con una mayor cantidad de ellos disponible para observar los casos, si se lo compara con el formato presencial (Wood et al., 2005). La directora alude a lo anterior expresando que *"gracias a esta herramienta el equipo se reúne con mucha mayor asiduidad que en forma presencial"*. Aquello genera otro beneficio para el paciente, ya que en esta modalidad es observado por más terapeutas en comparación con el formato presencial.

Todo lo mencionado favorece que los tratamientos sean más breves en el formato virtual, ya que, en palabras de la coordinadora *"existe un mayor control social que hace que se lleve adelante el modelo de una forma más óptima en comparación a cuando se trabaja presencialmente y contamos con menos terapeutas a disposición"*. Y, por consiguiente, el tratamiento se lleva a cabo de manera más eficiente gracias a lograr ubicar el énfasis en la solución del problema del paciente (Fisch et al., 1988). Que los tratamientos sean más breves se condice con lo expuesto por De Shazer (1986), el cual refiere que gracias a esto el terapeuta puede ver a más clientes.

En lo que respecta a la forma de intervenir, existe una diferencia clara entre ambos formatos. Por un lado, en el formato presencial las intervenciones interrumpen la sesión, ya que suele golpearse la puerta del consultorio en medio de la misma, a fin de que el terapeuta salga de la habitación para que el supervisor y el equipo le realicen sugerencias pertinentes al caso. Otra opción habitual es la comunicación mediante un llamado

telefónico (Haley & Valcárcel, 1997). Paula, comenta sobre esta cuestión que *“en el formato presencial se perdía la fluidez de la sesión al llamar por teléfono o hacer salir de la sala al terapeuta”*. Sin embargo, la adaptación al formato virtual evita dicha cuestión, ya que los mensajes se reciben instantáneamente a través del chat que ofrece la aplicación “Zoom”. Esta característica se condice con lo planteado por Nadan et al. (2020) respecto de la forma en que se comunican los terapeutas en la modalidad online.

Según lo expresado por Micaela, la ayuda de parte del equipo funciona incluso mejor que de modo presencial, ya que resulta sumamente práctico recibir las intervenciones por mensajes instantáneos a través de un chat. La entrevistada agrega que el hecho de evitar que ingrese un supervisor o que se realice un llamado telefónico en medio de la sesión, la vuelve más fluida. Gracias a esta característica, no se corre el riesgo de perder la continuidad por las ausencias del terapeuta, y tampoco se interfiere el clima de la consulta (Ceberio, 2011). Por su parte, Camila cuenta que, a raíz del uso del chat, no se siente sola durante la sesión, ya que en el formato presencial es necesario esperar a que pase un tiempo para poder conversar con el equipo, o esperar a que suene el teléfono (Castillo, 2007). En cambio, la adaptación virtual les permite a los supervisores enviar sugerencias durante el transcurso de la sesión, sin que el paciente se entere de ello. Micaela añade sobre este punto que *“ya no es necesario que te llamen por teléfono o te golpeen la puerta, ahora te escriben al chat, un lo ve y decide el momento para utilizar la sugerencia, sin interrumpir la sesión, esto es más práctico y ordenado”*. Esto se condice con lo planteado por Nadan et al. (2020) en cuanto a la mayor autonomía del terapeuta a la hora de aplicar las intervenciones en el formato virtual.

Al poder observar una mayor cantidad de pacientes por día y contar con más terapeutas conectados en simultáneo, el aprendizaje obtenido es superior si se lo compara con el formato presencial, según los dichos de los entrevistados. Dana relata que trabajar de este modo resulta una fuente de aprendizaje enorme. Ella es una de las nuevas terapeutas de la institución y su primer paciente lo atendió a través de la aplicación “Zoom”, mediante el dispositivo de cámara gesell online. Expresa que *“cuando te recibís no sabes mucho acerca de clínica, es difícil llevar un modelo a la práctica, por más que lo sepas teóricamente, por eso esta herramienta es fundamental para aprender y corregir errores”*, tal lo expuesto por Kaplan & Petetta Goñi (2019) en relación a la fuente de aprendizaje que significa utilizar este dispositivo como herramienta para aplicar a una terapia.

En relación a la mayor autonomía con la que cuenta el terapeuta en la modalidad virtual, se trata de explicar que en este caso responde exclusivamente al hecho de aplicar las sugerencias que los terapeutas reciben a través de un chat. El término no debe confundirse con la posible inhibición que pueden sufrir algunos terapeutas y el consiguiente rechazo a trabajar a través del dispositivo de cámara gesell, al cual referían Minuchin & Fishman (2004).

El uso de TICs también es aprovechado por las terapeutas del centro para mantenerse al tanto de cada caso, ya que, a través de aplicaciones como WhatsApp, crearon un grupo para estar conectadas e ir actualizando información relevante a cada caso. Esto refiere a una comunicación asincrónica por parte de los terapeutas (De Souza Barbeiro & Dos Reis, 2018).

De lo observado durante la práctica se extrajo que la orientación que utiliza el centro facilita utilizar el dispositivo de cámara gesell en formato virtual, debido a que la misma obedece a una teoría estructurada, a diferencia de enfoques que enfatizan sobre la dinámica interpersonal de la interacción cara a cara, los cuales se ven más perjudicados para trabajar de este modo (Rochlen et al., 2004).

