

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

TITULO: UTILIZACION DE PSICOTERAPIA FAMILIAR ONLINE EN TIEMPOS
DE CUARENTENA

Alumna: Ariana Grosso Sheridan

Tutor: Gregorio Traverso

Buenos Aires, 9 de marzo de 2021

Índice

| | |
|--|-----------|
| 1. Introducción..... | 1 |
| 2. Objetivos..... | 2 |
| 2.1 Objetivo General..... | 2 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 2 |
| 3. Marco Teórico..... | 2 |
| 3.1 Generalidades del Modelo Sistémico..... | 2 |
| 3.1.1 Teoría General de los Sistemas..... | 3 |
| 3.1.2 Modelo de Mente de Bateson..... | 4 |
| 3.2 Terapia Sistémica, Estratégica y Breve..... | 5 |
| 3.3 Terapia Familiar..... | 7 |
| 3.3.1 Definición de Familia..... | 8 |
| 3.3.2 Terapia ‘Estratégica’ Familiar..... | 9 |
| 3.4 Primera Entrevista..... | 10 |
| 3.5 Técnicas de Intervención..... | 13 |
| 3.6 Psicoterapia Online..... | 16 |
| 3.6.1 Modelo Sistémico y Tele psicoterapia..... | 18 |
| 3.6.2 Beneficios y Limitaciones..... | 19 |
| 4. Metodología..... | 21 |
| 4.1 Tipo de estudio..... | 21 |
| 4.2 Participantes..... | 21 |
| 4.3 Instrumentos..... | 22 |
| 4.4 Procedimiento..... | 23 |
| 5. Desarrollo..... | 24 |
| 6. Conclusiones..... | 37 |
| 7. Referencias Bibliográficas..... | 41 |
| 8. Anexos..... | 45 |

1. INTRODUCCION

e El siguiente trabajo se basa en la actividad realizada en un centro de salud mental con orientación Sistémica, Estratégica y Breve en el marco de la práctica y habilitación profesional del periodo final de la licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. Esta se realizó durante el aislamiento obligatorio por COVID-19, debido a que el 11 de Marzo la Organización Mundial de la Salud ha declarado pandemia internacional, llevando a muchos profesionales de la salud mental a implementar alternativas de tratamiento, como es la psicoterapia online. La institución se ocupa del tratamiento psicoterapéutico en pacientes de manera individual, de pareja, familia, niños y terapia de grupo. A su vez realizan formación de profesionales en el modelo mencionado aplicando un Programa de Iniciación para Profesionales teórico y práctico con la utilización de una cámara gesell para todos aquellos profesionales que deseen trabajar en este enfoque o adquirir nuevas herramientas de trabajo sumando también a psiquiatras, profesionales de la salud y alumnos avanzados en la carrera.

La práctica profesional se organizó en dos días semanales: martes y viernes de 10:30 a 13hrs, se pudo acceder al contacto con los profesionales por modalidad online a través de un sistema de videollamadas en el cual se desarrollaron tareas de material bibliográfico vinculado con el modelo Sistémico, Breve y Estratégico tales como lectura de textos y realización de debates sobre el tema leído. También se trabajó con la observación de video grabaciones y material didáctico de los cursos online que se realizaron para la formación de terapeutas de este modelo, y como complemento se accedió a dos videos grabados de una primera entrevista realizada por la directora en la institución.

Lo interesante para decidir la realización de este trabajo fue que el mundo se vió afectado por la emergencia sanitaria derivada del COVID 19, siendo un problema de extrema preocupación internacional. El 11 de Marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró pandemia mundial, llevando a los profesionales de la salud mental a implementar alternativas de tratamiento, como es la psicoterapia online (Gutiérrez Mercado, 2020). El propósito de este trabajo es exponer las aportaciones realizadas por la modalidad online en la psicoterapia sistémica familiar, la primera entrevista, las intervenciones incluyendo las ventajas y desventajas que tiene la psicoterapia online. La práctica clínica ha cambiado desde el inicio de la pandemia, hay cosas que han surgido para quedarse, y una de ellas podría ser la psicoterapia online.

1. OBJETIVOS

2.1 General

Analizar el abordaje de la psicoterapia online del tipo familiar que realiza el equipo de profesionales de salud de un centro mental Sistémico, Estratégico y Breve durante el aislamiento obligatorio por COVID-19.

2.2 Específicos

1. Describir las características de la psicoterapia de familia y como es la primera entrevista con la modalidad online, que realizan los profesionales de salud de un centro mental Sistémico, Estratégico y Breve durante el aislamiento obligatorio por COVID-19.
2. Describir el tipo de técnicas de intervención del tipo familiar que realizan los profesionales de un centro mental Sistémico, Estratégico y Breve de manera online en relación a la presencial durante el aislamiento obligatorio por COVID-19.
3. Analizar las ventajas y obstáculos que encuentran los profesionales de un centro mental Sistémico, Estratégico y Breve en la psicoterapia online del tipo familiar en comparación con la práctica clínica presencial.

2. MARCO TEÓRICO

3.1 Generalidades de la Terapia Sistémica

La terapia sistémica ha estado desarrollándose desde hace más de 50 años, logrando consolidarse como una herramienta de trabajo terapéutico válido y útil en el abordaje familiar. Es considerada el marco conceptual más extendido en la terapia de familia comprendiendo campo conceptual característico, que no solo ha llamado la atención de los psicoterapeutas, sino también el de otros campos disciplinarios. Se distingue de otros modelos debido a su unidad de análisis, que no son sólo los individuos y sus características, sino sus sistemas (Viaplana et al., 2012).

En los años 50 los terapeutas de familias pudieron ubicar las conductas como manifestaciones y consecuencias de las relaciones interpersonales, por fuera del espacio intrapsíquico. La perspectiva sistémica contempla el todo y las partes centrando su interés

en las conexiones y la influencia entre ellas facilitando el estudio de la interacción y los efectos que se producen entre las personas. Se observa y piensa en términos de patrones conectados y no las partes por sí sola; destaca la influencia de la comunicación y la capacidad que tienen las palabras y los gestos para influir sobre las personas, sus conductas y creencias. Es por eso que las intervenciones en psicoterapia se basan en las formas de dialogar con el paciente y dependen de los objetivos buscados. La actividad del consultor no implica solo una manera de hacer cosas, sino un modo de pensarlas (Viaplana et al., 2012; Wainstein, 2006a).

La antigua concepción sobre terapeutas se identificaba como aquellos que sabían todo y que podían aconsejar. A diferencia de esto la idea de gerenciamiento surgió con los consultores que sabían qué y cómo preguntar, y los consultantes eran los que traían consigo sus respuestas. El sistema consultante está formado por los pacientes y el consultor quien debe ocuparse de la asistencia en general, de resolver situaciones y problemas. En el quehacer profesional, el modelo utiliza los principios de influencia sobre los individuos, participando dentro del sistema siendo parte del mismo y de sus propiedades emergentes. La manera correcta que el terapeuta intervenga en un sistema es formando parte de él (Wainstein, 2006a).

3.1.1 Teoría General de los Sistemas

La noción de sistemas ha sido vinculada con la teoría filosófica durante muchos años hasta que en el año 1968 fueron publicados sus primeros avances en la ciencia. Ludwing Von Bertalanffy escribió la *Teoría General de los Sistemas*, para poder universalizar una metodología que unifique distintas disciplinas (Wainstein, 2006a). Realizó un análisis sobre el *método analítico clásico* que supuso la posibilidad de resolver la entidad en partes (Ramirez, 1999). La condición de la interacción era un factor débil, de menor importancia para poder deslindar las partes. La segunda condición era que el comportamiento de estas partes fuera lineal por lo que la ecuación utilizada para estudiar las conductas tenía la misma forma que las que estudiaban los comportamientos de las partes. Para el autor, este tipo de condiciones no las cumplían los sistemas (Von Bertalanffy, 1986).

Como resultado, Von Bertalanffy propone la necesidad de una nueva metodología para reorientar el conocimiento, y abandonar el comportamiento de las partes por sí solas (Ramirez, 1999). Por lo contrario su visión propone el estudio en su *totalidad* en

fenómenos no descomponibles en partes, su organización e interacciones dinámicas para evitar que posean una complejidad organizada con existencia de interacciones fuertes entre las partes. Dicha concepción ha surgido en distintas ramas de la ciencia, ubicándola como una de las leyes generales de los sistemas (Von Bertalanffy, 1986).

La Teoría General de los Sistemas es una forma científica y sistemática de representación y aproximación a la realidad, que incluye a la vez, una orientación para la práctica del trabajo transdisciplinario (Cathalifaud & Osorio, 1998). Describe a un sistema como una entidad teórica compuesta por distintos elementos funcionales en interacción. Este comportamiento depende de la relación entre cada uno de los integrantes del grupo, más que por los individuos por sí solos. Estas interacciones favorecen la existencia de propiedades emergentes, y surgen como resultado de las relaciones activas específicas. Es por eso que el pensamiento sistémico contempla el todo para poder entender las partes, analiza la relación que mantiene unido a los elementos, el tipo de patrones de comportamientos surgen de la interacción a lo largo del tiempo y sus propias reglas de funcionamiento (Wainstein, 2006a). Hoy en día se ha convertido en una disciplina ampliamente divulgada, habiéndose convertido en el modelo predominante en los estudios de familia (Espinal, Gimeno Collado & González Sala, 2006; Von Bertalanffy, 1986).

3.1.2 Modelo de mente de Bateson

Es importante hacer referencia al modelo de mente de Bateson ya que presenta relaciones con el modelo mencionado (Wainstein, 2006b). Durante la década del 40, y bajo la influencia de las ideas Cibernéticas, Bateson se centró en la noción de información como vía central de la investigación de los modelos sociales y de interacción. Llegó a la conclusión que los sistemas tendían a buscar la homeostasis mediante la *retroalimentación* generando un circuito que trabajaba en un sistema central, pero que participaba de manera correctora en niveles internos que lograban la estabilidad (Daturi, 2015).

A partir de la década de los sesenta, reunió la Teoría General de los Sistemas con la Teoría de la Información y la Cibernética para centrar su idea de mente (Bateson, 1972). Halló la retroalimentación presentada en la actividad psíquica de los individuos sostenida mediante aprendizajes de distintos niveles cognitivos, perceptivos y emocionales. Estos

mecanismos, según su criterio, preservaban los conocimientos y proposiciones descriptivas del entorno social. La sociedad representaba el sistema central de los individuos, llevaba a cabo la fusión de las opiniones individuales y colectivas. En contraste con los modelos clásicos Bateson realizaba una descripción detallada de los criterios básicos de su modelo *mente* haciendo luz en su filosofía fundamental, entrecruzando con la psicología Gestáltica junto a la teoría de Von Bertalanffy (Daturi, 2015).

Bateson denominó *mente y procesos mentales* para referenciar a los sistemas y su composición en varias partes. Sostuvo a que una mente era un agregado de partes y formaba parte de una secuencia sistemática de componentes en interacción. No ocurría como algo aislado sino que los sucesos mentales implicaban sistemas y grados de complejidad. Esta interacción podía darse entre personas, persona y un objeto o bien uno mismo en un proceso reflexivo. Dicha interacción era desencadenada por una diferencia no sustancial, todo proceso era susceptible a la activación y a realizar comparaciones, ya sea una intervención instructiva de algo sobre algo, o bien la acentuación de la estructura del sistema. Sea cual fuere producían una interacción en todo el sistema. Además dichos procesos mentales requerían energía colateral y materia donde los seres humanos eran su fuente de energía. Toda aquella que le llegara a algún ser vivo o respuestas no provenientes de estímulos surgían de la actividad propia del sistema, de sus procesos metabólicos. También afirmaba que todo proceso mental, conjunto o grupo operante de acontecimientos poseía su adecuado proceso de causación circular, secuencias de causa y efectos remitiendo al estado inicial que confirmaban las causas anteriores en lugar de corregirlas. Esta circularidad se describía como un mecanismo de autorregulación y fue la base de los conceptos de mecanismo teleológicos expuestos en las conferencias cibernéticas. Otro criterio se vinculaba con las versiones codificadas de los sucesos que precedieron emparentadas con los efectos de los procesos de diferencias generando transformaciones. Es decir, la evolución de la comunicación de los humanos poseía, según su opinión, características de codificación en la comunicación siendo la base de transformación. Estas diferencias se propagaban en una red neuronal compleja de distintos niveles. Finalmente estas transformaciones se clasificaban y describían al igual que los sistemas con jerarquía y niveles de organización dentro de sus estructuras. Un sistema básico podía combinarse con otros sistemas básicos y de esta manera lograban

formar un ordenamiento más complejo. Estas comunicaciones entre niveles generaban paradojas lógicas (Bateson, 1972; Daturi, 2015 Wainstein, 2006b).

3.2 Terapia Sistémica, Estratégica y Breve

En el año 1966, Richard Fisch propuso investigar los cambios humanos en el Instituto de Investigaciones Mentales de Palo Alto. Junto a Watzlawick y Weakland, tomaron como referencia las técnicas de hipnosis realizadas por Milton Erikson, para poder sintetizar sus resultados vinculados a la comunicación y la terapia familiar. Sus resultados demostraron que era necesario modificar los propios pensamientos que hasta entonces se habían creído y practicado poniendo énfasis en el atravesamiento del lenguaje como elemento unificador de la comunicación humana y la psicoterapia interaccional. Sus investigaciones demarcaron otro postulado significativo en la psicoterapia familiar, vinculando al presente y la importancia del *aquí y ahora* descartando los procesos de contenidos que ocurrieron en el pasado de los sujetos (Nardone & Portelli, 2013; Watzlawick, Weakland & Fish, 1992). Desde ese entonces, la terapia Sistémica, Estratégica y Breve se ha desarrollado en los últimos 70 años, propagándose a través de modelos diferenciados y tendencias marcadas por ideas y formulaciones dependiendo la personalidad de los diferentes autores (Nardone & Portelli, 2013). Hoy en día se considera una combinación flexible de tres modelos terapéuticos, incluyendo los antecedentes del ‘Instituto de Investigaciones Mentales’ de Palo Alto, la Terapia Centrada en Soluciones y la Terapia Narrativa y forma parte del grupo de terapias de tercera generación (Beyebach, 2015).

