

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología
Práctica y Habilitación Profesional V
Trabajo Final Integrador

HERRAMIENTAS PARA LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN TERAPIA SISTÉMICA
PRESENCIAL Y ONLINE.

Baloa, María Daniela
Tutor: Gregorio Traverso

Buenos Aires, 28 de septiembre de 2020

Agradecimientos

Este apartado esta dedicado a agradecer a las personas que me han apoyado y ayudado durante toda y una gran parte de mi carrera.

Primero, quiero agradecer a mi madre por apoyarme toda la vida y darme las herramientas que me permitieron cumplir todas las metas que me establecí.

Segundo, quiero agradecer a mi novio que estuvo siempre a mi lado dándome apoyo y seguridad en momentos de mucho estrés y ansiedad.

ÍNDICE.

1.Introducción.....	3
2. Objetivos.....	3
2.1. Objetivo General.....	3
2.2. Objetivos específicos.....	4
3. Marco Teórico.....	4
3.1 Antecedentes teóricos en la terapia sistémica.....	4
3.1.1. Principales escuelas sistémicas	6
3.1.2. Terapia Sistémica Breve.....	9
3.2. Alianza terapéutica.....	11
3.3. Terapia online	15
3.3.1. Avance tecnológico en las intervenciones terapéuticas.....	19
3.3.2. Pautas para la práctica de terapia online.....	20
3.3.3. Alianza terapéutica en terapia online.....	22
4. Metodología.....	24
4.1. Tipo de estudio.....	24
4.2. Participantes.....	25
4.3. Instrumentos.....	25
4.4. Procedimiento	26
5. Desarrollo	26
5.1.Herramientas que utilizan en el enfoque sistémico para que se establezca una buena alianza terapéutica de manera presencial.....	26
5.2. Herramientas que utilizan en el enfoque sistémico para que se establezca una buena alianza terapéutica a través de sesiones de manera online.....	29
5.3. Diferencias que observan los terapeutas y la coordinadora en el enfoque sistémico sobre la alianza terapéutica de manera presencial a las que se presentan en la manera online.....	32
6. Conclusiones.....	36
7. Referencias Bibliográficas	37

1. Introducción

El presente Trabajo Final Integrador se realizó como parte de la Práctica de Habilitación Profesional V del último año de la carrera de Psicología en la Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina. Se fundamentó a través de la experiencia que se cumplió en una institución de enfoque Sistémico Estratégico Breve (desarrollado por el Mental Research Institute - MRI) en el barrio de Belgrano en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicha institución se focaliza en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes y en la formación de profesionales de la salud mental.

La carga horaria de la práctica constaba de 285 horas, pero a inicios de 2020 hubo noticias de un nuevo virus conocido como COVID19. En marzo la Organización Mundial de la Salud declaró el brote del nuevo virus como Pandemia Global. El gobierno determinó y estableció que se debía mantener una cuarentena y permanecer en casa para la seguridad de los ciudadanos y evitar la propagación constante de dicho virus.

La carga horaria de la práctica a partir de la cuarentena se distribuyó principalmente en dos días: martes y viernes de 10:30 a 13:30hs. En estos espacios se realizaron tareas de lectura de material bibliográfico, grupos de estudio, visualización de videos y realización de transcripciones de textos, esto último con la idea de cumplir una mayor cantidad horaria.

La pasante manifestó interés en el área clínica de la psicología en la rama sistémica debido a que se muestra interesada en el abordaje de sistemas (familias y parejas), además de interesarse en la terapia individual. Siendo entonces éste el lugar adecuado para la realización de su pasantía, en el primer semestre de 2020. La pasante manifestó mayor interés en indagar sobre el establecimiento sólido de la alianza terapéutica en la terapia online y las diferencias que se presentan con la terapia presencial. Consideró de gran importancia indagar sobre la terapia online, debido a que como se debía mantener la cuarentena, la terapia online iba a ser la modalidad de terapia que se utilizará en esos momentos.

En este estudio se analizaron las herramientas para la alianza terapéutica en terapia sistémica presencial y online, y las diferencias que las participantes donde se realizó la práctica encontraban en la alianza terapéutica entre ambas modalidades de intervención terapéutica.

2. Objetivos

2.1. General

Analizar las herramientas que utilizan los terapeutas en el enfoque sistémico para establecer una buena alianza terapéutica en terapias de manera presencial y terapias de forma

online y las diferencias que encuentran los terapeutas en la alianza terapéutica entre ambos tipos de intervención.