Existen patologías especialmente apropiadas para ser tratadas mediante esta modalidad. Pacientes que padezcan tanto agorafobia como fobia social se ven beneficiados de tener a disposición dispositivos como la cámara gesell (Mercader, 2001). El evitar viajar hasta el lugar de atención es ventajoso para este tipo de pacientes (Christoforou et al., 2017), en palabras de la directora de la institución *“actualmente tratamos pacientes que de otra manera no acudirían a nuestro centro, debido a la patología que padecen”*.

En lo que respecta a los costos de llevar a cabo una terapia a través del dispositivo de cámara gesell online, los beneficios son elocuentes. Según los dichos de la directora de la institución, el ahorro en servicios es sustancial. Al no requerir utilizar el edificio de la misma, se redujeron de manera abrupta el gasto en luz, agua y gas. De igual forma, los terapeutas que asisten al centro comentan que el evitar viajes en transporte público les hace ahorrar una cantidad nada despreciable de dinero, lo cual coincide con lo sugerido por Békés & Doorn (2020).

Actualmente, solo se necesita una computadora o dispositivo con la capacidad de conexión a internet para llevar adelante una terapia de este tipo, lo cual es discordante

con lo expuesto por Distéfano et al. (2015) acerca de los costos excesivos que trae aparejado el uso de tecnología. Décadas atrás, sin la herramienta esencial de internet a disposición, hubiera resultado imposible implementar una terapia de este tipo debido a la falta de infraestructura necesaria para contar con el servicio (Wood et al., 2005).

En lo que concierne a la percepción de la institución acerca de la preferencia o no por este dispositivo virtual para los pacientes, la coordinadora puntualiza que muy pocos de ellos tienen una preferencia hacia el formato presencial por sobre el virtual.

A lo largo de este apartado se esbozaron las principales ventajas del dispositivo de cámara gesell online, las mismas hacen que la directora de la institución se plantee continuar trabajando de este modo una vez finalizado el confinamiento obligatorio a raíz de COVID-19. En sus dichos *“tengo muchas expectativas a futuro con esta herramienta, si bien por ahora seguimos manteniendo el espacio físico, sinceramente no dejo de cuestionármelo”*.

En este apartado se esbozaron las principales ventajas del uso del formato virtual, en comparación al presencial, se detallaron nociones técnicas referidas a la capacidad del software que utiliza la institución para llevar a cabo el dispositivo y se describieron características y sensaciones aportadas por cada una de las profesionales entrevistadas acerca de las características que pueden considerarse superiores en relación al mismo dispositivo en su formato presencial.

5.3 Limitaciones del dispositivo de Cámara Gesell online en un centro con orientación sistémica respecto de la cámara Gesell presencial en dicho centro para la directora y los terapeutas del mismo

Al igual que al comienzo del apartado anterior, lo primero a destacar es que, así como anteriormente se expresó que el uso de internet posibilita la atención de manera virtual, también se añade que el funcionamiento del dispositivo y, por ende, de la terapia en sí, depende exclusivamente de la conexión a internet para poder llevarse a cabo. La directora de la institución es tajante al respecto de ello *“poder realizar la terapia depende totalmente de la conexión, si esta es mala o no funciona no hay posibilidad, dependemos del proveedor de internet”*.

Se comprobó durante la práctica que los profesionales del centro utilizan una de las estrategias planteadas por Rousmaniere (2014) como método para evitar tener una mala conexión. En ocasiones, los profesionales del centro deciden cerrar aquellos programas que se ejecutan en segundo plano en sus computadoras, a fin de obtener un mayor ancho de banda disponible. Esto se condice con lo planteado por Wood et al. (2005) referido al aspecto técnico que influye en la calidad de transmisión de video.

Sobre el punto anterior es necesario profundizar que, en los casos en que existe mala conexión, si bien es cierto que las partes pueden establecer una comunicación, no debe olvidarse que un profesional de la psicología necesita poder observar cada detalle y signo que pueda exhibir su paciente, como movimientos o expresiones faciales finas (Wood et al., 2005), las cuales aportan información valiosa para el terapeuta.

A los movimientos que se pierden por una conexión defectuosa, se suma lo dicho por Paula, quien manifestó en una de las entrevistas que *“en cámara gesell online no vemos si el paciente mueve la pierna y se encuentra nervioso, o si tiene algún tic de alguna parte del cuerpo que no se ve en la cámara”*. Sucede que, pudo comprobarse que no se observa el cuerpo completo del paciente mientras transcurre la sesión, ya que, al estar sentado frente a una computadora, tableta o teléfono celular, la cámara no alcanza a captar todo su cuerpo.

Esto mismo ocurre con el terapeuta, aunque en este caso no es relevante para la terapia. De todas maneras, de la observación se deduce que aquello se vincula mayormente a una falencia de parte de los propios terapeutas más que a una limitación de la tecnología. Esto podría resolverse de manera simple, ya que bien podría pedírseles a los pacientes que ubiquen la cámara de manera tal que la totalidad de su cuerpo se exhiba, según las observaciones llevadas a cabo.

La mala conexión genera otros inconvenientes a raíz de las fluctuaciones en la calidad de la misma durante el transcurso de una sesión terapéutica (Békés & Doorn, 2020). Se observó al respecto que en ocasiones el paciente se encuentra relatando alguno de sus problemas y el servicio se cae, lo cual interrumpe el clima de la sesión. Dana, consideró sobre esto que *“en varias oportunidades el paciente se encuentra relatando algo importante y necesito pedirle que lo repita porque la conexión se cortó por unos segundos y no pude escuchar la frase completa”*.