Su particularidad se basa en la utilización de un conjunto de técnicas, procedimientos e intervenciones para asistir a los consultantes, utilizando sus propios recursos y motivación para lograr generar cambios en el menor tiempo posible (Beyebach, 2000). Se busca comprobar cambios dentro de un tiempo delimitado, de aproximadamente 10 sesiones (Fisch, Weakland & Segal, 1984). Se entiende que acortar la psicoterapia aumenta la eficacia de las técnicas empleadas y produce más rápidamente los beneficios terapéuticos (Beyebach, 2006). El desarrollo del tratamiento delimitado se dio debido a la presión de las necesidades de los pacientes y sus tiempos. La *terapia breve* enfoca las metas en generar una primera ayuda y alivio urgente sobre los temas que traen a la consulta, que en ocasiones no es el problema fundamental de la vida del paciente. Pero la brevedad para los terapeutas no es considerada una meta en sí misma, sino que se

trabaja considerando que la delimitación de los tiempos del tratamiento influye positivamente sobre las actitudes del paciente (Weakland et al., 2004). La función del terapeuta no consiste en reconocer déficits relacionales, ni enseñar habilidades sociales, sino que entienden que las personas que acuden a terapia tienen recursos necesarios para resolver sus dificultades, y su tarea es que ellos mismos puedan encontrar sus propias soluciones (Beyebach et al., 1997). La premisa fundamental de este tratamiento está inspirada en los orígenes básicos de la Terapia Sistémica, en donde las problemáticas que llegan al consultorio están siendo mantenidas por el comportamiento actual del paciente y de su sistema con el que interactúa. Se hace foco en las conductas observables, y su influencia, incluyendo aquellas perturbadas o desviadas que generan conflictos en el paciente. El terapeuta debe intentar lograr cambios menores, ya sean comportamientos o formas verbales en el sistema, para poder así, iniciar con las modificaciones progresivas (Weakland et al., 2004).

Se considera *estratégica* ya que el fin es lograr el cumplimiento de objetivos convenidos con el paciente. La tarea del consultante es poder focalizar las intervenciones de modo que se adecue a los medios y fines que se quieren lograr. Su eficacia en la selección de las estrategias será determinada por el modo más rápido y económico para el paciente (Wainstein, 2006a). Aramberri (2002) adhiere que su lado estratégico está dado debido a que se diseña un enfoque particular para cada grupo dentro de la sesión, pudiendo influir directamente en la familia, identificando los problemas, fijando metas, y diseñando intervenciones para alcanzar los cambios esperados. El consultor busca una nueva perspectiva y realidad, reestructurando la visión del grupo para poder generar cambios en sus conductas, emociones y calidad de vida. No solo se ocupa de la eliminación de síntomas, ni se detiene en buscar las causas de los conflictos, sino que se focaliza en detectar aquellas conductas que sostienen al problema en la interacción para encontrar soluciones de una manera rápida y eficaz (Ruiz Dávila, 2007). Finalmente, las intervenciones estratégicas se ocupan de la modificación de comportamientos, y se focalizan en la interrupción de ciclos que perpetúan los problemas. Se toma en cuenta que las soluciones implementadas hasta el momento no han funcionado, por ende el grupo familiar llega a la consulta sin saberlo, no solo con el problema sino también con la solución (Watzlawick & Nardone, 2000).

3.3 Terapia Familiar

Existen múltiples definiciones de familia. Por su parte, Minuchin y Fishman (1984) definen al sistema familiar como un grupo natural que a lo largo del tiempo ha generado pautas de relación, estableciendo funciones y comportamientos en los distintos miembros. Esta interacción es recíproca, y se encuentra generando cambios constantes entre el interior del sistema y el contexto social. Otros autores definen a la familia como un grupo de individuos interdependientes en conjunto organizados y en continua interacción. Poseen regulaciones a través de reglas implícitas y su dinamismo está, relacionado entre lo que ocurre por dentro y fuera del sistema (Espinal et al., 2006).

Dentro de sus clasificaciones se puede encontrar la familia tipo o ideal que se denomina *familia nuclear* o también llamada tradicional. Está compuesta por los padres juntos y sus respectivos hijos. Cuando se hace referencia a una del tipo *monoparental* está conformada por un solo progenitor, ya sea madre o padre, y su hijo. Las *familias extensas* incluyen uno o más miembros, ya sea abuelos, tíos o parientes viviendo en conjunto con los padres e hijos. También existen *familias compuestas* en la que habitan en una misma vivienda dos o más familias nucleares. Las *familias reconstituidas* se dan cuando existe la unión de una pareja y uno o ambos poseen hijos de la unión anterior. Las *familias anucleares* adquieren entidad cuando algún familiar, ya sea abuelos, tíos u otro debe hacerse cargo de los cuidados de un hijo (Villarreal Zegarra & Paz Jesús, 2015). Todo sistema familiar está compuesto por múltiples subsistemas en cuanto su capacidad lo permita. Los miembros se agrupan estableciendo límites, normas y relaciones que los diferencian y definen su interior de los otros. Reciben constante influencia de los otros logrando así la integración de todas las partes en el sistema general. Entre ellos se encuentra aquel compuesto por los padres y se denomina *conyugal*. El compuesto por los hijos se denomina *filial* o *fraterno*. Y si está compuesto por los padres y los hijos se lo conoce como *parental*. Cada una de estas formas posee tipos de interacción particular y entre ellas son diferentes (Rosell Puig & García, 2003; Villarreal Zegarra & Paz Jesús, 2015).

El modelo sistémico surgió al mismo tiempo que la terapia familiar, sin embargo, existen diferencias que no sostienen la identidad entre ambos (Viaplana et al., 2012). A partir de los años 50 un grupo de investigadores comenzó a trabajar de forma más sistematizada con las familias. Si bien este primer grupo propició el interés en el desarrollo de la terapia de familia, fue después de unos años cuando en el Mental Research Institute (MRI) se incorpora la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy y las

bases cibernéticas de Winer como la base teórica para este abordaje (Villarreal Zegarra & Paz Jesús, 2015). Tradicionalmente la terapia familiar ha puesto su foco en la conservación del sistema. Hoy en día se ha demostrado que aquellos grupos que permanecen abiertos a la incorporación de información lograrán generar un nuevo régimen de dinámica e interacción estableciendo así un estado de complejidad. Las familias no son estáticas, reciben demandas de cambio del interior y el exterior y cambian todo el tiempo. (Minuchin & Fishman, 1984).

Los estudios de familia dentro del enfoque sistémico se basan en el conocimiento integral de toda la familia considerándolo como un grupo con identidad y características propias y no solo en los rasgos personales de los integrantes ni sus particularidades estables o temporales (Espinal et al., 2006). Los consultores de familia deben tener presente la variedad de elementos y la complejidad que existe en cada grupo familiar, considerándolo único él y sus miembros, ya que la atención gira en torno a proveer protección, espacio y pertenencia para que los miembros trabajen en sus problemas (Villarreal Zegarra & Paz Jesús, 2015). La noción de *patrón interaccional* propone que todo comportamiento de algún miembro influye en los demás. No se trata de ubicar las causas de un problema sino que se piensa en circuitos circulares, donde las situaciones son recurrentes y forman parte del patrón interaccional. Las consecuencias influyen, a su vez, sobre las causas (Viaplana et al., 2012). Cuando aparecen las problemáticas familiares inciden directamente sobre el tipo de relaciones establecidas entre sus miembros. Las intervenciones en los tratamientos se ocupan de reconocer las normas que regulan las interacciones y sus reglas de jerarquización. A pesar de esto, en ocasiones dichas reglas las dificultan condicionando la tendencia del sistema a cambiar, la morfogénesis, en especial en aquellos grupos más cerrados, y con estructuras rígidas (Espinal et al., 2006).

3.3.1 Terapia ‘Estratégica’ Familiar

Jay Haley propone la ‘Terapia Estratégica Familiar’ en situaciones grupales incluyendo familiares y grupos de pares (Caballero, 2018). Este modelo propone instrucciones comunicativas e intervenciones que reorganizan los juegos de poder que existen dentro de los grupos familiares incluyendo sus dinámicas comunicacionales (Nardone & Portelli, 2009). El fin es la reconceptualización del problema como contrato entre todos los miembros para lograr así que la terapia resulte un éxito (Aramberri, 2002).

Las características de este modelo son 1) el problema como foco de intervención, ya que el síntoma es lo que se debe resolver. 2) Las unidades sociales sobre las que se interviene, es decir aquellas personas que aceptan el ‘contrato’, y que forman parte de una relación importante con el problema. 3) la identificación de las secuencias de interacción en hechos y comportamientos que dan información sobre lo que hay que modificar para poder crear nuevas secuencias y cambiar el sistema. 4) Identificación de las Incongruencias jerárquicas: ‘el triángulo perverso’ donde las secuencias rígidas y repetitivas de la organización y jerarquía del sistema a veces se encuentran mal configuradas por lo que se espera recuperarla de una manera clara y coherente. 5) El síntoma como metáfora incluye una dimensión analógica siendo un estilo de conducta y la vez una metáfora sobre el problema actual. 6) Las directivas como herramienta principal de trabajo para provocar un cambio visible en sesión, intensificando la relación entre el terapeuta y las partes, y obteniendo información acerca las reacciones de los familiares y los cambios deseados. Y por último, 7) El ciclo vital de los integrantes se utiliza como criterio de diagnóstico, intentando lograr que se ponga en movimiento y reactive de una manera adaptativa (Aramberri, 2002).

El proceso se lleva a cabo durante las entrevistas donde el terapeuta intenta generar conversaciones centradas en soluciones fomentando los recursos personales para que eventualmente pudiesen llegar a resolver el problema que motivó con la consulta (Beyebach et al.,1997). El arte de preguntar es considerado la herramienta terapéutica más importante y como un medio eficaz para provocar cambios durante la sesión (Neipp et al., 2015).

3.4 La Primera Entrevista

La primera entrevista se da en el primer contacto con los consultantes; es un intercambio inicial que debe ser aprovechado para crear una relación terapéutica (Rodríguez Morejon & Beyebach, 1994). Se caracteriza por ser la reunión de personas entre los consultantes y el otro reconocido como experto en la materia de relaciones interpersonales (Sullivan, 1974). Constituye el tiempo que se dedica a vincularse positivamente. El consultor debe desplegar maniobras para intentar ganarse la confianza de los consultantes y poder vincularse. Su buena ejecución logrará acentuar el poder, que eventualmente, tendrá repercusiones positivas al momento de solicitarles prescripciones e influenciarlos a través del diálogo (Ruiz Davila, 2007).

La *entrevista estratégica* es aquella donde se debe explicar la forma de trabajo, como está conformado el equipo terapéutico y los medios a utilizar, que pueden ser por cámara gesell, grabaciones, teléfonos, entre otros. También se debe aclarar que ese encuentro servirá para hacerse una idea de qué tipo de asistencia necesitan y que la reunión puede ser interrumpida por algún profesional para realizar sus intervenciones (Rodríguez Morejon & Beyebach, 1994). El acto terapéutico comienza con la examinación del problema que traen los consultantes y termina estableciendo contratos con los integrantes en torno al mismo y estableciendo situaciones sociales que lo generan. El consultante debe ser hábil para poder establecer qué medidas tomar dependiendo las variables que se le presenten y es por eso que la primera entrevista puede durar más de una sesión. Puede llegar a entrevistar a una o varias personas del grupo familiar. En ocasiones el terapeuta puede solicitar la asistencia de todos los involucrados, especialmente cuando los hijos son considerados el problema (Haley, 1980).

La primera parte de la entrevista se llama la *etapa social* donde todos los integrantes llegan al consultorio y se acomodan. Se solicita información necesaria sobre cada uno de los integrantes incluyendo los datos sociodemográficos y la etapa del ciclo vital en que se encuentran. Se debe tratar de compilar información sobre los participantes evitando hablar sobre el problema. El terapeuta debe observar y registrar formas de comportamiento y ubicación dentro del consultorio así como también el estado de ánimo y datos necesarios para cooperar en los problemas (Haley, 1980).

La sesión continúa por el *planteamiento del problema*. Lo habitual es que el terapeuta pregunte “¿cuál es el problema que los trae aquí?” El objetivo es obtener información clara sobre el problema, focalizando en términos de conductas, qué hacen o qué dicen concretamente sobre el problema. La recolección de la información es la clave para llevar a cabo un tratamiento breve y efectivo. Se busca obtener la mayoría de datos sobre la situación actual. Si bien resulta útil en algunos casos obtener información respecto a la historia del problema, tratamientos o soluciones intentadas anteriormente, lo importante es comprender la cuestión en el presente. En ocasiones los consultantes tienen distintas visiones sobre los problemas. Es por eso que el terapeuta debe identificar la definición de prioridades (Haley, 1980; Fisch et al., 1984) y continuar indagando sobre las dolencias utilizando el método de interrogación de forma persistente y firme. Puede solicitar ayuda con ejemplos para obtener una idea clara y definida sobre la conducta en cuestión. (Fisch et al., 1984).