2.2. Específicos

1. Describir las herramientas que utilizan en el enfoque sistémico para que se establezca una buena alianza terapéutica de manera presencial.
2. Describir las herramientas que utilizan en el enfoque sistémico para que se establezca una buena alianza terapéutica a través de sesiones de manera online.
3. Analizar las diferencias que observan los terapeutas y la coordinadora en el enfoque sistémico sobre la alianza terapéutica de manera presencial a la que se presenta en la manera online.

3. Marco teórico

3.1 Antecedentes Teóricos en la Terapia Sistémica.

La terapia sistémica obtuvo contribuciones de distintas especialidades y autores: se desarrollarán cuatro antecedentes teóricos primordiales.

Primero, la Teoría general de los sistemas (TGS). El autor Bertalanffy en 1968 conceptualizó a la TGS como un campo lógico-matemático cuyo objetivo es la representación y deducción de los principios aplicados a los sistemas. Propuso el término de interacción y relación. Es una teoría compuesta por varias disciplinas, por lo que puede ser aplicado a cualquier sistema (Camacho, 2006). Es presentada por Cathalifaud y Osorio (1998) como una manera metódica de acercamiento y exhibición de la realidad que permite experimentar de manera alentadora varias disciplinas de trabajo. Tuvo su surgimiento en la década de los años 1940 y dicha propuesta tuvo gran trascendencia en las ciencias naturales y sociales, ya que intenta explicar la realidad y cuyo foco son las relaciones personales.

La segunda teoría es la cibernética. Wiener (1948) la define como la ciencia de la comunicación, el dominio del ser humano y de las máquinas y se dedicó a las técnicas de comunicación y retroalimentación en los sistemas. Fue descrito por varios autores entre ellos Bateson en 1972, quien lo definió como la técnica de los modelos de orden y Keeney en 1987 la definió como la técnica de los modelos de orden para los sistemas. Keeney se encarga de estudiar las interrelaciones entre los integrantes del sistema, como estos afectan el control de los procesos y cómo el sistema se relaciona con su entorno. La cibernética permitió estudiar la comunicación y las interrelaciones en los sistemas (Cathalifaud & Osorio, 1998).

La retroalimentación es la información referente al recorrido entre el *nivel actual* y el de *referencia* de un sistema, se utiliza para modificar el recorrido. En términos educativos es definido como la información necesaria para disminuir los resultados de aprendizaje alcanzados y los esperados (García, 2015).

La tercera teoría es la comunicación. Watzlawick, Beavin y Jackson (1991) orientaron el concepto en su presencia práctica, con la finalidad de delinear y comprender los patrones y consecuencias que ejerce la comunicación en los sistemas. Centra su estudio en el vínculo entre el hablante y el destinatario, en donde la comunicación es intermediaria. Arango et al (2016) postulan que la comunicación humana está compuesta por tres áreas: la sintáctica, la semántica y la pragmática. La primera se refiere a la transferencia del mensaje; la segunda se interesa en el significado o esencia del mensaje que se transfiere; y la tercera se centra en la afectación que la comunicación tiene sobre la conducta humana. Existen cinco términos de mucha importancia y relevancia que son denominados como *axiomas*, dan el origen a la comprensión de la comunicación como algo complejo que debe analizarse desde el enfoque sistémico a partir del concepto de intercambio. El primero es la *imposibilidad de no comunicar*, es imposible dejar de comunicar y de comportarse, aún cuando se está en silencio se comunica, la comunicación no es sólo verbal sino también es no verbal (gestual); el segundo son *los niveles de contenido y relación de la comunicación*, donde el contenido del mensaje transmitido es interpretado por el receptor de acuerdo a la relación existente entre éste y el emisor; el tercero es *la puntuación de la secuencia de los hechos*, donde se interactúa en una secuencia definida por el emisor y el receptor; el cuarto es *la comunicación digital y analógica*, lo digital hace referencia a la comunicación verbal y medible, y lo analógico refiere a lo no verbal (movimientos corporales, posturas, gestos, expresiones faciales); y el quinto es *la interacción simétrica y complementaria*, se busca una relación imparcial que permita la comodidad entre las partes, puede ser simétrica cuando se mantienen las mismas condiciones en el emisor y el receptor (hermanos) y complementaria cuando está sujeta a una jerarquía (padre e hijos).

La última teoría es la psicoterapia familiar. Bateson (1976) establece los principios teóricos más importantes en el avance de la terapia familiar sistémica. Bateson incluyó instrumentos de la antropología y de la cibernética en la percepción del comportamiento. El transcurso del modelo sistémico estuvo vinculado a la terapia familiar, a través de la que obtuvo muchas contribuciones. Hoy en día la práctica es más abarcativa y es aplicada en terapias particulares, grupos, pareja y familias (Hoffman, 1987).