Se presenciaron momentos en los cuales un paciente lloraba y el servicio de internet se caía, lo cual resultó muy incómodo tanto para él como para el terapeuta. Micaela en relación a lo anterior relató que *“los errores técnicos de internet dificultan la sesión, ya que en aquellos momentos donde ocurren, no se puede seguir un hilo de conversación con el paciente”*.

Cuando la comunicación a través de internet no puede llevarse a cabo a raíz de los problemas técnicos mencionados, el terapeuta recurre al uso del llamado telefónico como método para reemplazar la falencia del servicio. Es decir que se reemplaza un tipo de TIC como la video-llamada por otro como lo es el teléfono celular (Distéfano, 2015).

En el apartado anterior se describieron los beneficios que tiene el formato virtual respecto de las intervenciones instantáneas a través del chat, pero ¿qué sucede si el supervisor comete un error y envía la sugerencia de manera visible para el paciente? Este hecho se ha presenciado en más de una oportunidad.

Sucede que la aplicación que utiliza la institución para implementar el dispositivo de cámara gesell cuenta con la opción de enviar chats de forma privada, pero también de manera global, es decir, chats que son visibles para todas las personas presentes en la sesión, incluso el paciente que está siendo atendido en ese momento. Paula expresa su frustración en aquellos casos *“cuando eso ocurre, saca la magia de la sesión”*. Una situación como la planteada, podría romper el vínculo entre el terapeuta y el paciente, agregando otro factor congruente con el planteado por Soto-Pérez et al. (2010), quienes aluden a un menor vínculo en la modalidad virtual.

Lo anterior acontece a causa de una exigua formación tecnológica por parte de los terapeutas. Conforme lo advertido en la pasantía, se presenciaron en diferentes oportunidades situaciones como, por ejemplo, cámaras del equipo de profesionales que observan el caso que fueron encendidas por equivocación durante la sesión o micrófonos que se activaron por la misma razón.

Todo ello refuerza lo sugerido por Morón & Aguayo (2018) respecto de una escasa formación de los profesionales de la salud a la hora de utilizar TICs. Dana, concuerda en la entrevista con lo dicho: *“es necesario que la gente del equipo no se descuide. Ha sucedido que aparezca alguien con la cámara prendida, o un micrófono encendido, eso te corta el clima de la sesión”*.

Y esta poca formación no solo responde a los profesionales, ya que también los pacientes exhiben inconvenientes para utilizar la tecnología. La directora relata que *“algunos no saben utilizar la computadora o el celular para conectarse a la aplicación, no entienden cómo hacerlo y entonces la terapia no puede realizarse”*. Tal lo expuesto por Mancuso (2019), existe una brecha digital que deja fuera de la posibilidad de acceder a dispositivos como éste a una parte de la población, al no contar con lo necesario para establecer una conexión a internet o no tener a disposición los elementos necesarios.

Respecto de las intervenciones, puede profundizarse sobre otros aspectos que atañen a circunstancias que generan inconvenientes. Por caso, Dana, detalla que *“puede ser confuso a veces recibir intervenciones de manera instantánea, ya que se hace necesario focalizar la atención en dos lugares, el paciente y la intervención”*. La terapeuta pone de relieve que *“el hecho de recibir tantas sugerencias vía chat hace que puedas relajarte y descansar en el equipo, y eso hace que pierdas cierta autonomía, corres el riesgo de transformarte en un títere”*. Al respecto, Micaela expresa que *“a veces me sucede que no entiendo lo que me dicen por chat”*. Asimismo, agrega que en la intervención presencial el hecho de que pueda ingresar un supervisor a la sala generaba un impacto en el paciente, y dicha situación en la adaptación al formato virtual se perdió. Lo expuesto refleja una de las principales diferencias que conlleva utilizar el dispositivo de Cámara Gesell en un formato virtual, ya que, como detallan Lebensohn-Chialvo & Kogan (2019), en el formato presencial los modos de comunicarse entre el supervisor y el terapeuta difieren radicalmente, por caso, es frecuente el uso de un auricular en la oreja, llamar al terapeuta fuera de la sala o el ingreso del supervisor en la sala.

La directora de la institución refleja la importancia del saludo al paciente en el formato presencial, o un abrazo en el momento indicado, situaciones que a distancia no se pueden llevar adelante, lo cual produce un detrimento en la relación entre terapeuta y paciente. Esto contradice los estudios de Germain et al. (2010) que concluían que la relación terapéutica es comparable a las sesiones cara a cara.

Para contrarrestar la pérdida de contacto cara a cara, Camila comenta que una posible solución sería realizar al menos una vez a la semana sesiones presenciales, para no perder el contacto, y el resto de los días realizar sesiones virtuales, las cuales resultan más prácticas. Tal lo dicho por Vaimberg Grillo (2020), pueden combinarse sesiones presenciales y virtuales.

Un aspecto destacado por diversas profesionales de la institución alude a la falta de un protocolo estricto a cumplir en el desarrollo de las sesiones. Esto puede deberse a lo novedoso del dispositivo virtual a raíz del confinamiento (De la Rosa et al., 2020) o simplemente a un descuido a tal aspecto por parte de la institución.

En oportunidades se escucharon comentarios referidos al tema, muchos de ellos marcaban la necesidad de elaborar reglas claras de cómo llevar a cabo una sesión. Las mismas se relacionan con establecer los tiempos de cada sesión, cuánto debía permanecer el paciente en la sala de espera de la aplicación, o con qué tiempo cuenta cada terapeuta para realizar una sugerencia cuando se debate el caso.