El consultor debe interesarse en preguntas parecidas a las siguientes: “¿cómo funciona el que se presenta en el interior del sistema? ¿Cómo ha intentado hasta el presente combatir o resolver el problema? (soluciones intentadas) ¿Cómo es posible cambiar la situación problemática de la manera más rápida y efectiva? ¿Cuál es la actitud del cliente respecto al problema?” (Ruiz Dávila, 2007, p.7). El propósito de esta fase es esclarecer en qué puede ayudar a los consultantes. Es normal que manifiestan quejas o que cuenten la historia sobre la situación que vienen atravesando hace algún tiempo atrás. Una vez recolectada la información, el consultor debe ayudarlos a formular una demanda concreta, es decir, que digan qué es lo que piden para que puedan ser ayudados. Es importante que el consultor sea cauto y solicitar la opinión de todos los integrantes y sus puntos de vista diferentes ya que la queja inicial no necesariamente formula el motivo de consulta y en ocasiones los participantes solicitan opiniones alternativas y no formulan el foco del trabajo del terapeuta (Rodríguez Morejón & Beyebach, 1994).

El tercer momento se produce cuando el terapeuta solicita *la interacción entre todos los participantes* y estimula el diálogo sobre el problema ubicándose él en un segundo plano y dejando de ser el centro de la conversación. El consultor debe estar atento a todas las interacciones obteniendo mayormente información sobre las conductas de los participantes más que de los diálogos producidos. Este tipo de interacciones aporta información de cuánto y cómo puede intervenir sobre la situación ya que ello no puede describirse en términos de secuencias y es función del consultor observar la estructura del sistema porque todas las familias las poseen complejas y únicas a la vez (Haley, 1980). Al concluir esta etapa el consultante debe obtener la información suficiente sobre los cambios a alcanzar en la terapia. Los objetivos deben ser construidos entre todos los participantes. Se trata de definir una estrategia de qué y cómo es lo que el consultante podría hacer para solucionar el problema. El consultor debe realizar devoluciones pertinentes a modo de síntesis para poder reducirlo y orientar a la solución de éste. Las devoluciones son estratégicas porque orientan el problema en dirección solucionable (García Martínez, 2013; Haley, 1980).

La siguiente etapa es la de *fijación de metas*. En este punto se fijan las metas estableciendo contratos claros y solicitando cambios específicos entre todos los participantes. Se debe crear una hipótesis sobre la construcción del problema y ponerse de acuerdo con los participantes en cuanto a qué objetivos trabajar. Es importante

establecer los pasos en metas mínimas para obtener resultados concretos en el nivel de cambios. El terapeuta concluye con alguna sugerencia o tarea obligándolos a realizarla hasta el próximo encuentro. La negociación debe incluir un carácter operacional donde el foco es en los cambios que desean alcanzar. (Haley, 1980; Ruiz Davila, 2007). La conclusión de la entrevista debe contar con el pacto de asistir a la siguiente entrevista y la manera de concurrir. La tarea propuesta debe ser realizada entre sesión y sesión donde la familia queda ligada a aquella solicitud (Haley, 1980). Los mayores cambios surgen alrededor de la quinta o sexta sesión con una periodicidad entre ellas de tres semanas (Beyebach M, 2000).

3.5 Técnicas de intervención

Las intervenciones surgen a partir de los problemas presentados por sus consultantes. La tarea del consultor consiste en poder identificarlos y establecer una prioridad para trabajarlos. Depende de su creatividad la manera que diseñará intervenciones para acercarse a sus metas (Wainstein, 2006a). Los procedimientos estratégicos reciben ese nombre ya que a través de maniobras e intervenciones intentan guiar al consultante a encontrar sus propias directrices para lograr el cambio deseado. El consultor debe estipular metas mínimas con objetivos claros para ir logrando pequeños cambios que eventualmente lleguen al cumplimiento de los objetivos pautados (Ruiz Dávila, 2007).

La *reformulación* es una de las técnicas más sutiles de persuasión considerándosela la maniobra central de la consulta. Se trata de cambiar el punto de vista, lo emocional de la situación, y el fondo de lo que se experimenta, adaptándolo a otra mejor cambiando totalmente los significados. Se altera el sentido que se le atribuye a algún acontecimiento sin la modificación previa de dicha situación. Por eso el foco principal se coloca en las creencias de las personas ya que sus componentes afectivos, cognoscitivos y conductuales son los que enmarcan las acciones que realiza frente a determinados sucesos, e imposibilitan ver alternativas (Ruiz Dávila, 2007; Wainstein, 2006a; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1992). Una de las técnicas para lograr una redefinición es la *redefinición positiva del síntoma* en la que se intenta proporcionar una mirada alternativa de la situación para poder lograr poner en duda las estructuras del sistema. Se trata de desafiar las visiones y realidades que tienen la familia otorgándoles un valor positivo a la situación (Compañ et al., 2007). Otra técnica es la *connotación positiva* en la que se intenta atribuir un significado positivo a las conductas, problema o

síntoma que anteriormente fueron percibidas como negativas. Se trata de colocar nuevas etiquetas que aporten visiones positivas para poder lograr un sentido diferente. Se codifican las percepciones del grupo cambiando su estructura sintáctica pero no cambian los significados. Su diferencia con la técnica anterior es que connota de una manera positiva todas las conductas que forman parte del patrón circular donde el síntoma se encuentra presente por lo que trae por consecuencia la redefinición negativa de los demás integrantes del grupo logrando así la alianza terapéutica con el portador del síntoma. (Compañ et al., 2007, Ruiz Dávila, 2007; Wainstein, 2006a).

Por otro lado al hablar de intervenciones estratégicas se tendrá en cuenta el lenguaje del paciente como una técnica imprescindible para su elaboración. Los *procedimientos directivos* son aquellos que tienden a la resolución del problema y al logro progresivo de los cambios a partir de la realización de una conducta alternativa. Tienen relación directa con el síntoma y se expresan mediante mensajes directos o implícitos orientados a que el otro realice algo específico. Puede ser mediante un tono de voz, un silencio, gesto, o comentario, constituye un mensaje para que la otra persona haga algo. Las tareas dadas promueven que los sujetos cambien estilos comportamentales para actuar de una forma nueva a la que estaban acostumbrados siendo ésta la principal fuente de cambio (Platone, 2007; Ruiz Dávila, 2007). Se solicita algo al paciente con la intención de que lo cumpla. El consultor debe ser directivo y evitar caer en las sugerencias o consejos. Se busca que la intervención sea efectiva como puede ser el caso del abandono de un comportamiento. Es por eso que este tipo de indicaciones suele funcionar mejor con aquellos pacientes que mantienen una postura colaboradora y con poca resistencia al cambio (Wainstein, 2006a). Otro procedimiento del tipo directivo se da a través del modelado donde se suele utilizar al consultor en el rol de terapeuta esperando actué como pretende que lo haga el otro expresando su cambio deseado mediante las acciones y no con palabras (Wainstein, 2006a).

Las *intervenciones indirectas* se presentan cuando los demás intentos han fracasado. Al igual que las directas tienen relación con el síntoma y están orientadas a los mismos objetivos. Existen dos maneras de utilizar las intervenciones indirectas. Una de ellas es el *uso de metáforas* donde el consultor hace uso de analogías ante la imposibilidad de abordar algún problema de manera directa, con el fin de que la familia pueda extraer conclusiones vinculadas al tema. (Gómez de Agüero, 2014; Platone, 2007). Las otras intervenciones indirectas son las *paradojales*, donde se le solicita al consultor algo con la

intención que no lo cumpla ya que su objetivo no se encuentra presentado directamente. Se utilizan mayormente en aquellos pacientes con mayor resistencia al cambio. Promueven la realización de una secuencia de conductas disfuncionales para producir una reacción en la que si los consultantes aceptan se dan cuenta de lo irracional que fue la petición. De lo contrario el propósito es que los consultantes cambien por vía de oposición ya que si no obedecen eliminan las conductas que desencadenan el síntoma. Las intervenciones paradójales son contradicciones que traen consigo una deducción correcta a partir de premisas coherentes (Gómez de Agüero, 2014; Platone, 2007; Wainstein, 2006a). Para este propósito el consultor coloca al paciente en un dilema y situación imposible generando el cambio esperado a partir de la resistencia logrando así crear un *doble vínculo terapéutico*. La paradoja supone un mensaje implícito o explícito que incluye otro que lo contradice. Lo mismo ocurre con las conductas ya que se espera que por la prescripción del síntoma se conduzca hacia aquellos comportamientos más saludables y eficientes (Platone, 2007; Wainstein, 2006a). Una de las intervenciones paradójales más conocidas es la *prescripción del síntoma* que denota una indicación directa para implementar los cambios en el sistema. Es hacer que se comporten de la manera que venían haciéndolo comprometiendo a toda la familia a continuar o incluso empeorar todas aquellas conductas que son típicas en una situación problemática. Estas prescripciones son paradójales ya que sirven para hacer conscientes al grupo de sus estrategias implementadas disfuncionales habitualmente y sirven para bloquearlas. A su vez se intenta reconvertir el síntoma involuntario a conductas voluntarias pudiendo gobernarlos y perdiendo su carácter sintomático (Platone, 2007; Wainstein, 2006a). Se utiliza también a modo de desafío para aquellos consultantes que consideran que sus síntomas son controlables esperando que se rebelen para renunciar a ellos. Alcanza también, en aquellos pacientes que solicitan ayuda pero rechazan todas las opciones posibles que les brinda el terapeuta (Wainstein, 2006a). Este tipo de intervenciones genera un cambio radical en el mapa interno relacional del grupo familiar cuando algún problema no puede ser resuelto por lógica (Wainstein, 2006a).

3.6 Psicoterapia Online

El método Delphi nació a principios de los años 50 como parte de las investigaciones militares. Su objetivo era obtener información sobre la comunicación en grupos y la manera en que llevaban los problemas. A partir del año 1980, y cada 10 años, Norcross, Alford, Hedge, y más investigadores, utilizaron este método para predecir las

tendencias y cambios del futuro de la psicoterapia y los impactos en los terapeutas y usuarios, entre otros. Dentro de los cambios predichos se puso énfasis en la eficiencia económica vinculada a elección de terapias breves por cuestión de gasto, terapeuta e intervenciones clínicas. A su vez se pudo predecir el aumento de profesionales capacitados en el uso de las terapias en línea utilizando los recursos encontrados en las casas como son las computadoras, teléfonos, en especial aquellas terapias de corto plazo especializadas en resolución de problemas centradas en soluciones, reestructuración cognitiva y habilidades sociales (Norcross, Hedges & Prochaska, 2002). Un año más tarde, Norcross afirmó que el mundo atravesaría un cambio de era industrial a la informática generando impactos sobre los humanos y que estos cambios iban a suscitarse en la terapia en general (Duraó ,2017). En el año 2018, Campbell y Norcross (2018) se unieron para dar respuestas a la psicología sobre la tecnología en la salud mental incluyendo la práctica de la misma y la investigación. La telepsicología fue considerada como una extensión de la práctica tradicional que requiere un entrenamiento y capacitación específica en cuanto a la competencia, cuidados, confidencialidad y transmisión de información y también los límites durante la sesión y cuidados personales de los demás tal como son descritos en los códigos éticos profesionales de APA.

Hoy en día la vida se encuentra atravesada por las tecnologías de información y de la comunicación (TICs), siendo común y rutinario el uso de una computadora, Internet y la telefonía móvil. Su uso se ha expandido en distintas áreas, dando lugar a nuevos estilos interaccionales entre los individuos. Las tecnologías impactan sobre las disciplinas científicas, orientando a la implementación de la tecnología en la práctica profesional (Distefano et al., 2018; Roca Sanchez, 2016). Las intervenciones online tienen sus inicios en los años 60. Actualmente, han cambiado, evolucionado y expandido logrando un gran desarrollo en la comunicación eficaz, permitiendo llevar a cabo un tratamiento de manera efectiva (De la Torre Marti & Pardo Cebrian, 2018). El uso de internet facilitó la evaluación, diagnóstico, intervenciones, consultas e información en la distancia creando una forma de asistencia más rápida y flexible (Roca Sánchez, 2016).

Existen múltiples términos para referirse a la asistencia online. Entre ellos los términos más conocidos son e-terapia, ciberterapia, psicoterapia online, telesalud, telepsicología, y varios más (De la Torre Marti & Pardo Cebrian, 2018). Melchiori, Sansalone, y Borda (2011) definen a la psicoterapia online como una interacción profesional que utiliza el uso de internet como medio para la práctica clínica en salud

mental. Por su parte otros autores prefieren destacar la definición de la American Psychological Association (APA) utilizando el término *tele psicología* para referirse a la provisión de servicios psicológicos por medio de nuevas tecnologías útiles que permiten la comunicación no presencial para la práctica. La distancia que existe entre los usuarios es superada mediante el uso de las TICs. Supone una alternativa de trabajo que no deja de lado los requisitos legales y estándares éticos que se realizan en una atención convencional (American Psychological Association, 2013; Baena, Quesada & Vogt, 2017; De la Torre Marti & Pardo Cebrian, 2018). Según Campbell y Norcross (2018), esta practica está contemplada dentro de la llamada telesalud, y es considerada una extensión de la psicología a través de dispositivos tecnológicos, en los que se incluyen desde un teléfono hasta una computadora.