Es importante desarrollar el concepto de sistema, el cual tiene varias definiciones. Watzlawick, Beavin y Jackson (1991) lo definen como la relación de objetivos y propósitos. Bertalanffy (1968) lo definió como la interacción entre los elementos, la presencia de una relación de dependencia entre ellos y la capacidad de un cambio. Los sistemas se definen en función a su autoorganización y dicha organización radica en el hecho de que ocurran interacciones entre los elementos del sistema y su entorno. Los principales conceptos que definen al sistema son la *interacción, la globalidad, la organización y la complejidad*: 1) la interacción y las relaciones entre los elementos del sistema son de interdependencia; 2) un sistema es una unidad global que está constituido por partes interrelacionadas; 3) la organización se refiere al orden de las relaciones entre los sistemas o individuos, lo cual produce una unidad nueva con cualidades diferentes; y 4) la complejidad se encuentra presente en todos los sistemas (Flores & Thomas, 1993). García (2011) establece que el funcionamiento del sistema se sustenta a partir de la existencia de dos elementos. Primero, la energía que lo mueve, las interacciones, las tensiones que le permiten existir como tal. Segundo, la circulación de informaciones y significaciones, misma que permite el desarrollo, la regulación y el equilibrio del sistema.

También es necesario desarrollar el concepto de *cambio*. El cambio uno consiste en las reglas y normas que se establecen dentro del sistema que son persistentes y permanecen sin ser modificados. Por otro lado, el cambio dos implica una modificación en el sistema, modificación en las normas y en el contexto, siendo este considerado como el verdadero cambio. El cambio dos se realiza desde el exterior, es decir, se producen las modificaciones en las normas que rigen el sistema y en las proposiciones que rigen su funcionamiento (García, 2015).

3.1.1. Principales Escuelas Sistémicas

En la década de los años 1960 surgió la terapia familiar de enfoque sistémico, en donde se observan la escuela de Palo Alto, la escuela Estructural y la escuela de Milán. El término que unifica los diferentes enfoques es el término de sistema, el cual es definido por establecer hincapié en el dominio del todo “el todo es más que la suma de las partes” (Feixas & Miró, 1993).

Feixas & Miró (1993) establecen que en 1962 Jackson fundó el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, en donde se realizaron las primeras formaciones en terapia familiar con el propósito de cambiar las interacciones del sistema, es decir el cambio 2. Para los autores, los pacientes que iban a la sesión con alguna problemática, la definían como un dilema en el

cual hubo la intención errada de solucionarlo y la cual dificultaba el desarrollo para el cambio, donde dichas problemáticas se mantenían cuando se insistía en el uso de herramientas y soluciones previamente utilizadas que no habían podido solventar dicha problemática. Los autores consideran que la principal característica consiste en que el foco está puesto en los vínculos entre las personas que constituyen la familia, las normas que restringe y sostienen las problemáticas por lo que se concurre a la terapia. Además de encontrarse en el campo de las terapias breves, ya que se plantean las intervenciones con una cantidad máxima de diez sesiones.

García (2015), establece que una de las propiedades de mayor importancia radica en las relaciones entre los integrantes de la familia y las problemáticas que los llevan a la terapia. Moldeando la retroalimentación se facilita la terapia sistémica para que no fuera solo familiar, ya que la totalidad de los que asisten no vivían cerca de sus familias. Una segunda propiedad fue la búsqueda de maneras eficaces de resumir la terapia, limitando las intervenciones para la resolución del problema. En 1968, se creó un centro de terapia breve que concluyó que una terapia de 10 sesiones podría llegar a ser perfecta y podía generar cambios duraderos en las personas. Se desarrollaron diferentes tipos de intervenciones, técnicas apuntadas a seducir al paciente y a sus familiares para que realizaran la terapia. Las intervenciones se dan cuando se culmina la sesión en donde se proponía que se debía realizar en casa. Se postularon dos tipos de intervenciones, las intervenciones específicas y las generales o estratégicas (Inmaculada, 1995).

Otra escuela de gran importancia fue la escuela Estratégica en donde fue considerado el joining como intervención, el cual le da acceso al terapeuta para que establezca un buen vínculo, en donde la familia y él terapeuta se sientan aclimatados, estableciendo la seguridad necesaria para proponer las técnicas a realizar. García (2015) considera que lo que hace que la terapia sea estratégica es la posición que tiene el terapeuta, ya que debe establecer una solución particular para cada problemática y para cada sujeto. La responsabilidad está en el terapeuta para que se produzca el cambio, el terapeuta debe ser práctico y establecer una relación *simétrica* o de igualdad donde el paciente es quien puede producir su propio cambio. El cambio que se busca no es el final, sino el cambio funcional. Inmaculada (1995) define que los procesos familiares se manifiestan en sus estructuras, como la intervención, el rango y dependencia del poder. El proceso terapéutico se establece en tres fases. La primera donde el terapeuta se vincula como líder a la familia, en la segunda se desvincula y evalúa la estructura, y la tercera creando las condiciones para establecer el cambio en la estructura.