La coordinadora expresó que cuando el paciente permanece en sala de espera, lo ideal es que vuelva a reingresar en un máximo de diez minutos, pero en ocasiones pudo comprobarse que este lapso se extendió considerablemente. Es decir que lo más conveniente para solucionar tal falencia sería respetar lo esbozado por Daskal (2008), acerca de la precisión que se debe tener a la hora de dar instrucciones o sugerencias, considerando la brevedad como una virtud. Permanecer demasiado tiempo esperando puede incomodar al paciente. Al respecto se han escuchado comentarios de algunos de ellos como, por ejemplo, *“¿qué sucedió que demoraron tanto? ¿tantos problemas vieron en mí?”*.

Otra incomodidad compete a la falta de acudir al despacho del terapeuta. Si bien eso se estableció como una de las principales ventajas tanto para el paciente como para el terapeuta por la gran flexibilidad y el hecho de evitar largos viajes (Proaño & Porras, 2020), sucede que en algunas ocasiones el paciente no tiene un lugar en el cual se sienta cómodo para poder hablar con su terapeuta. Esto se debe a que muchos de ellos conviven con familiares o parejas, razón por la cual les cuesta encontrar momentos en los que estar a solas para expresarse con tranquilidad.

Se presenciaron interrupciones de familiares en diversas oportunidades que dan cuenta de lo anterior. Hijos, padres, parejas e incluso mascotas, pueden irrumpir en el sitio en el que el paciente se encuentra ubicado al momento de la sesión. Micaela afirma que *“si los pacientes no están solos no pueden hablar todo lo que quisieran. A veces les cuesta encontrar lugares y momentos”*.

Este aspecto acuerda con lo expuesto por Mancuso (2019), quien destaca la importancia de tener un lugar en el que se pueda conversar sin que nadie interrumpa. Lo

anterior marca una clara desventaja respecto del formato presencial, en el cual se cuenta con una sala especialmente acondicionada para el paciente.

En ocasiones, quienes sienten incomodidad por el dispositivo de cámara gesell, tanto en su versión presencial como en la virtual, son los propios terapeutas. La coordinadora del espacio, sugiere en la entrevista que algunos terapeutas se muestran reacios a participar en cámara virtual, mayormente por una cuestión de miedo a la mirada crítica por parte del equipo. Esto concuerda con lo dicho por Minuchin & Fishman (2004), quienes sostienen que algunos terapeutas podrían sentirse juzgados por sus supervisores. Esta oposición por parte de los terapeutas a utilizar el dispositivo de cámara gesell, también puede relacionarse a que el modelo sistémico es más estructurado que otros, razón por la cual algunos terapeutas pueden necesitar de una mayor autonomía. Esto resulta discordante con lo planteado por Haley (1996) sobre profesionales creativos y flexibles.

Y en lo que respecta a los pacientes, el hecho de sentirse observados por varios terapeutas ha generado comentarios negativos como *“mis problemas no son tan importantes para que haya un equipo viéndome, preferiría que no lo hicieran”*. En estos casos, se ve una discordancia con lo planteado por Suler (2004) a propósito de la posible desinhibición que experimentarían los individuos al estar ubicados en un lugar físico distinto al terapeuta.

Por otra parte, el hecho de que el dispositivo online favorezca que los terapeutas puedan presenciar con mayor frecuencia a los pacientes acarrea algunos problemas. Mientras el paciente permanece en sala de espera y todo el equipo intenta colaborar en pos de establecer la mejor estrategia a seguir, Micaela relata que *“al ser tantos terapeutas conectados al mismo tiempo, sucede que se vuelve muy prolongado el espacio de debate y es difícil resumir todo lo que se dijo”*.

Así como se describieron patologías convenientes a ser tratadas en la modalidad virtual, existen algunas que sería mejor evitar ser tratadas bajo este formato. Esto refiere a problemas surgidos en el uso de la terapia virtual en el manejo en situaciones de crisis en los pacientes (Morón & Aguayo, 2018). La directora de la institución es cautelosa respecto al uso de internet en estos casos; expresó en la entrevista que *“existen casos que requieren atención presencial, me refiero a aquellos que son graves, donde conviene tener al paciente cerca, por ejemplo, cuando hay riesgo de intento de suicidio”*.

Un método de prevenir esta cuestión, es el formulado por Vallejo y Jordán (2007) quienes elaboraron una serie de preguntas para evaluar la factibilidad del trabajo virtual. De todos modos, la coordinadora de la institución explica que los casos de gravedad probablemente no lleguen al espacio de cámara gesell virtual, ya que éstos pacientes suelen terminar directamente en un hospital o una guardia.

Acerca de los riesgos relacionados a vulnerabilidades propias de la tecnología respecto de los datos confidenciales del paciente, expuesto en el apartado 5.1, no han sido evidenciados durante la práctica en la institución.

Sin embargo, puede decirse que aquellos riesgos son inherentes al formato virtual, por ende, el paciente estará expuesto a posibles vulneraciones de su privacidad que en el formato presencial no existían.

Atrás quedaron aquellos tiempos donde en la cámara gesell presencial nadie podía entrometerse a la sala, debido al gran valor otorgado a la confidencialidad del paciente (Haley & Valcárcel, 1997), ya que la directora de la institución relata que en el formato presencial es habitual que un supervisor ingrese a la sala a fin de realizar alguna intervención. De todas maneras, como se expresó, esto no es comparable al riesgo del acceso a la información por parte de terceros que se toman cuando se trabaja de manera virtual, tal lo referido por Stamm (1999), el acceso a información confidencial del paciente constituye un riesgo grave cuando se utiliza el formato virtual.