Dentro de los requerimientos necesarios se incluyen el título habilitante y demás documentación para el ejercicio profesional; la formación, conocimientos, entrenamientos y experiencia específica para prevenir actuaciones negligentes por parte del consultor. Se debe tener competencia en intervenciones online, manejo de informática y tecnologías; generar estrategias de comunicación para recibir y entender la información correctamente; conocer las medidas de protección normativas, éticas y deontológicas (De la Torre Marti & Pardo Cebrian, 2018). Para la realización de un primer contacto online se recomienda que el consultor haya enviado la información necesaria sobre el tratamiento previo a la primera sesión. Se deben aclarar los detalles necesarios y los límites para evitar una posible confusión en el futuro. La primera entrevista es crucial, el consultor debe hacer valorar su competencia para resolver las demandas por medio de las TICs demostrando el entendimiento del problema y sus habilidades para iniciar el tratamiento. También es importante la realización de contratos escritos realizados por el terapeuta y firmado por los consultantes, en los que se puede incluir el tipo de contacto que se va a establecer, la confidencialidad y privacidad de los datos, y otras órdenes que el consultor crea necesarias. En ocasiones, se agrega un formulario de satisfacción del proceso (Baena et al., 2017). Los consultores deben ser hábiles y adquirir hábitos de reconocimiento de datos analógicos, gestos, expresiones y comportamientos típicos del paciente a medida que van transcurriendo las sesiones. Esto facilita la comunicación, y reduce los errores de mala interpretación (Fernández Duran, 2016). Por último, se han realizado comparaciones respecto a la psicoterapia presencial y la tele psicología que han demostrado resultados prácticos y semejantes entre ambas modalidades, principalmente ,

aquellas vinculadas a la satisfacción de los usuarios, los resultados y logros terapéuticos, la formación de alianza al tratamiento desarrollando habilidades interpersonales y creando lazos positivos y reforzados, y la adhesión al tratamiento (Baena et al, 2017; Fernández Duran, 2016).

La influencia del modelo constructivista y la comunicación humana en el modelo sistémico tiene mucho que decir sobre la tele psicología ya que implica nuevas formas de comunicación, a través de las tecnologías y que transforman la manera en que los consultores trabajan (Fernández Duran, 2016). Tomando en cuenta los fundamentos de la epistemología sistémica y la incorporación de la nueva modalidad online, el abordaje terapéutico es una forma de integrarse en el espacio y el contexto en el que los consultantes se encuentran; los terapeutas no solo ingresan a sus vidas pudiendo visualizar sus hogares o ámbitos laborales a través de una cámara web, sino que también enriquece la experiencia enfocando al consultante en su contexto. La incorporación de este nuevo recurso es considerado un sistema abierto al cambio donde el terapeuta debe ser capaz de ampliar, integrar y sumar dentro del sistema familiar vía esta nueva modalidad (Algodón, 2012). En base a esto la importancia del contexto y las relaciones según Bateson, dan un cambio sustancial en donde se desarrolla la psicoterapia; se elimina el contacto y la presencia física, la consulta deja de ser un modo de encuentro porque ya no se comparte un mismo espacio y las interacciones se realizan en un contexto individual desde otro lugar lo que trae como consecuencia la inclusión de un tercero, la tecnología, con características propias y que provoca incidencias importantes en la manera en que se desarrollará la interacción (Fernández Duran, 2016).

Traverso y Martinez (2020), han indagado sobre las repercusiones que obtuvo la práctica virtual en formato de pareja y familia durante el aislamiento obligatorio. Describen que la regulación de la comunicación entre los consultantes se vuelve una tarea crucial para los terapeutas, debido a que los tratamientos vía *Zoom* permiten la posibilidad de ver en simultáneo a varios participantes. Se exigen tomar turnos para hablar, y provee la posibilidad de mirar a cada participante cuando habla. Como resultado, genera la reducción de intensidad en familias de altos conflicto, y la creatividad y compromiso por parte del terapeuta y la familia para sostener el tratamiento.

3.6.1 Beneficios y Limitaciones

Es importante tener en cuenta que esta nueva modalidad se encuentra en desarrollo, por lo que hay algunos aspectos concretos que no poseen evidencia para ser valorado como beneficio. Hasta la actualidad se encuentran los siguientes:

- Accesibilidad y disponibilidad para todo tipo de individuos que residan en un lugar lejano al centro de atención, tengan impedimentos físicos o por los costos más accesibles.
- Rentabilidad y eficacia, permite el acercamiento del tratamiento psicológico a zonas poco pobladas, rurales o que carecen de servicios y profesionales especializados, reduciendo las fronteras espacio temporales, ahorrando tiempo y gasto de traslado.
- Facilidad de inicio de terapia psicológica incluye el acceso temprano evitando el empeoramiento del cuadro y favorece la detección de diagnóstico anticipado.
- Mantenimiento de la regularidad, en aquellos casos que se dificulta la continuidad de la manera presencial. Son una excelente opción para aquellos que no tienen otra forma de recibir intervenciones, ya que es considerado es mejor realizar intervenciones de este tipo que a la ausencia de tratamiento
- Disponibilidad de información, tanto como del cliente como del terapeuta. Optimiza el tiempo de los profesionales, permitiendo que los consultantes tengan mayor autonomía y respondan de la manera que les resulte pertinente.
- Facilidades tecnológicas para profesionales, generando intercambios de información, registros, y análisis de una manera más fácil entre profesionales.
- Cada vez existe mayor evidencia empírica sobre intervenciones tele psicológicas, hay un creciente número de apoyo de investigaciones sobre el tema.
- Es particularmente beneficioso para aquellos que evitan la psicoterapia tradicional, ya que se ven motivados por el uso de una computadora como refugio y protección al compartir temas muy personales con mayor facilidad
- El hecho que los participantes puedan compartir su contexto personal incrementa la motivación del trabajo en sesión y la alianza terapéutica
- Contribuyen a la utilización de intervenciones breves, promoviendo la salud con la adhesión al tratamiento, en el cual se espera un papel activo de los consultores, generando confidencialidad y disminuyendo la inhibición durante la sesión (De la Torre Marti & Pardo Cebrian, 2018; Distefano et al., 2018; Melchiori, et al., 2011; Ruiz, 2010; Vásquez Muriel, 2012).

Respecto a las limitaciones, hay autores que consideran esta modalidad solo en tratamientos leves o moderados dentro de programas de prevención donde resulta conveniente para consultas sencillas, incluyendo aclaraciones o consejos psicológicos, y no para problemas clínicos (Distefano ,Cataldo, Mongelo, Mesurad & Lamas, 2018; Melchiori, Sansalone, Paula & Borda, 2011). A su vez, algunos terapeutas pueden no agrandar utilizar esta modalidad, o pensar que interfieren en el proceso terapéutico (Miró, 2007).

Otras limitaciones presentes son:

- Uso desigual, ya que existen diferencias significativas entre las edades de los pacientes, siendo algunas veces dificultoso para los de edad mayor.
- Riesgos clínicos, a partir de las dificultades de atender pacientes que se encuentran en riesgos de crisis.
- Inversión inicial, para los participantes en disponer de una tecnología apropiada, como es la computadora, celular, Internet, etc.
- Dificultades legales, ya que como se encuentra en desarrollo, hay ausencia de requisitos claros respecto a las normativas éticas y legales. También existe una diferencia de leyes de países o estados, por lo que supone un desafío al momento de unificar y establecer criterios de regulación de la práctica.
- Riesgos de protección de información, las condiciones de seguridad para el manejo de información pueden ser afectadas debido a la gran cantidad de tecnologías que existen, corriendo peligro que se perjudique la confidencialidad.
- Escasa formación profesional, la falta de capacitación de los terapeutas en estas nuevas formas de psicoterapia, la ausencia de información y guías tanto como para los profesionales y los consultantes, incluyendo la falta de estudios que demuestren evidencia de efectividad en esta modalidad.
- La evaluación del paciente para determinar si es adecuado o no para este tipo de terapia, incluyendo aspectos de la personalidad y comunicación no verbal que se ven limitados por esta modalidad (Melchiori et al., 2011;De la Torre Marti & Pardo Cebrian, 2018; Distefano et al., 2018; Vásquez Muriel, 2012).

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Estudio

El estudio es descriptivo profesional.

4.2 Participantes

Los participantes del siguiente trabajo son los profesionales del centro mental Sistémico, Estratégico y Breve. Se componen con la directora general, llamada Catalina, quien fundó la institución hace once años en el barrio de Belgrano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y tiene la característica de ofrecer terapia a personas de bajos y medianos recursos mediante un plan solidario que utiliza en una cámara gesell. Catalina se ocupa de la mayoría de las tareas del centro, entre ellas, realizar la primera entrevista de admisión a pacientes nuevos, que luego deriva con el profesional que considera viable para trabajar con el caso. Es la supervisora principal de los terapeutas que trabajan en su centro. También realiza psicoterapia individual a pacientes utilizando dicho modelo. Realiza capacitaciones y formación de profesionales en el modelo Sistémico, Estratégico y Breve mediante cursos teóricos y prácticos incluyendo la observación de la cámara gesell. Actualmente, coordina la cámara gesell on line (CGO) para atender pacientes en aislamiento obligatorio por pandemia incluyendo aquellos terapeutas que no se encuentran en la ciudad.

A su vez, participaron dos terapeutas nuevas en formación que están realizando el ‘Programa de Iniciación Profesional’ en dicho modelo. Por un lado Paula, dentro de la práctica profesional se ocupa de coordinar el grupo de pasantes. Sus tareas incluyen la lectura del material bibliográfico en las horas de estudio, mostrar videos, y realizar aportes teóricos sobre los temas tratados. Además realiza tareas de coach de grupos en las capacitaciones para profesionales. Por otro lado, Ana también es una ex alumna de la Universidad. En ocasiones participa del grupo de la práctica, compartiendo experiencias con pacientes y conocimientos teóricos de los textos que se leen. Actualmente desempeña tareas de coordinación del grupo que trabaja con el plan solidario.

Por último, Daniela, es una antigua terapeuta formada que realiza principalmente terapia familiar especializada en niños y adolescentes desde el enfoque Sistémico, Estratégico y Breve. Se ocupa de la coordinación de terapeutas del equipo de niños en el centro. En algunos casos atiende pacientes del centro que son derivados por la directora, y en otros ella misma realiza las admisiones. A todos sus pacientes los atiende en un consultorio privado ubicado en el barrio de Belgrano.

4.3 Instrumentos

Se realizaron dos entrevistas semi dirigidas a profesionales de la institución: Catalina, la directora general y a Daniela una antigua terapeuta de la institución en las cuales sus etapas se diferencian, en primer instancia, sobre sus datos, antigüedad en el centro y funciones que realizan en la institución. Seguidamente se profundizó acerca de las características de la terapia familiar y la primera entrevista de admisión que implementaron de manera online con el modelo Sistémico, Estratégico y Breve. Luego, se realizaron preguntas sobre el tipo de técnicas que realizan con dicho modelo y las diferencias encontradas en relación a la psicoterapia convencional y presencial incluyendo sus valoraciones y opiniones relacionadas a las ventajas u obstáculos presentados al tener que cambiar su modalidad de atención a familias de manera abrupta por el aislamiento obligatorio por COVID-19.

Se realizó un cuestionario llamado *Cuestionario Psicoterapia Online en tiempos de Cuarentena* diseñado específicamente para el trabajo final de la práctica y habilitación profesional. Se trata de un cuestionario con múltiples respuestas de manera autoadministrable. Consta de distintos ejes para la recopilación de información: El primero incluye la información básica sobre los terapeutas como el sexo, edad y años de ejercicio. También sobre el uso de la psicoterapia familiar online, medio utilizado, la razón de su utilización. Se obtuvo información sobre si realizaron la capacitación correspondiente para utilizar dicha modalidad y si todos los integrantes se encuentran familiarizados con las tecnologías para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado con su respectivo encuadre. El otro eje trata sobre las intervenciones realizadas y las entrevistas de admisión del modelo Sistémico Breve y Estratégico de manera online. El último eje trata sobre las valoraciones de esta modalidad, si lo recomendarían a otros terapeutas, y qué beneficios y limitaciones surgieron en su experiencia. Este cuestionario se envió a las dos terapeutas que están en el Programa de Iniciación de Profesionales, Paula y Ana.

4.4 Procedimiento

Debido al aislamiento obligatorio por COVID-19, se envió a sus respectivos correos electrónicos el cuestionario de múltiple respuesta, adjuntado a las dos terapeutas en formación. Al ser auto administrable lo realizaron bajo su comodidad. Una vez terminado,

lo enviaron completo de vuelta por correo. Su realización es de aproximadamente 20 minutos.

La entrevista semi dirigida a Catalina, se realizó en un día y horario acordado con ella a través de la plataforma virtual Zoom. La directora permitió la grabación de la misma para obtener información sobre su experiencia respecto a esta nueva modalidad. El encuentro duró 45 minutos. Por otro lado, la entrevista con Daniela se realizó por celular a través de una video llamada. Esta última tuvo una duración de 30 minutos, se pudo obtener el registro de comentarios y opiniones de la terapia familiar realizada en los últimos meses.

5. DESARROLLO

5.1 Descripción de las características de la psicoterapia de familia y cómo es la primera entrevista con la modalidad online, que realizan los profesionales de salud de un centro mental Sistémico, Estratégico y Breve durante el aislamiento obligatorio por COVID-19.