En la escuela estratégica principalmente se postula que los sistemas están organizados como *alianzas y coaliciones*, en donde es necesario que al menos estén presentes tres personas. La *alianza* consiste en la cercanía de dos o más miembros del sistema, en donde un tercer miembro se encuentra apartado. La *coalicción* sucede cuando se aleja al tercer miembro y se produce la cercanía de los otros miembros del sistema. Minuchin en 1974 considera que principalmente se debe buscar *entrar* al sistema mediante la *acomodación* de la información que es recaudada a través de las interacciones, el *mantenimiento* de las normas actuales que se encuentran en el sistema y las similitudes que se presentan entre el terapeuta y la familia. Cuando el sistema considera al terapeuta como de confianza y conoce las modalidades de comunicación y estructuras, puede empezar a reestructurar dicho sistema (Feixas & Miró, 1993).

Por último, la escuela de Milán, en donde desde el contacto inicial, orientan la atención a los datos obtenidos, a partir de los cuales se empiezan a establecer posibles maneras de intervención (Palazzoli, 1988). Feixas & Miró (1993) consideran a la familia como un *sistema cibernético autorregulado* en donde todos los miembros están relacionados y en donde la problemática es planteada en conjunto por los miembros del sistema. La principal característica es el acondicionamiento para las intervenciones a familias que contienen una organización rígida. La evaluación se inicia desde el primer contacto que se establece a través del teléfono, en donde se recolecta información para comenzar a establecer una hipótesis. La principal característica de la evaluación es definir el vínculo, los pensamientos y creencias de la familia en donde aparece la sintomatología y decretar lo que esto implica en la familia. El objetivo terapéutico se basa en librar la severidad de los pensamientos de la familia, para que luego puedan encontrar el cambio más efectivo. El propósito de las primeras dos entrevistas es definir la motivación para que se establezca el cambio y que se establezca una buena alianza terapéutica (Inmaculada, 1995).

A pesar de que las tres escuelas desarrollaron diferentes maneras de intervenciones en el ámbito terapéutico, el traslado de un modelo a otro ha sido frecuente (Feixas & Miró, 1993).

3.1.2. Terapia Sistémica Breve

En enero de 1967 se propuso el desarrollo de un modelo de terapia breve, el cual dió origen al Brief Therapy Center, que hoy en día es conocido como el Modelo de Palo Alto. En el cual se establecieron cambios en la psicoterapia, ya que el modelo es conciso, sencillo, práctico y eficiente direccionado al cambio. Se estableció un margen de la cantidad de sesiones (10 sesiones) y al mismo tiempo se decidió atender en cámara gessel (Cazabat &

Urretavizcaya, 2007). Ramírez y Gantiva (2009) consideran que el nacimiento de la terapia breve está orientado a la percepción, la inclinación al aquí y ahora y la fundación de un vínculo terapéutico empático. La motivación es de gran importancia en la terapia breve, es considerada como un aspecto de posibilidad al cambio y no como un aspecto de personalidad.

La terapia sistémica breve reconoce la epistemología sistémica de Bateson como origen y por otro lado promueve las intervenciones breves, a través de la movilización de los recursos que los pacientes tengan para alcanzar sus objetivos en un tiempo más limitado. La terapia es dinámica, ya que busca el cambio a través de estrategias sin necesidad de que se establezca una terapia larga, independientemente de la dificultad y duración de la problemática (García, 2015). La terapia no solo busca eliminar los síntomas, sino que le permite al paciente percibir la realidad de una manera diferente y así reconstruir su realidad. Disminuye la ansiedad y angustia, incrementa el vínculo del paciente y le permite obtener mayor bienestar emocional. Un concepto de gran importancia es la *redefinición* de la problemática, es decir, se define la problemática con diferentes características y palabras (García & Ceberio, 2016).

Según Beyebach (2006) el primer contacto que se realiza es normalmente a través de una llamada para establecer una cita. Este primer contacto es de gran importancia debido a que a través de este se puede llevar a una resolución del problema de manera positiva o puede que la persona abandone la terapia antes de comenzar. A través del primer contacto se puede ayudar a minimizar la terapia si se crea una buena relación entre el terapeuta y el cliente, si se invita a la primera entrevista a aquellas personas relacionadas para atribuir a una solución del problema de manera más rápida, permite conocer si se puede trabajar con el paciente o si es necesario derivar a otro profesional.