El presente apartado ha intentado reflejar aquellas limitaciones propias del uso del dispositivo de cámara gesell en su formato virtual. Muchas de ellas refieren a cuestiones técnicas y desconocimientos por parte de los profesionales y los pacientes relacionados a la tecnología. Estos desconocimientos parecen ser propios del veloz crecimiento del cual es parte la misma y de la nula o escasa formación que existe respecto de su utilización.

6. Conclusiones

El presente Trabajo Final Integrador se llevó a cabo a partir de una práctica realizada en una institución de orientación sistémica, especializada en la atención de pacientes y la formación de terapeutas. La misma utilizó como dispositivo para llevar a cabo la terapia el uso de la cámara gesell online. A su vez, brindaron un espacio de formación que apuntó a profundizar aspectos y nociones del enfoque mencionado anteriormente.

El objetivo del trabajo fue analizar el funcionamiento y la adaptación de la cámara gesell desde un modelo presencial hacia uno virtual. Asimismo, se intentaron plasmar aquellas limitaciones y beneficios percibidas acerca del funcionamiento del instrumento a lo largo del curso de la práctica.

El interés hacia esta temática estuvo relacionado a la expectativa que genera a futuro la posibilidad de continuar utilizando la tecnología como herramienta al servicio de la salud mental.

En relación a los objetivos del presente trabajo final, se considera que han sido logrados debido a que se cumplió con el análisis del dispositivo citado, describiendo su funcionamiento y revisando sus principales ventajas y desventajas en comparación al instrumento en su versión presencial.

Se visualizaron sesiones terapéuticas a través del dispositivo de cámara gesell online a lo largo de cuatro meses. Aquellas se desarrollaron a través del uso de internet (Soto-Pérez et al., 2010) como soporte en el cual se desarrollaba la terapia. Dicha herramienta posibilitó que en un contexto de confinamiento (Békés & Doorn, 2020) se pueda llevar a cabo de manera virtual la atención de pacientes. A partir de lo anterior fue posible analizar y describir tanto los beneficios como las limitaciones que proporciona llevar a la práctica una terapia bajo estas circunstancias.

Lo primero que se puede esbozar en relación al dispositivo de cámara gesell online es que, a pesar de haber sido puesto en práctica a prueba y error debido a una necesidad excepcional, ha resultado propicio para la atención de pacientes según lo expresado por la directora de la institución. Una muestra que sustenta lo anterior es la expectativa a futuro que tiene la misma acerca de la continuación del uso de dicho dispositivo. De igual modo, los terapeutas han quedado satisfechos con la utilización de esta adaptación de la cámara gesell. Lo observado va en línea con lo expresado por cada uno de ellos.

En síntesis, puede enunciarse que, a raíz del confinamiento instaurado a causa de la pandemia, la tecnología ha actuado a modo de solución y ha permitido que los psicólogos continúen desarrollando su trabajo (De la Rosa et al., 2020). Gracias al uso de diversas TICs no se interrumpió el tratamiento de los pacientes que visitaban la institución del barrio de Belgrano.

6.1 Síntesis del Desarrollo

La aplicación que utilizó la institución para desarrollar la terapia se denomina “Zoom” (Nadan et al., 2020), y las características que ofrece fueron consideradas positivamente por los profesionales de la institución.

La institución pudo adaptar el dispositivo valiéndose de herramientas propias de la aplicación mencionada, como, por ejemplo, la grabación en video de las sesiones (Baños et al., 1990) y la posibilidad de que el equipo de terapeutas apague sus cámaras y silencie sus micrófonos (Nadan et al., 2020).

Entre las principales ventajas del uso del instrumento virtual pueden destacarse la ampliación del horizonte de pacientes que pueden ser atendidos mediante este formato, incluyendo personas que residen en diversos países (Borcsa & Pomini, 2017); mayor disponibilidad de tiempo tanto para los terapeutas como para los pacientes al no requerir viajar hasta un sitio en común (Wood et al., 2005); intervenciones instantáneas a través de un chat que evitan interrumpir la sesión y generan una mayor fluidez en la misma (Nadan et al., 2020); y una mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes al evitar largos viajes (Distéfano et al., 2015).

Fruto de lo anterior la directora de la institución tanto como los terapeutas que se desempeñan en la misma, destacan la gran expectativa a futuro acerca del uso del dispositivo virtual. Aquello lo sintetizan expresando que, como mínimo, debería utilizarse en combinación con el formato presencial (Vaimberg Grillo, 2020).

Respecto de las desventajas de utilizar el instrumento analizado, la principal responde a un actor externo que juega un papel fundamental para implementarlo, el proveedor de internet (Békés & Doorn, 2020). De aquel dependerá que pueda llevarse a cabo o no la terapia.

Si dicha limitación fuera superada, relucirán otras limitaciones que pueden dividirse en tres apartados: aquellas que son propias del dispositivo virtual; aquellas relacionadas a los terapeutas, y, finalmente, las que responden a los pacientes. En lo que refiere a las desventajas propias del instrumento, la pérdida del contacto cara a cara constituye la principal limitación (Soto-Pérez et al., 2010).

Puede agregarse como falencia el hecho de exponer al paciente a posibles vulnerabilidades de información sensible de cada uno de ellos (Rochlen et al., 2004), a raíz del almacenamiento de información en la red. Asimismo, existen pacientes que será mejor tratarlos presencialmente, ya que, en la virtualidad, el terapeuta pierde la capacidad

de controlar situaciones riesgosas, como, por ejemplo, intentos de suicidio (Morón & Aguayo, 2018).