En base a las características de la psicoterapia de familia en modalidad online, Paula responde en el cuestionario que atiende una familia exclusivamente por internet y que no la ha visto personalmente nunca. La familia es originaria de Buenos Aires, pero hace dos años se mudaron a la ciudad de una provincia Argentina. La pareja se separó en febrero, un mes antes del comienzo de la cuarentena, pero solicitaron tratamiento en el mes de abril. La terapeuta cuenta que conoce a todos los integrantes de la familia, pero trabaja la mayor parte del tiempo con la pareja debido a que ambos decidieron realizar terapia luego de que el hombre se quedara viviendo en Córdoba, y la mujer vuelva a vivir a Capital junto a sus hijos. Respecto a esto, Espinal et al. (2006), agrega que a pesar que la problemática que traen los pacientes al consultorio incide sobre los hijos, la terapeuta tiene presente la complejidad de la situación al momento de elegir con quienes intervenir en el sistema. Paula agrega que los adultos solicitaron ayuda con un profesional luego de separarse y vivir en distintas ciudades, pero que anteriormente no habían realizado terapia. Respecto a esto, hay autores que consideran que los integrantes de un grupo familiar que está abierto al cambio, buscan una nueva dinámica de interacción hacia un estado de mayor complejidad. La implementación del terapeuta dentro del sistema implica que, según Minuchin y Fishman (1984), las familias reciban demandas del

interior y el exterior cambiando todo el tiempo. Por último agrega que los cónyuges realizan las sesiones terapéuticas desde distintas ciudades por medio de videollamada grupal por celular. Tal como refiere Fernández Duran (2016), esto da cuenta que dentro de la psicoterapia online, el modo de encuentro entre todas las partes no es compartiendo un mismo espacio, sino desde sus distintos contextos individuales desde otro lugar (Fernández Duran, 2016).

Por su parte, Daniela trabaja con familias pero se orienta mayormente en el trabajo de niños o adolescentes. Cuenta que trabaja como coordinadora del grupo de niños en el centro y también realiza psicoterapia. Adhiere que debido al aislamiento tuvo que cambiar la modalidad de atención a la forma online, y que al tratarse de niños solicita la asistencia de los padres para colaborar durante la sesión. En base a esto Haley (1980) refiere que en el proceso terapéutico puede entrevistarse a una o varias personas del grupo familiar y que en ocasiones el terapeuta puede solicitar la asistencia de todos los involucrados especialmente cuando los hijos son considerados el problema. Daniela agrega que solicita a los integrantes que se ubiquen en una zona cómoda para todos y que mayormente la familia elige la habitación de los hijos. Allí se observa la disposición del lugar, donde están ubicadas las camas y la zona de juegos o recreacional. Comenta que a veces los hermanos mayores tienen menos espacio que los menores debido a las necesidades de la madre de ubicar los cochecitos, cunas, etc. En este caso, siguiendo la epistemología sistémica, el terapeuta se integra en el espacio y contexto que los consultantes encuentran pudiendo visualizarlo a través de una cámara web enriqueciendo la experiencia de los consultantes en su contexto (Algodón, 2012). Agrega también que para poder llevar a cabo las intervenciones del proceso terapéutico solicita ayuda de los padres para poder tener registro de las tareas solicitadas a los niños, como por ejemplo, la filmación de cómo el hijo juega o dibuja en presencia de los padres. Esto le sirve para poder observar el proceso de la actividad. El registro obtiene información de los niños en conductas observables incluyendo la influencia de sus familiares (Weakland et al., 2004). Daniela agrega también que la mujer posee un hijo de su pareja anterior y que actualmente conviven todos juntos, incluyendo a los dos hijos de la pareja actual. Respecto a los tipos de familia, Villarreal Zegarra y Paz Jesús (2015) definen a las *familias reconstituidas* como aquellas que se dan cuando existe la unión de una pareja, y uno o ambos poseen hijos de la unión anterior. A su vez, la terapeuta agrega que encuentra dificultades porque existen distintos criterios de crianza y que en ocasiones le cuesta un poco regular la sesión

al momento de intervenir con los hijos. En base a esto los autores agregan que el terapeuta se debe ocupar de conocer integralmente al grupo, la identidad y características particulares para poder abordar sus problemas de una manera adecuada (Villarreal Zegarra & Paz Jesus, 2015). Comenta también, que en este caso, los cónyuges permanecen mayor tiempo en la casa implicando un resultado positivo en el tratamiento al momento en que la terapeuta da indicaciones o marca límites porque todos trabajan en conjunto. En base a esto, hay autores que consideran que el patrón interaccional propone que todo comportamiento influye en otros miembros y tiene causa circular donde las situaciones recurrentes forman parte de dicho patrón (Viaplana et al., 2012).

Por último, Daniela comenta que al final de cada sesión realiza una evaluación final con los participantes para ver cómo les resultó la modalidad. Baena et al. (2017) adhieren que en ocasiones se agrega un formulario de satisfacción del proceso terapéutico. De igual manera Paula agrega que siempre pide feedback de los pacientes y recibe comentarios y que la experiencia mayormente la valoran como positiva. En base a esto Ana agrega que aquellos pacientes que comenzaron terapia online, o aquellos que tuvieron que migrar a la nueva modalidad comentan que se sienten muy cómodos. Esto da cuenta que se han demostrado resultados prácticos y semejantes entre ambas modalidades, principalmente aquellas vinculadas a la satisfacción de los usuarios (Baena et al, 2017; Fernández Duran, 2016).

Por otro lado, Catalina mencionó que debido al aislamiento obligatorio, los consultores que se han contactado para solicitar terapia ya sabían que se realizaría por medio de la modalidad online. Paula refiere en el cuestionario que previo al primer encuentro se suele explicar el modelo que se utiliza en el centro terapéutico, incluyendo el tiempo delimitado de aproximadamente 10 sesiones, el plan solidario y equipo tratante. Ana agrega que al igual que la modalidad presencial, en la primera entrevista se ocupa de aclarar el tiempo de tratamiento, honorarios, cancelaciones, entre otros, tal como refieren Rodríguez Morejon y Beyebach (1994). Durante la *entrevista estratégica* se debe dejar en claro la modalidad de trabajo y como está conformado el equipo terapéutico. En base a esto, otros autores agregan que se debe aclarar los detalles necesarios y los límites para evitar una posible confusión en el futuro (Baena et al., 2017). Por su parte, Paula adhiere que previo a la cita, se envía un instructivo por mail en donde se explica cómo se trabaja online. El centro creó la cámara gesell online (CGO), la cual requiere ciertos conocimientos específicos de cómo usarla tanto los pacientes como los profesionales que

asisten al encuentro. Para su correcta realización los demás terapeutas deben aparecer en la plataforma como un cuadrado negro, sin foto, ni nombre. En caso que sea necesario la supervisora entra a la sesión y participa de la misma. También hay momentos que eliminan al paciente de la sesión y se reúne el equipo solo para realizar comentarios y supervisar al terapeuta. Respecto a esto, los autores Rodríguez Morejon y Beyebach (1994), refieren que en la *entrevista estratégica* se debe explicar la modalidad de trabajo incluyendo la especificación de qué medios se pueden utilizar, como pueden ser computadoras, celulares, tablet, o cualquier otro compatible (Rodríguez Morejon & Beyebach, 1994). En base a esto, Baena et al. (2017) recomiendan que el consultor envíe la información necesaria sobre el tratamiento previo a la primera sesión. A su vez, Catalina agrega que la cámara gesell online (GCO) fue creada sobre la marcha por el centro terapéutico con el fin de continuar el Programa de Iniciación Profesional y tuvo que aprender el uso de la plataforma virtual y sus rigurosidades, como es el hecho de poner todos los micrófonos en silencio, las cámaras apagadas, escribir un chat privado sin que el paciente vea, etc. Agrega también que previo al aislamiento no tenía conocimiento del uso de estas plataformas lo cual tuvo que adaptarse de un momento al otro. Tal como De la Torre Marti y Pardo Cebrian (2018) adhieren, el consultor debe tener competencia en intervenciones online incluyendo el manejo de informática y tecnologías para poder recibir la información correctamente.

Catalina agrega que en el centro ella se ocupa mayormente de las admisiones de los pacientes nuevos. Cuando se encuentra en la primera sesión virtual da la posibilidad a los consultantes de elegir la opción de realizar el tratamiento con el equipo de profesionales a través de la cámara gesell online (CGO). Respecto a esto, Rodríguez Morejon y Beyebach (1994) adhieren que en la entrevista estratégica se debe explicar quiénes son los que conforman el equipo que participarán de la sesión y que en ocasiones la reunión puede ser interrumpida por algún supervisor para realizar sus intervenciones.

La directora agrega que la entrevista estratégica se realiza completando una ficha específica impresa siguiendo una serie de pasos. Esta ficha la utiliza ella porque es la que se ocupa de realizar las admisiones en el centro y también todos aquellos terapeutas que están realizando el Programa de Iniciación Profesional y que son supervisados a través de la cámara gesell del centro. Comentó que la primera parte de la entrevista está compuesta por los datos personales del consultor, grupo de convivencia y otros significativos. Esta información la utiliza como la primera hoja de las historias clínicas de los pacientes. Tal

como define Haley (1980) la *etapa social* constituye el momento donde inicia la sesión y se compilan datos sociodemográficos de los participantes y el ciclo vital de cada uno, evitando hablar sobre el problema. Luego, Catalina comenta que la entrevista continúa con unos ítems a seguir para obtener la mayor cantidad de información del problema. Haley (1980) agrega que el terapeuta debe ser hábil para poder examinar el problema y cuáles son las situaciones sociales del grupo que lo generan. En base a eso, el terapeuta debe tomar medidas y establecer contratos dependiendo las variables que se presentan.

A su vez, Catalina destaca que para ella existen dos elementos fundamentales para obtener una buena entrevista: la primera es que es un momento importante para generar vínculo terapéutico y la confianza del paciente para lograr la adhesión al tratamiento. Por eso hay autores que consideran que la formación de alianza al tratamiento se desarrolla mediante habilidades interpersonales creando lazos positivos y reforzados (Baena et al, 2017; Fernández Duran, 2016). Un ejemplo de esto es que le ofrece al consultante la posibilidad de estar presente con el equipo de profesionales que concurren a la cámara gesell y supervisar la sesión, ya que generalmente, los pacientes se sienten cómodos cuando la directora participa en su tratamiento. Ruiz Davila (2007) agrega que el primer encuentro constituye un momento de vinculación positiva donde el terapeuta despliega maniobras para generar vínculos positivos, que eventualmente, tendrá repercusiones al momento de influenciarlos y solicitarles prescripciones. Otro elemento importante que destacó Catalina es poder buscar a través de los ítems de la ficha cómo definir el motivo de consulta para poder entender qué es lo que tiene que hacer el terapeuta. La etapa del *planteamiento del problema* es donde el terapeuta debe obtener la mayor cantidad de datos sobre la situación actual, la historia del problema y tratamientos o soluciones intentadas previamente. El objetivo es obtener la información del problema en el presente, en términos de conductas para llevar a cabo un tratamiento breve y efectivo (Haley, 1980; Fisch et al. 1984). Catalina agrega que, algunos de los ítems a completar son la queja inicial, el por qué ahora consultan, la circunstancia actual, opiniones de las personas significativas, entre otras. El terapeuta debe indagar utilizando la interrogación de forma persistente y firme, y también puede solicitar ayuda con ejemplos para obtener una idea clara y definida sobre la conducta en cuestión (Ruiz Dávila, 2007). Agregó un ejemplo de un paciente que consultó en el aislamiento por ser distraído y olvidadizo. Era un médico de 42 años, médico especializado en diagnóstico por imagen, casado con un hijo de 2 años. Comenta que en ocasiones cuando la esposa le hablaba dejaba de escuchar y

pensaba en otras cosas. Esto le había traído discusiones con ella porque a veces le solicitaba algo y él no lo recordaba. Con el tiempo notó que también le pasaba con el hijo, y ahí fue cuando se preocupó más por que no quería volverse un mal padre. Catalina indaga sobre tratamientos realizados y comenta que al ser médico él ya se había realizado los estudios neurológicos correspondientes para descartar alguna causa orgánica. A su vez, pregunta si los olvidos ocurrían en otras áreas como por ejemplo el trabajo debido a las responsabilidades que tiene, lo que la respuesta fue nula. Respecto a esto, Rodriguez Morejon y Beyebach (1994) adhieren que el propósito de esta fase es esclarecer en qué puede ayudar a los consultantes la queja inicial no necesariamente formula el motivo de consulta. El consultor debe guiarlos para formular una demanda concreta. Finalmente Catalina determina que sus olvidos están vinculados al interés de los temas en sí, debido a que descartó otras causas posibles, por lo que llega a la conclusión que el motivo de consulta que definió fue mejorar la relación con su mujer e hijo, y trabajar en herramientas para la concentración, como mindfulness. Respecto a esto, Garcia Martinez (2013) agrega que los objetivos son construidos entre los participantes, el terapeuta da devoluciones estratégicas para reducir el problema y orienta en dirección solucionable.

Catalina agrega que la siguiente parte de la entrevista estratégica constituye un momento donde evalúa la motivación de los pacientes para ver con quien decide trabajar. Comentó que realiza preguntas sobre qué objetivos tienen del terapeuta y de la terapia. En base a esto, Haley (1980) agrega que durante el encuentro, el terapeuta debe observar y registrar formas de comportamiento, así como también el estado del ánimo y datos necesarios para cooperar en los problemas. A partir de esto, Catalina comenta que va creando un diagnóstico de la situación y definiendo las metas mínimas a trabajar. Continuando con el ejemplo anterior, agrega que cuando estaba terminando la consulta este paciente preguntó a dónde tenía que enviar el dinero para abonar. Catalina lo tomó como gracia, y respondió que esa información ya la había enviado previamente en la ficha que explicaba la modalidad de trabajo. Entonces aprovechó esta situación para darle una tarea: para la próxima sesión tenía que leer la ficha atentamente y realizar los pasos a seguir. La etapa de *fijación de metas* concluye con alguna sugerencia o tarea a realizar hasta el próximo encuentro, pone de acuerdo a los participantes en cuanto a qué objetivos trabajar. Es importante establecer los pasos en metas mínimas, para obtener resultados concretos en el nivel de cambios (Haley, 1980; Ruiz Davila, 2007). Catalina agrega que la intervención surgió a partir de la distracción del paciente pero gracias a eso logró pactar

la primera meta mínima a realizar al ser el primer encuentro y aun no estando definido con qué terapeuta iba a continuar el tratamiento, consideró importante comenzar con la lectura de la ficha y no elegir alguno otro objetivo más complejo.