El enfoque sistémico ha considerado varios métodos terapéuticos. El primero es la *reformulación*, en donde se busca modificar los conceptos y emociones del paciente y en donde el terapeuta debe tener en cuenta el objetivo que el paciente tenga respecto a la terapia y utilizar el mismo lenguaje que utiliza el paciente; el segundo es la *resistencia al cambio*, en donde se busca la modificación de las resistencias que tenga el paciente respecto a la terapia; y el tercero es la intervención paradójica, la cual consiste en proponer cambios leves (debido que el cambio muy rápido puede ser arriesgado) o la propuesta de que no debe cambiarse nada (Ríos & Ruiz, 2005).

Ceberio y Linares (2005) consideran que no se debe hablar de tratamiento sino de trabajo terapéutico, el cual implica intervenciones dirigidas al cambio. El terapeuta sistémico dirige la terapia proponiendo metas, intervenciones y tareas a corto plazo para resolver las problemáticas del paciente. Cuando el paciente no se muestra colaborativo o se opone a la

resolución de sus síntomas, puede que sea más difícil establecer una buena alianza terapéutica. Es importante en la terapia sistémica tener en cuenta los vínculos del paciente, el ambiente donde se establece la sesión y el número de personas que integran el sistema del paciente.

El terapeuta en el enfoque Sistémico Breve, pretenderá realizar intervenciones de manera específica poniendo el foco en el presente, en resolver los problemas que tiene ahora. Solamente se indagan los acontecimientos del pasado para averiguar las soluciones que previamente se utilizaron. Principalmente se examina el problema y luego se acuerda mutuamente el propósito de la terapia, colocando el foco en el presente (Vargas, 2004). Asimismo, Martínez (2015) considera que el terapeuta tiene mayor compromiso en el establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica; debe proveer un ambiente seguro y sólido; contemplar hasta dónde puede ayudar al paciente; que tenga la capacidad de coincidir con los miembros del sistema familiar del paciente; capacidad de comprender al paciente; ser empático y respetuoso. Mientras que el paciente debe estar dispuesto a efectuar la terapia y estar motivado. Por otra parte, García y Ceberio, (2016) consideran que la historia clínica permite que se establezca un mayor conocimiento y entendimiento de las problemáticas actuales del paciente. El terapeuta debe interesarse desde el primer contacto en las relaciones personales del paciente, sus problemáticas, la búsqueda de soluciones que ha realizado y que han fracasado y buscar la solución de la problemática lo más rápido posible. Asimismo, el terapeuta debe tener en cuenta las asignaciones que el paciente considera que atribuyen a su problemática y buscar el significado de esas atribuciones que el paciente menciona. Así el terapeuta podrá considerar los objetivos de la terapia para el cambio y tener en cuenta a las personas que contribuyen a que se establezca la problemática.

Las tareas son de gran importancia y en la primera entrevista se pueden comenzar a establecer cambios cognitivos en el paciente, indagando información sobre la conservación de las problemáticas que tiene. Una vez que se obtenga la información se plantean las tareas para que se establezca el cambio en la forma en la que se operan las problemáticas en su vida. Las tareas permiten establecer técnicas terapéuticas que se someten a la teoría, al deseo del paciente, la problemática presentada, el vínculo que se establezca y la condición que tenga el paciente para el cambio (Beyebach & Vega, 2016).

3.2. Alianza terapéutica

En 1979 Bordin propuso el concepto de alianza terapéutica. Dicho concepto se originó en el modelo psicoanalítico y actualmente es utilizado por otros modelos. Este autor sostiene

que el progreso de una buena alianza terapéutica es un factor de cambio. Un factor primario es la relación entre el paciente y el terapeuta. La naturaleza de esta relación establece el contenido afectivo que presenta el paciente sobre el terapeuta, influyendo en el proceso terapéutico (Feixas & Miró, 1993). Luego, Bordin (1994) propuso un diferente concepto de alianza, a la cual llamó alianza de trabajo. Para Bordin, la alianza fue centralmente el resultado de una colaboración en la terapia y el desarrollo fue fomentado por tres procesos: acuerdos sobre los objetivos terapéuticos, consenso sobre las tareas que compensan y benefician la terapia y un vínculo entre el cliente y el terapeuta. Para el autor la alianza representa una cualidad ascendente de unión y asistencia mutua entre el terapeuta y el cliente. Su desarrollo puede tomar diferentes formas y puede lograrse rápidamente o nutrirse durante un período de tiempo más largo, dependiendo del tipo de terapia y la etapa de tratamiento.