En cuanto a las limitaciones relacionadas a los terapeutas al utilizar este formato, se ha observado que existe escasa formación en el uso de tecnología (Morón & Aguayo, 2018), lo cual dificulta llevar a cabo las sesiones de manera óptima.

Por otra parte, algunos profesionales no aceptan trabajar bajo este dispositivo, por sentirse evaluados o juzgados (Minuchin & Fishman, 2004). Se constató que lo anterior sucede tanto en el formato presencial como en el virtual, ya que en ambos existe un equipo y un supervisor presenciando el trabajo del terapeuta (Kaplan & Petetta Goñi, 2019).

Las entrevistas realizadas arrojaron la inquietud acerca de la falta de un protocolo estricto para desarrollar la terapia en forma virtual. Se observó que no existe una clara delimitación de los momentos de la terapia y aquello genera posibles molestias en los pacientes, relacionadas al tiempo de espera en el momento previo a la devolución final.

Se ha decidido ubicar dentro de las limitaciones de los terapeutas al trabajar mediante este dispositivo la ausencia de señales no verbales (Cook & Doyle, 2002). El motivo por el cual no se considera una falencia propia del formato responde a que, podría pedírseles a los pacientes que se ubiquen de manera tal que la cámara capte la totalidad de su cuerpo.

En lo que respecta a los pacientes, también carecen de la formación necesaria para utilizar dispositivos como teléfonos celulares o computadoras, a su vez, algunos de ellos desconocen el funcionamiento de la aplicación utilizada para efectuar la terapia. A lo anterior se agrega que en ocasiones no cuentan con un lugar privado para contar sus problemas con tranquilidad (Mancuso, 2019).

La limitación a la que aludían Soto-Pérez et al. (2010) relacionada a una disminución del vínculo entre terapeuta y paciente, fue desmentida por los profesionales de la institución, y ello refuerza los estudios de Germain et al. (2010) sobre el mismo tema. De igual modo, se ha desmentido por los profesionales el fracaso en construir una alianza terapéutica con los pacientes (Békés & Doorn, 2020).

6.2 Limitaciones

En cuanto a las limitaciones propias del presente informe, pueden señalarse diferentes cuestiones. Se halló cierta dificultad en encontrar material bibliográfico específico al funcionamiento de la adaptación de la cámara gesell en un formato virtual.

Si bien se logró ubicar un cuantioso material referente a terapias virtuales, existe escasez de artículos relacionados a adaptaciones de la cámara gesell. Se considera que lo anterior responde a lo novedoso del mismo debido a la pandemia por COVID-19.

A su vez, algunas de las afirmaciones realizadas en el trabajo no se han podido corroborar durante el transcurrir de la práctica y solo se han analizado de manera teórica. Ejemplo de ello son los casos de crisis en los que sería conveniente utilizar el formato presencial, o el posible beneficio de combinar sesiones presenciales y virtuales.

De igual modo, de lo extraído en las entrevistas no puede arribarse a una conclusión certera que afirme que las intervenciones a través del chat resultan un beneficio por evitar interrumpir la sesión, ya que en varios casos los terapeutas describen que éstas se vuelven confusas al requerir dividir la atención entre el diálogo con el paciente y la sugerencia recibida en simultáneo. Asimismo, no se hallaron estudios que demuestren la eficacia de tal adaptación del dispositivo.

6.3 Aporte personal y perspectiva crítica

De lo observado se sugiere que el conjunto de profesionales que desarrollan terapias bajo un formato virtual cuenten con una adecuada formación en la aplicación utilizada como medio para desarrollarla, lo cual evitaría cometer errores ante los pacientes.

A su vez, se propone que, de continuarse trabajando de manera online, sería oportuno un trabajo interdisciplinario entre profesionales del ámbito de la salud mental y de la informática, a fin de desarrollar softwares específicamente creados para llevar a cabo terapias de manera online.

De igual modo, se considera oportuno el desarrollo de un protocolo que sirva a modo de guía para los terapeutas. A lo largo de la práctica se reparó en lo esencial de delimitar los tiempos de la terapia y esto podría establecerse de forma predeterminada.

Asimismo, el trabajar de manera online permite reducir costos que podrían destinarse a resolver o disminuir las fallas de conexión habituales. Se considera indispensable que cada profesional cuente con un dispositivo en condiciones óptimas para llevar a cabo la terapia, así como la mejor conexión a internet disponible.

Por otra parte, de la presente elaboración surgen preguntas relativas a la efectividad del modelo sistémico aplicado a través de internet respecto del mismo en su formato presencial, por lo incipiente de su uso y la falta de estudios al respecto. Otras inquietudes pueden resumirse en las siguientes preguntas: ¿es el formato virtual realmente

superior al presencial, o solo más cómodo y práctico? ¿se podría establecer un orden de preferencias para determinar qué formato cuenta con las características más adecuadas para funcionar como dispositivo terapéutico? Por ejemplo, ¿es más relevante el hecho de evitar largos viajes hasta el despacho del terapeuta o la pérdida de contacto cara a cara por no utilizar el formato presencial?

Cuando el supervisor enciende su cámara para realizar una intervención en el formato virtual ¿éstas tienen el mismo impacto que las producidas presencialmente cuando aquel ingresa a la sala? ¿el formato virtual genera una mayor autonomía en los terapeutas al decidir aplicar las sugerencias que reciben por chat con libertad? O, por el contrario ¿lo práctico de dicho sistema hace que los terapeutas pierdan autonomía y recurran desmesuradamente a la ayuda que reciben por mensajes instantáneos?