5.2 Descripción del tipo de técnicas de intervención del tipo familiar que realizan los profesionales de un centro mental Sistémico, Estratégico y Breve de manera online en relación a la presencial durante el aislamiento obligatorio por COVID-19.

Catalina comenta que la reformulación es una herramienta valiosa y que se utiliza en todos los procesos terapéuticos. Algunas veces utiliza el parafraseo como el principio de la reformulación, ya que sirve para que el paciente sienta que lo que le dice el terapeuta es lo que realmente está pasando. Esto genera que el paciente comience a reconocer como propio lo que el terapeuta le dice. Agrega también que en estos casos, los terapeutas tienen que estar atentos al lenguaje corporal, ya que lo primero que se observa son los gestos del paciente y la expresión facial, y gracias a esa información el terapeuta puede interpretar si el paciente realmente aceptó la propuesta del terapeuta. En base a esto, Fernández Duran (2016) considera que los consultores deben ser hábiles, y adquirir hábitos de reconocimiento de datos analógicos, gestos, expresiones y comportamientos típicos del paciente a medida que van transcurriendo las sesiones. Esto facilita la comunicación, y reduce los errores de mala interpretación. Catalina agrega que la reformulación como técnica puede ser interpretada como controvertida, porque se trata de influenciar sobre el paciente pero no de convencerlo del punto de vista del otro. Adhiere también, que es muy importante saber lo que se le dice al paciente, en algunas ocasiones los terapeutas pueden comunicar cosas que el paciente lo siente ajeno a él mismo, y eso puede provocar la pérdida de poder y de influencia. Daniela cuenta en la entrevista que la reformulación la utiliza para darle un nuevo sentido a una situación que traen los pacientes, comentó un ejemplo de que si un paciente angustiado lleva un cierto tipo de vida, ella ofrece dos caminos para elegir. Lo que puede ocurrir es que se acerque al núcleo del problema, o de lo contrario que se le agreguen más problemas. Esto último significa que por lo menos cambió el rumbo por el que venía transitando, o también, que está viendo el problema desde otra visión, y que lo llevaría eventualmente a elegir otros caminos por qué seguir. En base a esto, Watzlawick et al. (1992) agregan que la reformulación es una intervención que trata de cambiar el punto de vista o emocional de la situación, y el fondo de lo que se experimenta, adaptándola a otra de mejor cambiando totalmente los significados.

En base a esto, Paula agrega que la reformulación es una de las intervenciones que más utiliza en el consultorio y es la base del éxito de la terapia. Agrega el ejemplo de una familia compuesta por los padres y un hijo de once años. El padre trabajaba como empleado en una empresa y estaba fuera de la casa la mayoría del tiempo, y su esposa era ama de casa. Llegaron a la consulta por que el marido consideraba que su esposa era muy sobreprotectora con su hijo. Ella manifestaba que sentía la necesidad de cuidar a su hijo todo el tiempo, de protegerlo en la calle y en todos los aspectos, ya que su marido se encontraba siempre ocupado acompañándolo en todas sus actividades de su vida diaria. Se encargaba de llevarlo y retirarlo del colegio sin dejar que comparta con sus amigos y sin darle libertades. Paula interviene con la madre practicando una reformulación, señalándole que con ese comportamiento sobreprotector en realidad lo que está haciendo es desprotegerlo puesto que no lo estaba preparando para la vida. La madre en ese momento comprendió la situación y pudo modificar sus conductas. Respecto a esto, hay autores que agregan que se altera el sentido que se le atribuye a algún acontecimiento sin la modificación previa de dicha situación. El foco principal se coloca en las creencias de las personas, ya que sus componentes afectivos, cognitivos y conductuales son los que enmarcan las acciones que realiza frente a determinados sucesos e imposibilitan ver alternativas (Ruiz Dávila, 2007; Wainstein, 2006a).

Catalina agrega un ejemplo de un paciente hombre de 50 años que solicitó terapia debido a ataques de pánico provocados luego de la separación de su mujer hace dos meses, por lo que en un primer momento, solicitó intervenciones del tipo directivas para trabajar con la ansiedad, como por ejemplo, practicar respiración 4 por 4, llamar amigos cuando se angustie, evitar pasar por los lugares donde iba con su ex mujer, entre otros. Sobre esto hay autores que definen a las *intervenciones directivas* como aquellas que tienden a la resolución del problema y al logro progresivo de los cambios a partir de la realización de una conducta alternativa. Tienen relación directa con el síntoma y se expresan mediante mensajes directos o implícitos orientados a que el otro realice algo específico. Las tareas dadas promueven que los sujetos cambien estilos comportamentales para actuar de una forma nueva a la que estaban acostumbrados siendo ésta la principal fuente de cambio (Platone, 2007; Ruiz Dávila, 2007). Carolina agrega que el paciente en los próximos encuentros había logrado cumplir todas las tareas propuestas cumpliendo con todas las metas mínimas que se le habían solicitado pero que manifestaba sentirse cada vez peor y más triste. El paciente manifestó que todo lo que hacía o le proponían

como soluciones no le servía. Entonces Catalina agrega que, en este caso, creyó que seguir insistiendo en esos cambios iba a ser una intervención errónea e iba a generar que se pierda el vínculo. Entonces cuando se reunió el equipo terapéutico volvieron a pensar la situación y utilizaron otro tipo de intervención: la reformulación ya que no había nada para hacer considerando que proceso de duelo es doloroso y la única solución encontrada por el equipo era simplemente acompañarlo. Cuando le comunicó esto al paciente aceptó la propuesta ya que entendió que tiene que esperar y atravesar el dolor para que cuando esté bien pueda aplicar todas las otras propuestas que le habían dado en un primer momento. La redefinición en este caso fue al revés ya que efectivamente no había nada que funcione, solo se trataba de acompañarlo en el proceso y permitir que el dolor esté el tiempo que sea necesario. Esta maniobra fue ir en dirección al problema en donde no se trata de sacar el dolor o calmarlo sino dejarlo que este. Catalina le prescribió el problema y redefinió el dolor. En base a esto, hay autores que definen una de las intervenciones paradójales más conocidas, la *prescripción del síntoma*, donde se intenta hacer que los pacientes se comporten de la manera que venían haciéndolo o incluso empeorar todas aquellas conductas que son típicas en una situación problemática. Estas prescripciones son paradójales ya que sirven para hacer conscientes al grupo de sus estrategias implementadas disfuncionales habitualmente y sirven para bloquearlas. Por otra parte se intenta convertir el síntoma involuntario a conductas voluntarias, pudiendo gobernarlos y perdiendo su carácter sintomático (Platone, 2007; Wainstein, 2006a).

En cuanto a las intervenciones que realiza Paula, agregó en la entrevista que atendía un paciente de 50 años, soltero y sin hijos muy resistente al cambio. Agregó que había tenido una novia hacía un tiempo y que ahora tienen una relación de amistad, donde ella se ocupa de aconsejar y opinar sobre su relación amorosa. Actualmente tiene una nueva novia que posee hijos del matrimonio anterior, pero que noto que no le agradaban muchas cosas de ella y que no podía evitar compararla con su ex. Agrega también que él hace muchos años realiza remo profesional como hobby. Paula al momento de realizar intervenciones, se niega a cualquier recomendación o solución dada en cuanto a su relación actual, derivando la responsabilidad y exigiendo cambios de actitudes y costumbres a su novia. Él se observa como es quien hace todo bien y es ella la que debe cambiar para adaptarse a la relación, pero también se siente frustrado que no mejoren las cosas. Lo anecdótico es que hubo un momento en el tratamiento donde citaron a su ex novia para agregar información sobre él, y otra sesión aparte con su actual novia. A pesar

de que el presencio ambos encuentros y escucho opiniones diferentes, su postura siempre fue muy resistente al cambio, casi sin responsabilizarse de cómo se siente en su actual relación. Paula agregó que en un momento determinado de la terapia utilizó la metáfora *tal vez es momento de soltar los remos y dejar que las cosas fluyan*. Lo que hizo fue intentar hablar su mismo lenguaje y utilizar su hobby como intervención. A partir de ese momento, el paciente paró de presionar a su novia, y dejó que la relación siga su rumbo. Respecto a esto, hay autores que consideran que las *intervenciones indirectas* se presentan cuando los demás intentos han fracasado y se utilizan mayormente en aquellos pacientes con mayor resistencia al cambio. El *uso de metáforas* se aplica cuando el consultor utiliza analogías ante la imposibilidad de abordar algún problema de manera directa, con el fin de que los pacientes puedan extraer conclusiones vinculadas al tema (Gómez de Agüero, 2014; Platone, 2007).

Otro ejemplo de esto. Comentó que dentro del marco de una terapia familiar, comenzó a atender a una joven de 28 años que vivía actualmente con sus padres, ambos adultos mayores, en un edificio donde en el piso de arriba le habían regalado un departamento que nunca quiso mudarse y se encontraba vacío. Ella tenía una hermana menor que hace varios años se había ido a vivir a México, y cuando comenzó la cuarentena volvió a Argentina. La paciente solicita terapia debido al regreso de la hermana, ya que no tenían buena relación, y se sentía celosa y humillada debido a los logros que su hermana menor había podido obtener. En el contexto de la terapia familiar se realizó una sesión con toda la familia y otra con las dos hermanas juntas. A su vez, Catalina solicitó una sesión con la hermana menor sola para poder ampliar la información sobre el sistema. Su idea era no hablar puntualmente sobre las discusiones con su hermana mayor sino sobre la vida de ella. Durante esta sesión surgió que se encontraba muy angustiada porque había terminado la relación con su novio unas semanas antes de comenzar el aislamiento y volverse a Argentina. Contó que tenían una relación donde discutían mucho por distintos valores y el novio se cansó de ella y decidió terminar la relación. Actualmente se encontraba muy ansiosa respecto a él por lo que se creó una cuenta falsa de facebook para mirar qué cosas escribía o publicaba. También comentó que lo llamaba constantemente y enviaba mensajes generando así que el ex novio la bloquee de todos los medios de comunicación que había. No obstante, la paciente buscaba otros teléfonos para llamar reiteradas veces y dejarle mensajes de voz y telefónicos. Catalina notó que la paciente estaba poco dispuesta a cambiar ya que a toda acción que

hacia le encontraba un sentido lógico. Entonces optó por decirle que a ella le parecía que tenía que llamarlo más seguir insistiendo hasta que atiende. Agregó que tal vez lo había llamado pocas veces y era necesario que siga haciéndolo. La paciente se emocionó cuando escucho esto manifestando que jamás se hubiera imaginado que le recomendaría eso. Aceptó dicha sugerencia para realizarla durante la semana. Esta experiencia demuestra que las *intervenciones paradójales* se utilizan cuando el consultor coloca al paciente en un dilema y situación imposible, generando el cambio esperado a partir de la resistencia logrando así crear un ‘doble vínculo terapéutico’ (Wainstein, 2006a). Catalina agrega que en este caso la intervención sirvió ya que cuando regresó al consultorio en la siguiente sesión comentó que se había agotado de tanto llamarlo, y que entendió que ya no iban a regresar por más que siguiera insistiendo. Admitió que lo que hacía no era correcto y que había tomado la decisión de no intentar más recuperarlo. En base a esto dichas intervenciones se utilizan en aquellos pacientes con mayor resistencia al cambio. Promueven la realización de una secuencia de conductas disfuncionales para producir una reacción en la que si los consultantes aceptan se dan cuenta de lo irracional que fue la petición. De lo contrario el propósito es que los consultantes cambien por vía de oposición ya que si no obedecen eliminan las conductas que desencadenan el síntoma (Gómez de Agüero, 2014; Platone, 2007; Wainstein, 2006a).

5.3 Analizar las ventajas y obstáculos que encuentran los profesionales de un centro mental Sistémico, Estratégico y Breve en la psicoterapia online del tipo familiar en comparación con la práctica clínica presencial.

La directora entrevistada pudo dar cuenta de varias ventajas que tiene el uso de esta modalidad con aquellos pacientes que estaban en tratamiento previo al aislamiento obligatorio. Comentó un ejemplo de una paciente que si bien, primero rechazó la propuesta online, al poco tiempo volvió a contactarse para poder continuar con sus sesiones. De igual manera adhiere Ana en el cuestionario respondido ya que uno de los beneficios encontrados por ellas es la continuidad del trabajo con los pacientes a pesar del aislamiento obligatorio. En base a esto, Paula agrega que algunos pacientes al principio se encontraban reticentes para realizar terapia online pero aquellos que se vieron obligados a migrar a esta modalidad comentan que se sienten cómodos. Según autores, esto da cuenta que la tele psicología mantiene la regularidad del tratamiento pese a las adversidades del contexto siendo mejor la posibilidad de realizarlo a distancia a que se

produzca la ausencia o cancelación del mismo (De la Torre Marti & Pardo Cebrian, 2018).

Daniela comenta que una familia con la que trabaja hace algún tiempo ha aprovechado la terapia online para mostrar su casa, habitaciones y espacios privados donde viven, siendo una experiencia enriquecedora al momento de elegir donde trabajar con la familia. Agrega que esos espacios personales generan un contexto positivo para la sesión. Respecto a esto, Catalina por su parte nos dice que trabajó con un paciente primero en modalidad online, conociendo su casa, los movimientos, cómo vive etc. Considera que la experiencia de estar dentro de la casa del otro y en cierto modo permite conocer más a las personas íntimamente que en la modalidad presencial. En base a esto, Algodón (2012), agrega que el abordaje terapéutico de modalidad online genera una nueva forma de integrarse en espacio y contexto de los grupos familiares, pudiendo ingresar a sus hogares y espacios personales enriqueciendo la experiencia y formando parte de sus contextos.