Corbella y Botella (2003) consideran la alianza terapéutica como una construcción unificada entre el paciente y el terapeuta; de modo que las expectativas, los criterios, el vínculo construido y la percepción del otro son de gran relevancia para que se establezca una alianza sólida. Dicho concepto se remonta al periodo de los escritos de Freud a la cual define como una transferencia positiva que vincula al paciente y al terapeuta. Esta transferencia favorece la aprobación y la autenticidad de las aclaraciones y apreciaciones del terapeuta. Norcross (2002) la define en el campo de la psicoterapia como el compromiso que se mantiene entre el paciente y terapeuta, incluyendo las redes afectivas, la confianza y el establecimiento de metas. El autor insinuó que la alianza terapéutica entre paciente/terapeuta se desarrolla en dos fases. La primera en donde el paciente piensa al terapeuta como una fuente de ayuda, el cual brinda una relación de apoyo y cuidado. La segunda fase implica la creencia que tiene el paciente sobre el proceso terapéutico y el entendimiento de los conceptos principales de la terapia, además del compromiso del paciente en compartir la responsabilidad del proceso de la terapia (Horvath et al, 2011). Pérez (2018) establece que la alianza está intervenida por tres procesos. El primero es el consenso de los objetivos de la terapia, el segundo es el acuerdo de las tareas que debe ejecutar el paciente y el tercero es la relación entre el psicólogo y el cliente.

La alianza es considerada de gran importancia en la terapia, ya que ha demostrado grandes cambios en los pacientes y posibilita la capacidad de mejorar sus relaciones personales. Una buena alianza al inicio de la terapia, ha demostrado una mejoría en los síntomas (Manubens et al, 2018). Botella y Corbella (2011) considera que para el establecimiento de la alianza terapéutica hay que tener en cuenta que las primeras sesiones son esenciales y son las más importantes. A través del establecimiento temprano se puede

observar si el paciente continuará o dejará la terapia. Asimismo, Christina & Terence (2016) postulan que una de las etapas principales y de mayor importancia en la terapia, es la instauración temprana de la alianza, a través de la cual se establecen las intervenciones posteriormente. Es considerado más probable que una persona abandone al principio que a mediados de la terapia. Cuando es así, la persona se encuentra menos motivada a realizar el tratamiento. Igualmente, Pérez (2018) establece que si el vínculo se encuentra debilitado, es frágil o el consenso de las tareas no se cumple, se puede dar un quiebre en la alianza. Cuando el quiebre es al inicio de la terapia pueden presentarse en el paciente dificultades, pero cuando el quiebre es más avanzado se puede perder la confianza. Si se produce el quiebre se debe trabajar de manera honesta y aceptar la atribución personal de las razones por las cuales se está realizando el quiebre, realizar tareas interviniendo en las inquietudes del paciente, detallar las intervenciones que se realizarán y sus beneficios.

El terapeuta debe tener en cuenta la impresión del paciente sobre las relaciones terapéuticas anteriores y la calidad del vínculo actual para que se establezca una fuerte alianza. La ruptura en la alianza terapéutica puede ser de gran ayuda para averiguar, comprender, analizar e indagar las necesidades y problemáticas del paciente (Safran & Muran, 2005).

Bermúdez y Navia (2013) considera que algunas herramientas para que se establezca una sólida alianza terapéutica son: la *escucha activa*; establecer que la comunicación es segura; *validar* los pensamientos, sentimientos y lo que dicen los pacientes; acompañarlos continuamente en el proceso terapéutico; y *comprender* sus sentimientos. Cuando el paciente considera que no es escuchado, entendido o considera que el terapeuta se encuentra poco interesado o aburrido sobre su problemática es más posible que la alianza no se establezca y deje la terapia. Asimismo, cuando se demuestra empatía, respeto, no se juzgan las problemáticas del paciente, se demuestra disposición a ayudar, demostrar y mantener la escucha activa y confiabilidad es más probable que se continúe la terapia.

Ceberio y Watzlawick (2008) establecen que la terapia se presenta como un diálogo terapéutico, diferente a una conversación con algún compañero o familia. El diálogo puede ser similar, pero se diferencia en el contenido. El terapeuta charlará de forma equilibrada, afectiva, con empatía, respeto y establecerá intervenciones y procedimientos. En la charla, el terapeuta manifiesta el conocimiento clínico y los años de estudio. Un concepto de gran importancia es la alianza entre el terapeuta y el paciente, al igual que el concepto de afecto. El afecto es facilitador en las intervenciones y en el cambio; permite la delicadeza,

flexibilidad, aproximación o distanciamiento. Por otra parte, Ríos y Ruiz (2005) consideran diferente la alianza terapéutica a otros vínculos personales y considera cuatro diferencias. 1) La alianza terapéutica se encuentra focalizada en el paciente y en solventar sus problemáticas; 2) en la alianza terapéutica, se establecen los objetivos de la terapia desde las primeras sesiones; 3) el vínculo terapéutico es profesional y responsable; y 4) la alianza está determinada por un tiempo, cuando se resuelven las problemáticas y se consiguen las metas establecidas se finaliza con la terapia.