A su vez, ¿el terapeuta puede prescindir de observar el lenguaje no verbal? ¿puede prescindir del contacto cara a cara con el paciente? O ¿Qué sucedería en el caso que fuera vulnerada información sensible del mismo?

En cuanto a las futuras líneas de investigación, sería de utilidad realizar un estudio que indague desde la perspectiva del paciente aquellas diferencias, beneficios o limitaciones que observen acerca del funcionamiento del formato virtual, respecto del presencial.

En lo que respecta a los profesionales, se considera útil elaborar un estudio que analice desde su mirada la efectividad del formato virtual para el tratamiento de diferentes patologías.

De igual modo, sería oportuno elaborar estudios que analicen el funcionamiento combinado entre ambos formatos, es decir, el tratamiento de pacientes de manera virtual y presencial, intentando así aprovechar todos los beneficios de cada formato.

Finalmente, a modo de cierre, queda resonando aquella frase mencionada por la directora de la institución visitada, la cual aludía al replanteamiento acerca de la necesidad de contar con un espacio físico, luego de probar el desarrollo de la terapia de manera virtual. Lo anterior, sumado al avance constante de la tecnología (Botella et al., 2007) y las posibilidades que ofrecen, hacen pensar que su utilización será cada vez más frecuente en el ámbito de la psicología.

7. Referencias bibliográficas:

Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family process*, 26(4), 415-428.

- Arbona, C. B., García-Palacios, A., & Baños, R. M. (2007). *Realidad virtual y tratamientos psicológicos*. Valencia: Editorial Médica.
- Assi, G., & Thieme, A. L. (2019). Desafios na psicoterapia online: reflexões a partir de um relato de caso de uma paciente com ansiedade. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, *10*(2), 267-279.
- Békés, V., & Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, *30*(2), 238-247. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000214>
- 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., Rivera, R. M. B., Palacios, A. G., Quero, S., Guillén, V., & Marco, H. J. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *UOC Papers: revista sobre la societat del coneixement*, *4*, <https://www.raco.cat/index.php/UOCPapers/article/view/58173>.
- Borcsa, M., & Pomini, V. (2017). Virtual relationships and systemic practices in the digital era. *Contemp Fam Ther (2017)* *39*, 239–248. doi: 10.1007/s10591-017-9446-6
- Brown, F. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*, *49*, 963-964.
- Camacho, J. (2006). Panorámica de la terapia sistémica. *Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo33.pdf>*.
- Castilla García, A., & Castilla San José, M. (2001). El consentimiento informado en psicoterapia. *Revista de la Asociación española de neuropsiquiatría*, (80), 23-35.
- Castillo, A. D. (2007). La supervisión en terapia familiar sistémica: mirar y ver y verse y volver a mirar. *Revista Trabajo Social*, (6) 123-140. Recuperado a partir de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistraso/article/view/20669>
- Ceberio MR (2011) “El equipo invisible. Uso del espejo unidireccional en terapia sistémica”. *Revista Asisco*, *6*, 55-76.
- Christoforou, M., Fonseca, J. A. S., & Tsakanikos, E. (2017). Two novel cognitive behavioral therapy-based mobile apps for agoraphobia: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, *19*(11), e398.
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, *5*(2), 95-105.

- Córdoba, Á. H. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Diversitas*, 3(2).
- Curtis, S. (2011). Tangible as tissue: Arnold Gesell, infant behavior, and film analysis. *Science in Context*, 24(3), 417-442. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0269889711000172>
- Daskal, A. M. (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 17(3), 215-224.
- De la Rosa, A., Moreyra, L. & De la Rosa, N. (2020). Intervenciones eficaces vía Internet para la salud emocional en adolescentes: Una propuesta ante la pandemia por COVID-19. *Hamut'ay*, 7 (2), 18-33. <http://dx.doi.org/10.21503/>
- De la Torre Martí, M., & Cebrián, R. P. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- De Souza Barbeiro, F., & dos Reis, M. E. B. T. (2018). Psicoterapia Online Novo Lugar Para A Clínica?. In *Congresso do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UEL* (pp. 36-40).
- De Shazer, S. (1986). Claves para la solución en terapia breve. Barcelona: Paidós.
- Distéfano, M. J., Mongelo, M. C., OConor, J., & Lamas, M. C. (2015). Psicoterapia y tecnología: implicancias y desafíos en la inserción de recursos innovadores en la práctica clínica argentina. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 18(4), 1342-1362.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1988). *La táctica del cambio*. Herder.
- García Martínez, F. E. G. (2013). *Terapia sistémica breve*. Fundamentos y aplicaciones. Santiago: RIL editores.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 29-35.
- Haley, J. (1996). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J., & Valcárcel, Z. J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Amorrortu editores.
- Herrera, E. C. U. (2016). Tecnología que evita la revictimización en niños, niñas y adolescentes: Cámara Gesell (technology that prevents re-victimization in children and adolescents: camera gesell). *Hamut'ay*, 2(2), 58-66.