Por su parte, Ana agregó que la modalidad online acortó los tiempos entre el pedido de psicoterapia con los pacientes y la primera entrevista de admisión. Roca Sánchez (2016), agrega que el uso de internet creó una forma de asistencia más rápida y flexible, favoreciendo la evaluación, diagnóstico, consulta e intervenciones a distancia.

Por otro lado, Catalina comentó que tiene un paciente joven que no tiene un lugar cómodo en su casa para realizar la sesión, por lo que opta por sentarse en su auto al momento de contactarse. En este caso, el encuentro terapéutico se realiza en distintos lugares, generando interacciones desde un contexto individual, sin compartir un espacio en común, e introduciendo a la tecnología como un tercero (Fernández Duran, 2016).

A su vez, Catalina también comentó que ella ya había realizado tratamiento a distancia con pacientes que viven en otros países. Agregó como ejemplo el caso de una paciente que residía en California, se contactó con ella para comenzar tratamiento. Lo mismo ocurrió con una paciente que vivía en Francia con la cual realizó tratamiento por más de un año. Catalina opina que el común denominador de estas dos pacientes es que se trata de una cuestión cultural, de hablar el mismo idioma y utilizar el mismo lenguaje. Distefano et al. (2018) agregan que la tele psicoterapia es beneficiosa en cuanto a la accesibilidad y disponibilidad para reducir las fronteras espacio temporales, permitiendo

el tratamiento psicológico en zonas alejadas. A su vez, Ana agrega que los pacientes que se contactaron con ella para comenzar tratamiento, se sienten cómodos al momento de evitar el tránsito y la necesidad de transporte. De igual manera agrega Paula refiriendo que los pacientes se sienten cómodos al no tener que trasladarse. En base a esto, De la Torre Marti y Pardo Cebrian (2018) adhieren que los tratamientos online promueven la rentabilidad y eficacia permitiendo el acercamiento y ahorrando tiempo y gasto de traslado..

Con respecto a los terapeutas, Catalina comentó que la creación de la cámara gesell online (CGO) permitió la posibilidad de juntar a todo el grupo terapéutico que realiza el ‘Programa de Iniciación Profesional’, siendo más accesible para los terapeutas elegir el día y horario para conectarse y observar pacientes. La modalidad online obtiene beneficios en cuanto a la disponibilidad de conectarse tanto para el terapeuta como los pacientes, optimizando el tiempo y permitiendo mayor autonomía para su abordaje (Distefano et al., 2018; Melchiori, et al., 2011). En base a esto, Paula agregó que el equipo terapéutico realiza reuniones mensuales, y que en muchos casos aprovechan la cámara gesell online (CGO) para realizar supervisiones al momento que se está atendiendo un paciente. La tele psicología contiene facilidades tecnológicas, tanto para el registro y análisis de la información, y además promueve los intercambios de opinión de una manera más fácil entre profesionales (De la Torre Marti & Pardo Cebrian, 2018).

Otro beneficio que expuso Paula es que es considerada una herramienta de trabajo que genera mayores alternativas a los pacientes. Daniela agrega que nota que los adolescentes se ven más comprometidos en el tratamiento al estar familiarizados con las tecnologías. Por eso es que algunos autores señalan que la modalidad online es beneficiosa para aquellos pacientes que rechazan la modalidad tradicional ya que se ven motivados utilizando la computadora como un refugio y protección al compartir temas con mayor facilidad (Melchiori, et al. 2011).

Por último, Catalina comenta que previo al aislamiento no le gustaba la modalidad y que no la había pensado tan sistemáticamente, pero que hoy en día se da cuenta que era resistente a utilizarla. Agrega también, que la experiencia es totalmente positiva y que ha recomendado a la gente realizarla. Por su lado, Daniela considera la experiencia positiva pero que no es apta para todas las personas. A su vez Paula considera que la experiencia es igual que la presencial ya que los resultados con los pacientes han sido igualmente

exitosos en los dos casos. De esta manera hay autores que consideran que la telepsicología ha demostrado resultados prácticos y semejantes entre ambas modalidades, principalmente en los resultados y logros terapéuticos, formación de alianza, y la adhesión al tratamiento (Baena et al, 2017; Fernández Duran, 2016).

En cuanto a las limitaciones, Catalina comentó que previo al aislamiento realizaba tratamiento con una señora de edad mayor que debido al contexto prefirió no continuar con el tratamiento ya que no tenía una computadora en su casa. Tampoco poseía un celular apto para realizar video llamadas ni contaba con el conocimiento para realizarlo. Algunos autores consideran que se presentan limitaciones en el uso desigual de las tecnologías, ya que existen diferencias significativas entre las edades de los pacientes siendo algunas veces dificultoso el uso de tecnologías para los de edad mayor (De la Torre Marti & Pardo Cebrian, 2018). De igual manera le ocurrió a ella ya que al principio la tecnología le costó entenderla pero con el tiempo pudo adquirir conocimientos. A su vez aduce que realizó un curso de capacitación pero que no le aportó ningún conocimiento nuevo. Nombró ejemplos como que se vea bien la cámara, que se escuche bien el sonido, que haya buena iluminación, que los terapeutas se encuentren bien vestidos, etc. Ella considera que la mayoría eran recomendaciones clásicas y que ya las sabía cómo obviada. Respecto a esto, dichos autores consideran una limitación en el uso de la telepsicoterapia es la escasa formación y capacitaciones de los profesionales. Se encuentra una ausencia de información y guías para los integrantes (De la Torre Marti & Pardo Cebrian, 2018; Distefano et al., 2018; Melchiori et al., 2011; Vásquez Muriel, 2012).

Catalina comenta que tiene pacientes que no tienen un lugar donde tener la sesión de una manera tranquila, donde nadie más escuche lo que se habla o que lo vean. En base a esto, Paula agrega que encontrar un lugar cómodo y privado por parte de los pacientes es una de las mayores complicaciones que obtuvo al momento de utilizar esta modalidad. Baena et al. (2017), consideran que es necesario haber enviado la información necesaria sobre el tratamiento previo a la sesión. Se debe realizar contratos escritos realizados por el terapeuta y firmado por los consultantes, en los que se puede incluir el tipo de contacto que se va a establecer, la confidencialidad y privacidad de los datos, y otras órdenes que el consultor crea necesarias.

Por otro lado, Paula agrega que en algunos casos puede fallar internet y tildarse la imagen. Respecto a esto, Ana agrega que es frecuente las fallas de internet o redes que

soportan el programa que utiliza, por lo que en varias ocasiones ha tenido que parar la sesión y buscar otra alternativa, como continuar la sesión telefónicamente, o en el peor de los casos, reprogramar el turno. De la Torre Marti y Pardo Cebrian, (2018) consideran que una de las limitaciones principales es que todos los participantes deben disponer de la tecnología apropiada, como computadora e internet, por lo que el uso de la telepsicoterapia requiere de una inversión económica inicial.

Catalina agrega también, que para los terapeutas esta modalidad implica estar encerrados y aislados en el consultorio por un montón de horas, y que por eso implementó la cámara gesell online (CGO) ya que se considera fanática del trabajo en grupo. Respecto a esto, Miró (2007) considera que existen terapeutas que pueden no agradales la utilización de esta modalidad online y que pueda interferir en el proceso terapéutico.

Por su lado, Paula agrega que mediante la pantalla limita la visualización del lenguaje corporal o movimientos del paciente durante la sesión. Hay autores que encuentran esta limitación en la evaluación del paciente por parte del terapeuta, debido a que la comunicación no verbal es acotada (De la Torre Marti & Pardo Cebrian, 2018; Distefano et al., 2018; Melchiori et al., 2011; Vásquez Muriel, 2012). Catalina agrega que la modalidad no la considera igual que la presencial ya que ésta contiene el contacto humano y hay otros elementos que la pantalla no lo permite. Agrega también que hay momentos que necesita el acercamiento o el contacto físico con los pacientes de algún modo. Por ejemplo, al finalizar la sesión, el saludo o el abrazo lo considera importante cuando un paciente se encuentra triste. Respecto a esto, Baena et al. (2017), considera que el consultor debe hacer valorar su competencia para resolver las demandas por medio de las TICs, más allá de la presencia física. Catalina agrega que al no poseer este tipo de encuentro o circunstancias, solo tiene la herramienta de la palabra. Respecto a esto, Fernández Duran (2016) agrega que los consultores deben ser hábiles y adquirir hábitos de reconocimiento de datos analógicos, gestos, expresiones y comportamientos típicos de los pacientes para facilitar la comunicación y reducir los errores de mala interpretación.

6. CONCLUSIONES

En cuanto a los objetivos planteados, en líneas generales, se pudo cumplir con todos los propuestos al momento de realizar el procedimiento con excepción del segundo que en un primer momento se había satisfecho parcialmente generando así la solicitud de

ampliación de información a los participantes del estudio debido a que los cuestionarios ejemplificaban intervenciones pero no daban cuenta de su uso en pacientes.

Respecto a la descripción de las características de la psicoterapia de familia que realizan los profesionales de salud en el centro y cómo es la primera entrevista con la modalidad online durante el aislamiento obligatorio por COVID-19, se pudo concluir que los terapeutas que atienden pacientes por modalidad online en algunos casos tienen pacientes que no han visto nunca personalmente. Hay ocasiones donde se trabaja con todos los integrantes y en otras solo se solicita la presencia de algunos. En el caso de los pacientes menores se solicita la ayuda de los padres para el proceso terapéutico. En la primera entrevista de admisión se envía un instructivo previo al encuentro con todos los detalles de cómo se trabajaría en el tratamiento incluyendo el uso correcto de la plataforma para poder utilizar la cámara gesell online (CGO). La admisión la realiza la supervisora completando una ficha específica y al finalizar el encuentro deriva a los pacientes otro terapeuta para que continúe con el tratamiento. En ocasiones la reunión es interrumpida para que el grupo terapéutico realice sus intervenciones.

Respecto a la descripción de técnicas de intervención del tipo familiar que realizan los profesionales de un centro mental Sistémico, Estratégico y Breve de manera online en relación a la presencial durante el aislamiento obligatorio por COVID-19, se destaca la reformulación como una herramienta valiosa y clave del éxito terapéutico donde se intenta cambiar la visión del problema y generar un nuevo sentido a la situación. Se utiliza también en el momento de la terapia donde otras intervenciones no dieron resultado generando así un cambio en el sentido de la terapia y a su vez el uso de las intervenciones directas con pedidos y mensajes claros. Por otro lado también la utilización de intervenciones indirectas para aquellos pacientes resistentes al cambio. Entre ellas se ubicaron el uso de metáforas, y las paradójales. Dentro de estas últimas se puede establecer también la prescripción del síntoma.

En cuanto a las ventajas que encuentran los profesionales en la psicoterapia online del tipo familiar en comparación con la práctica clínica presencial, se pudo concluir que los pacientes pudieron comenzar o continuar su tratamiento a pesar del contexto y el aislamiento obligatorio. Esto ha abierto la puerta a la observación de los espacios privados de logrando incorporar mayor información de los pacientes. Aquellos que viven en el exterior tienen la oportunidad de realizar tratamiento con un terapeuta que comparta el

mismo idioma y la cultura. Genera ahorro económico y de tiempo. Se destaca el interés en los adolescentes. Permite acortar los tiempos entre el pedido de psicoterapia y tener la primera entrevista de admisión. En cuanto a los profesionales, genera accesibilidad para trabajar en la cámara gesell online (GCO). Respecto a las limitaciones, una de las mayores complicaciones que se obtuvo fue encontrar un lugar cómodo y privado al momento de realizar la sesión. La edad es un factor limitante debido al poco conocimiento del uso de tecnologías que tiene los pacientes adultos mayores. A ello hay que prestar atención a la escasa formación y capacitación de los profesionales y los problemas en cuanto a la conexión de internet llevando a cortar la sesión o deber reprogramarla. Por último existe también la limitación de la visualización del completo lenguaje corporal por parte de los terapeutas.

Focalizando en la realización de este trabajo se pueden señalar algunas limitaciones teóricas en base a la búsqueda de material bibliográfico que diera cuenta sobre la psicoterapia del tipo familiar mediante la modalidad online incluyendo sesiones grupales familiares o entrevistas de pareja. Debido al aislamiento obligatorio no se pudo asistir a las bibliotecas dificultando la obtención de material. Atendiendo las cuestiones metodológicas se realizó un cuestionario del tipo semidirigido que daba la posibilidad de que los profesionales decidieran expresarse con algunos ejemplos. En su mayoría las respuestas fueron nulas o poco desarrolladas, dificultando el proceso del tratamiento minucioso de los objetivos. Por eso solicite otra entrevista con las dos terapeutas para ampliar la información. Otra limitación metodológica relacionada con las entrevistas, fue que los terapeutas contaban con poca experiencia de tratamiento mediante esta modalidad, siendo escasamente enriquecedora en cuanto a los contenidos o ejemplos que comentaron. Por último, durante la práctica no se pudo participar de la cámara gesell presencial causando el efecto que la mayoría de los casos observados fueron a través de videos grabados y no respecto a esta nueva modalidad.