Igualmente, Betancur y Ortiz (2019) establecen que la alianza terapéutica supone un vínculo y un pacto entre el paciente y el terapeuta; que incluye seguridad, respeto, familiaridad, empatía y la cual es un pronóstico de los resultados beneficiosos y exitosos de la terapia. La alianza terapéutica no es una relación normal como la que es establecida con los compañeros, amigos, familia y pareja. Es una relación mucho más acentuada, en la que se establecen metas y el terapeuta es responsable en la constitución sólida de la alianza y el establecimiento de una comunicación activa. Asimismo, Rubio (2017) considera que una propiedad necesaria para que se establezca una buena alianza terapéutica es el ánimo, calidad afectiva y vincular entre la familia y el psicólogo, además de la empatía y afectividad que el terapeuta demuestre. La comprensión, el acoplo o el acuerdo mutuo puede beneficiar o perjudicar la alianza terapéutica. La alianza terapéutica con la familia se establece a partir de la adaptación y estabilidad que se muestran en el proceso terapéutico, el vínculo afectivo con el terapeuta y el sentimiento de que se comparten los objetivos de la terapia.

Segun Cruzat et al (2013) una adecuada alianza terapéutica es favorecida por: los motivos que incentivan a los pacientes; la atmósfera relacional en el desarrollo del vínculo; la empatía, los recursos, la confianza y apoyo que tenga el terapeuta; si se cumplen las exigencias del paciente; la no demostración de prejuicios hacia el paciente; desánimo frente al tratamiento; retraimiento ante la enfermedad o interpretación de dos maneras distintas sobre la recuperación; el terapeuta debe entablar un rol activo ante el paciente y los objetivos deben adaptarse a su tiempo. Asimismo, Molina et al (2013) considera que una fuerte alianza terapéutica está compuesta por el apoyo recíproco, estimación y el movimiento hacia la resolución de los objetivos propuestos. El vínculo contiene tres factores. El primero es el atributo de la relación, que consiste en la búsqueda de representaciones y saberes generales. El segundo es la mutualidad, que son las representaciones comunicacionales que tienen significados parecidos para el terapeuta y paciente. El último es la reciprocidad, el cual consiste en acciones interaccionales que se ejecutan con la finalidad de obtener una respuesta.

Horvath (2018) propone ampliar el conocimiento del concepto de la alianza terapéutica en relación al cambio desde el enfoque sistémico, diferenciando la manera en la que se consolida la alianza, en rasgos y estados. El primero refiere a la disposición y las aptitudes de los que intervienen para establecer la alianza terapéutica; y el segundo implica los cambios de la alianza en la marcha de la terapia. Una de las características del concepto de alianza es que puede ser utilizada en los diferentes enfoques teóricos.

En el enfoque sistémico, se encuentran varias definiciones de la alianza terapéutica. Rait (1988), estableció dos bases. La primera son las terapias experimentales donde el apoyo, el afecto y la cooperación de ambas partes (terapeuta y paciente) son primordiales; el segundo son las terapias multigeneracionales, donde el terapeuta se mantiene imparcial y justo. Carranza (2009) valora la alianza familiar por separado, cada persona perteneciente de la familia debía tener un trato distinto. Ríos y Ruiz (2005) postulan que en la terapia sistémica la alianza terapéutica está compuesta por el contacto y el vínculo, donde el paciente se siente comprendido y conocido, instaurando seguridad e intimidad.

Pinsolf y Catherall (1986) innovaron el concepto de alianza terapéutica, a través de dos dimensiones: 1) *contenido*, incluía los conceptos de Bordin (1979) (instaurar un vínculo efectivo, convenio en las metas de la terapia y la determinación de las tareas para alcanzar las metas); 2) *Interpersonal*, se instauró para dar cuenta de la presencia de otras personas como la familia o la pareja y está dividida en cuatro: la alianza individual (con uno solo de la pareja), subsistema (en una familia solo establece la alianza con los padres), global (con toda la familia) y la alianza intra-sistema (alianzas que se forman en la familia o en la pareja y las alianzas del terapeuta). En la terapia con una persona la alianza está focalizada de una manera distinta a como se focaliza en una terapia sistémica con una familia o una pareja. El vínculo debe ser similar con todos los participantes y es el foco para el cambio. Para que se establezca una alianza firme dentro del sistema, se deben acordar las metas de la terapia y las tareas que se llevarán a cabo (Martínez, 2015).

Meyer (2001) consideró dos instrumentos para medir la alianza terapéutica. El primero es a través de cuestionarios respondidos por pacientes y terapeutas y el segundo, a través de observaciones en las sesiones enfocándose en el vínculo.