- Ivankovich-Guillén, C. I., & Araya-Quesada, Y. (2011). Focus groups: técnica de investigación cualitativa en investigación de mercados. *Revista de Ciencias Económicas*, 29 (1) 545-554.
- Juan, L. C. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Alicante: Club Universitario.
- Kaplan, S., & Petetta Goñi, S. P. (2019). La cámara Gesell, una herramienta de entrenamiento para terapeutas sistémicos. In *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Lebensohn-Chialvo, F., & Kogan, A. (2019). Live supervision in couple and family therapy. In J. L. Lebow, A. L. Chambers & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of couple and family therapy* (pp. 1716–1719). Cham, Switzerland: Springer.
- López Baños, F., Manrique Solana, R., & Otero, S. (1990). Los sistemas observantes: conceptos, estrategias y entrenamiento en terapia familiar sistémica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 10(33), 203-220.
- Luque, L. E. (2009). Ciberterapia y realidad virtual en terapia psicológica. *Revista Psicología Científica.com*, 11(9). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/ciberterapia-realidad-virtual-psicologia>
- Mancuso, F. (2019). La terapia online: Innovazione e integrazione tecnologica nella pratica clinica. *Cognitivo clínico* 16 (2), 193-207. doi: 10.36131/COGNCL20190206
- Manfrida, G. (1999). Delante y detrás del espejo: niveles de observación en la terapia familiar. *Revista REDES*, (5).
- Martin, J. N., Millán, F., & Campbell, L. F. (2020). Telepsychology practice: Primer and first steps. *Practice Innovations*.
- Martínez, A. I. (2004). ¿Qué es la terapia colaborativa?. *Athenea Digital: revista de pensamiento e investigación social*, (5), 216-223.

- Mendonça, J. M. D. (2010). Margaret Mead, Bali e o Atlas do comportamento infantil: apontamentos sobre um estudo fotográfico. *Horizontes Antropológicos*, 16(34), 315-348.
- Mercader, A. B. (2001). Valoración y aplicación de la terapia psicológica vía internet. *Información psicológica*, (75), 65-71.
- Miguélez, M. M. (2011). El paradigma sistémico, la complejidad y la transdisciplinariedad como bases epistémicas de la investigación cualitativa. *REDHECS: Revista electrónica de humanidades, educación y comunicación social*, 6(11), 6-27.
- Minuchin, S., Fishman, H. C., & Etcheverry, J. L. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S., Lee, W. Y., & Simon, G. M. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Morejón, A. R., & Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. M. Garrido y J. García (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, 241-290.
- Morón, J. J. M., & Aguayo, L. V. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 107-113.
- Nadan, Y., Shachar, R., Cramer, D., Leshem, T., Levenbach, D., Rozen, R., & Cramer, S. (2020). Behind the (virtual) mirror: Online live supervision in couple and family therapy. *Family Process*.
- Nardone, G. (1997). Miedo, pánico, fobias. *La Terapia Breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1999). *Terapia Breve: Filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Pérez, S. J. P., Jiménez, E. P., & Carrascal, B. A. A. (2020). El ejercicio de la supervisión en los servicios de atención a familias. *Informes Psicológicos*, 20(2), 171-183.
- Proaño, G. M., & Porras, D. (2020). Las tecnologías de la información y comunicación en psicoterapia en COVID-19. *HAMUT'AY*, 7(2), 58-63.

- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. doi: <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Rigazio-DiGilio, S. A. (2014). Supervising couple and family therapy practitioners. *CE, Watkins, JrD. Milne, (Eds.), Wiley international handbook of clinical supervision*, 622-647.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 269-283.
- Rousmaniere, T. (2014). Using technology to enhance clinical supervision and training. *The Wiley international handbook of clinical supervision*, 204-237.
- Roussos, A. (2018). Cuando el diván no es el mismo. La irrupción de las tecnologías de información y comunicación (TIC) en la psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 20(3), 229-240.
- Ruiz, S. P., & Gabalda, I. C. (2015). El caso de Olivia: un ejemplo de aplicación de la Terapia Breve Estratégica. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 209-226.
- Salgado García, E. (2012). Muybridge y Gesell: Pioneros de los métodos de investigación visual en Psicología. *Revista Costarricense de Psicología*, 31(1-2), 191-210.
- Selvini Palazzoli (1990). En D. Kopec & J. Rabinovich, *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, pp. 15-20. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Solano, A. C. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (3), 59-90.
- Soto-Pérez, F., Franco Martín, M., Monardes Seemann, C., & Jiménez Gómez, F. (2010). Internet y Psicología Clínica: Revisión de las Ciber-terapias. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15 (1), 19-37.
- Stamm, B. H. (1999). Creating virtual community: Telehealth and self-care updated. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 179–208). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & behavior*, 7(3), 321-326.

- Vallejo, M.A. y Jordán, C.M. (2007). Psicoterapia a través de internet: Recursos tecnológicos en la práctica de la psicoterapia. *Boletín de Psicología*, 91 (2), 27-42.
- Vaimberg Grillo, R. (2020). Del diván, el grupo y el escenario a la pantalla. *La hoja de psicodrama*, 70, 50-59.
- Vega, R. Z. (1993). El enfoque sistémico en terapia familiar. *Revista de Psicología*, 11(2), 65-73.
- Wainstein, M. (1999). *Comunicación: un paradigma de la mente*. Editorial Universitaria de Buenos Aires, Facultad de psicología.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. JCE Ediciones. Buenos Aires.
- Watzlawick, P., & Nardone, G. (Eds.). (1997). *Terapia breve estratégica*. Cortina.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. A. U. L., & Bodin, A. (1974). Terapia breve: centrada en la resolución de problemas. *Family Process*, 13, 141-168.
- Wood, J.A.V., Miller, T.W. & Hargrove, D.S. (2005). Clinical supervision in rural settings: A telehealth model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 173-179.