En relación a la aplicabilidad de la modalidad online en la terapia familiar debo mencionar que al momento de ser entrevistados los terapeutas no contaban con la experiencia de atender grupos familiares desde sus hogares a través de una teleconsulta. Hasta ese instante la mayoría de los casos comentados fueron individuales, o aquellos donde se incluían pocos participantes del grupo familiar que tampoco se encontraban compartiendo un mismo espacio. La situación conlleva a formularse algunas preguntas. Una de ellas es si se requiere el conocimiento de alguna técnica y habilidad específica

para aplicar cuando se atienden grupos familiares a través de la modalidad online. Además habría que analizar cómo es el abordaje de las familias reunidas en sus hogares, por parte del terapeuta en caso que ocurra alguna disputa o discusión familiar en sesiones de modalidad online. Por otra parte habría que evaluar si el factor de que la sesión ocurra desde sus hogares influye sobre la problemática debido a que los pacientes se sientan más cómodos de expresarse en sus hogares.

A criterio del pasante, se destacan particularmente los beneficios que obtuvo la implementación de la modalidad online en el tratamiento Sistémico Breve y Estratégico, generando un impacto positivo tanto para los terapeutas como pacientes. Se han demostrado resultados prácticos y semejantes entre ambas modalidades principalmente los logros terapéuticos. Es una modalidad que los terapeutas recomiendan y continuarían utilizando. Sin embargo, de acuerdo a las nuevas líneas de investigación, se sugiere realizar mayor análisis de dicha modalidad incluyendo los grupos familiares en sus espacios privados para poder ampliar conocimiento científico para los profesionales y determinar nuevas herramientas de trabajo.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Algodón, A. (2012). La terapia online y las relaciones humanas mediatizadas por la Tecnología 3.0. *De Familia y De Terapias*, 33 (18), 141-158.

American Psychological Association (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. American Psychological Association, Recuperado de <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology?fbclid=IwAR3WvQ1JHnAb9B-3JffqMkjF6f9XTQIJV8dbA0VV0qDmbKZWIqLF3UOOctSQ>

Aramberri, I. (2002). La Escuela Estratégica.

Recuperado en <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Escuela-Estrat%C3%A9gica.-I-Aramberri.-2014.pdf>

Baena, A., Quesada, M. y Vogt, F. (2017). La e-psicología: Posibilidades y limitaciones de las tecnologías de información y de la comunicación en la terapia a distancia. *Revista de Psicología*, 19 (73), 119-140.

Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen
Beyebach, M. S., Rodríguez Sánchez J., Arribas de Miguel C., Hernández M. J., Martín

- A. y Rodríguez Morejón A. (1997). *Terapia Familiar Breve: resultados de la Terapia Centrada en las Soluciones en la Universidad Pontificia de Salamanca*. Comunicación presentado en XVII Congreso de Terapia Familiar, Las Palmas de Gran Canaria, España.
- Beyebach, M. (2000). La técnica de la Externalización en el trabajo con Trastornos de la Alimentación. *Bilbao: Aldakuntza*, 1783(00), 2-13.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder
- Beyebach, M. (2015). La Terapia Sistémica Breve como terapia de tercera generación. En F. E. García y H. Schaefer, *Manual de Técnicas de Psicoterapia Breve* (pp. 13-23). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Campbell, L. F., Norcross, J.C (2018) Do you see what you see? Psychology's response to technology in mental health. *Clinical Psychology Science and practice* 25(2), 1-5. doi: <https://doi.org/10.1111/cpsp.12237>
- Cathalifaud, M. A. y Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de los sistemas. *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 3(1), 1.
- Compañ, V., Feixas, G., Muñoz, D. y Montesano del Campo, A. (2007) La reformulación en terapia sistémica. Recuperado en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32749/1/REFORMULACION.pdf>
- Daturi, D.E. (2015). Patrón, diferencia y circularidad: orígenes y sentido de la idea de mente en Gregory Bateson. *Pensamiento. Papeles de Filosofía*, 1(1), 137-160.
- De la Torre Marti, M. y Pardo Cebrián, R. (2018). *Guía para la intervención tele psicológica*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Distefano M. J., Cataldo G., Mongelo M. C., Mesurado B., y Lamas M. C. (2018). Conocimiento y uso de tecnologías digitales en psicoterapia entre los psicólogos de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 15 (1), 2-6.
- Durao, M. A. (2017). *El uso de tecnología y la persona del terapeuta en psicoterapia*.

- En IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Espinal, I., Gimeno Collado, A. y González Sala, F., (2006). El enfoque Sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista Internacional de los Sistemas*, 14 (1), 21-34.
- Fernández Duran, G. M. (2016). Las tecnologías de comunicación en psicoterapia desde la psicología sistémica (Tesis Magíster en clínica de adultos). Recuperado en <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/152529/Las%20tecnolog%3%adas%20de%20la%20comunicaci%c3%b3n%20en%20psicoterapia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1984). *La Táctica del cambio*. Barcelona: Editorial Herder.
- García Martínez, F. E. (2013). *Terapia breve sistémica: Fundamentos y aplicaciones*. Santiago de Chile: Ril Editores.
- Gomez de Agüero, M. E. (2014). *Manual de terapia Sistémica, principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Gutiérrez Mercado, R. (2020). Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (tele psicoterapia) derivados del COVID-19 en México. *Psicología y Salud*, 30 (1), 133-136.
- Haley J. (1980). *Terapia para resolver problemas. Nuevas Estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu Editoriales.
- Melchiori J. A., Sansalone P. A. y Borda T. (2011). Psicoterapias online: aportes y controversias acerca del uso de los recursos que ofrece Internet para la psicoterapia. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. (pp. 221-223). Buenos Aires, Argentina.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Miró, J. (2007). Psychotherapy and technological developments. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 81 (1), 15-19

- Nardone G. y Portelli, P. (2009). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder Editorial.
- Neipp M. C., Beyebach M., Núñez R. M., y Martínez Gonzalez M.C, (2015). The Effect of Solution- Focused versus Problem-Focused Questions: A Replication. *Journal of Marital and Family Therapy* 42(3), 525–535. doi: 10.1111/jmft.12140
- Norcross, J.C., Hedges, M. y Prochaska, J.O. (2002). El rostro de 2010: una encuesta de Delphi sobre el futuro de la psicoterapia. *Psicología profesional: investigación y práctica*, 33 (3), 316–322. doi: [10.1037/0735-7028.33.3.316](https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.3.316)
- Platone, M. L. (2007). El enfoque Eco sistémico en Terapia de Familia y de Pareja. *Psicología Segunda Época*, 16 (1), 57-77.
- Ramírez, S. (1999), *Teoría General de los Sistemas de Ludwing Von Bertalanffy*. México: Aprender a aprender.
- Roca Sánchez, M. J. (2016). Evaluación de la aceptabilidad y efectividad de un programa de telesalud por pacientes y profesionales para el tratamiento de la agorafobia (Tesis Doctoral). Recuperado de la Universidad de Granada (P33.56.1).
- Rodríguez Morejón, A. y Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido Fernández y J. García Martínez, *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro
- Rosell Puig, W., García, M. (2003). El enfoque sistémico en el contenido de la enseñanza. *Educación Media Superior*, 17(2) Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000200002
- Ruiz Dávila, M. (2007). Intervenciones Estratégicas Individuales del modelo sistémico. Recuperado en <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1062/1/06248.pdf>
- Sullivan, H. S. (1974). La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires: Psique.
- Traverso, G., y Martínez, T. S. (2020). Tele psicología durante la pandemia. *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos*, 36 (1), 39-48.
- Vásquez Muriel J. G.(2012). Reflexión sobre cómo los psicólogos perciben las intervenciones online. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* 35.(0) 346-365.
- Viaplana G. F., Muñoz Cano D., Compañ Felipe, V. y Montesano del Campo, A. (2012).

- El Modelo sistémico en la intervención familiar. Barcelona: UB.
- Villarreal Zegarra, D. y Paz Jesús A. (2015). Terapia Familiar Sistémica: Una Aproximación a la teoría y a la práctica clínica. *Interacciones*, 1(1), 45-55.
- Von Bertalanffy, L. (1986). *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Ciencia y tecnología.
- Wainstein, M. (2006a). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: Jce Ediciones.
- Wainstein, M. (2006b). *Comunicación, Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: Jce Ediciones.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1992). *Cambio: formación y solución de problemas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000). *Terapia breve y estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. España: Paidós.
- Weakland, J. H., Fisch, R. Watzlawick, P. y Bodin, A. M. (2004). Terapia breve: resolución focalizada en problemas. *Proceso Familiar*, 13 (2), 141-168. doi: [10.1111 /j.1545-5300.1974.00141.x](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1974.00141.x)

2. **ANEXO**

Cuestionario Psicoterapia Online en tiempos de Cuarentena

1. Nombre:
2. Sexo: F / M
3. Edad:
4. Años ejerciendo profesión:
5. Función en la institución:
 - a) Directora
 - b) Supervisora
 - c) Terapeuta
 - d) Programa Iniciación Profesionales
6. ¿Qué tipo de psicoterapia realiza? Puede elegir varias opciones
 - a) Individual
 - b) De pareja
 - c) Familia
 - d) Otro

7. ¿Utiliza internet para realizar psicoterapia? Si – No

8. ¿Está familiarizado con los recursos tecnológicos que utiliza? SI – NO

9. ¿Cuál es el medio utilizado? Puede elegir varias opciones

- a) Skype/ Zoom
- b) Video llamada/WhatsApp
- c) Otros: _____

10. ¿Por qué razón realiza psicoterapia online? Puede elegir varias opciones

- a) Aislamiento Obligatorio por COVID 19
- b) Distancia
- c) Costo de sesión
- d) Otros: _____

11. ¿Atiende pacientes exclusivamente por internet que no ha visto personalmente?
Si- No.

- b) Si responde que si podría contarme un poco la experiencia?

12. ¿Tuvo alguna instrucción previa antes de realizar el tratamiento? SI –NO

- b) Si responde que sí, Podría indicar qué tipo de instrucción realizo?

13. ¿Modifico el valor de las sesiones por modalidad online?

- a) SI
- b) NO

14. ¿Existieron casos de pacientes que se negaron a esta modalidad?

- a) SI
- b) NO

15. ¿Aumentaron los casos de consultas debido al aislamiento obligatorio?

- a) SI
- b) NO

PRINCIPIOS ETICOS Y LEGALES

16. Previo al comienzo de la psicoterapia online, ¿Dispone de las acreditaciones y documentos que prueban su calificación profesional y que le permitan el ejercicio de la terapia? ¿Se la enseña a los consultantes?

17. Mantiene los estándares éticos, como confidencialidad, resguardo/ destrucción de datos al igual que la en la práctica presencial?

18. ¿Realiza consentimiento informado en el que da cuenta sobre las características de la psicoterapia online? SI – NO

19. ¿Realiza un acuerdo mutuo previo con su consultante respecto al medio de comunicación, costo de sesiones, duración y frecuencia y vía de pago?

20. En caso de ser menores, ¿cuenta con la aprobación y consentimiento de los padres para llevar a cabo la psicoterapia online?

**APLICACIÓN Y EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIONES EN
COMPARACION A LA PSICOTERAPIA PRESENCIAL**

19. ¿Realiza un acuerdo mutuo previo, o encuadre con su consultante respecto a la forma de llevar a cabo las intervenciones?

21. ¿Los consultantes están familiarizados con respecto a la tecnología que usan?

22. ¿Los consultantes se encuentran en un lugar cómodo y privado al momento de realizar la psicoterapia online?

23. ¿Tanto el terapeuta como el consultor están conscientes de los posibles distractores que pueden haber y hacen lo posible para evitarlos para maximizar el efecto y resultados?

24. ¿Qué tipo de intervenciones realiza?

25. ¿Hay algún tipo de intervención que no pueda realizar o que se halle con dificultad para realizarla debido a que el paciente no se encuentra de manera presencial?

26. ¿Realizo primera entrevista de admisión de manera online?

- a) SI
- b) NO

B) Si responde que sí, podría dar cuenta de algunas ventajas de realizarlo de esta manera?

C) Si responde que sí, podría contarme algunos obstáculos o limitaciones que encontró al momento de realizarla?

27. ¿Recibe comentarios respecto a la psicoterapia online realizada?

28. ¿Indaga sobre qué aspectos mejorar para la siguiente sesión online? SI- NO

29. Al finalizar la sesión, ¿solicita al paciente que valore su nivel de satisfacción de 1 a 10?

- a) SI
- B) NO

-
-
30. Respecto a las diferencias entre la psicoterapia online y presencial, ¿cómo la valora?
- a) Positiva
 - b) Negativa
 - c) Igual
31. ¿Cuáles son los beneficios que encuentra? Puede marcar más de una respuesta
- a) Continuar trabajando a pesar del aislamiento obligatorio
 - b) Dar mayor alternativas a los pacientes
 - c) No interrumpir terapia ya comenzada
 - d) Acortar la distancia entre pacientes que viven lejos
 - e) Otros: _____
-
32. ¿Cuáles son las limitaciones que encuentra? Puede marcar más de una respuesta
- a) No contar con un espacio cómodo y privado
 - b) Fallo de internet y comunicación
 - c) Interrupción de otras personas
 - d) Posibles distractores ambientales (celulares, televisor, ruidos ambientales, etc)
 - e) Capacidad de maniobra de terapeuta
 - f) Tipo de intervenciones a realizar
 - g) Compromiso de los pacientes
 - h) Conocimiento y uso de tecnologías de parte del profesional y/o paciente
 - i) Otros: _____
-
33. Una vez que finalice el aislamiento obligatorio, continuaría realizando terapia online?
- a) Si
 - b) No
 - c) Complemento/Mixto
34. ¿Recomendaría a sus colegas realizar psicoterapia online?
- a) SI
 - b) NO