En el estudio de Bachelor (2013), se consideraron las opiniones de los pacientes y de los terapeutas acerca de la alianza. Los pacientes consideraron seis factores para que se establezca una fuerte alianza: vínculo cooperativo, trabajo efectivo y fructífero, compromiso, garantía, acuerdo sobre las tareas, metas y el avance. Los terapeutas sugieren cuatro factores iniciales: vínculo cooperativo, confianza y ocupación del terapeuta, acuerdo y confianza del

paciente, la extensión de trabajo que tenga el paciente. Las opiniones de los terapeutas son diferentes a las de los pacientes en relación a la alianza, ya que los pacientes consideran más importante el nivel de ayuda y la participación mutua en las sesiones. Horvath y Luborsky (1993), consideran tres factores que intervienen en la capacidad de establecer una alianza sólida y que los resultados de la terapia sean beneficiosos. El primero es el enfoque de la terapia, que considera que en cualquier enfoque puede establecerse una fuerte alianza; el segundo es el tiempo que dure la terapia, una buena alianza puede establecerse sin importar la cantidad de sesiones; y el tercero es el establecimiento de una alianza temprana/ tardía, en el cual consideran que cuando se establece una alianza en las primeras sesiones tiene un leve mejor resultado que aquellas que se establecen en las últimas sesiones.

El Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF) es una medida de precisión observacional basada en las expresiones comportamentales que los pacientes dan de la alianza terapéutica, así como en las consideraciones observables del terapeuta sobre la alianza. Se divide en cuatro: 1) acoplo a la terapia, en donde el paciente le encuentra el significado a la terapia, en donde las metas y las tareas se discuten y se trabajan con el terapeuta; 2) vínculo emocional con el terapeuta, el paciente considera al terapeuta como una persona significativa y de gran importancia; considerando al vínculo como afectivo, atractivo y considera al terapeuta interesado y presente; 3) seguridad, aquí el paciente se siente seguro y considera a la terapia como un lugar en donde puede expresarse y en el cual pueden beneficiarse; y 4) sentimiento de compartir la finalidad de la terapia con la familia, que destaca el modo en que la familia colabora en la búsqueda de resolver las problemáticas y en obtener metas similares (Escudero & Friedlander, 2003).

3.3. Terapia online

Rochlen, Zack y Speyer (2004) definen la terapia online como cualquier tipo de interacción o intervención terapéutica que utiliza las herramientas tecnológicas como internet, para relacionar al paciente con el profesional. La mayoría de las personas que buscan terapia online sienten vergüenza de pedir ayuda y consideran menos vergonzoso cuando no tienen la presencia física del terapeuta, por lo que consideran más efectiva el uso de la terapia online. Asimismo, Pérez et al (2010) considera que una ventaja es facilitar la asistencia terapéutica a personas que se sienten inhibidas debido a su problemática y que no acudirían a terapia presencial. Además de los beneficios de la tecnología (transmisión de información, uso de

videos e imágenes), la capacidad de establecer una alianza terapéutica equilibrada y que el paciente asista a la terapia cuando lo desee.

Wiederhold y Riva (2007) consideran que existen dos razones por las cual la terapia online es utilizada. La primera es debido a que no existe otra alternativa (la persona está limitada social o físicamente), o es considerada mejor que la terapia presencial. Asimismo, Recupero y Rainey (2005) establecen que la terapia online es conveniente cuando el paciente o el terapeuta tiene que viajar y necesita asistencia terapéutica. Asimismo, Hanley, Ersahin y Sefi (2017) establecen que los jóvenes consideran a la terapia online como segura y se sienten menos avergonzados y expuestos, así como también consideran que el anonimato alivia la incomodidad de revelar información que puede ser considerada como vergonzosa. Los terapeutas consideran que el vínculo puede ser más seguro cuando la terapia con los jóvenes es online. Igualmente, Pérez et al (2010) establecen que la terapia online beneficia la desinhibición en la alianza terapéutica, gracias al anonimato y permite que a través de correos electrónicos se pueda consolidar la ejecución de las tareas. Además, los autores establecen que la terapia online se da a través de la comunicación *sincrónica* en donde la comunicación es directa a través de una videollamada; y la comunicación *asincrónica*, indirecta que se da a través de correos electrónicos. En la terapia online el rol del terapeuta puede ser la ayuda en el diseño de la página web en donde se realizan las intervenciones, en la motivación al paciente a través de correos o mensajes; o a través de la videollamada que se asemeja a una terapia presencial. El uso del correo puede ser utilizado como recordatorio de los encuentros pautados, explicar las pautas de la terapia y para observar los avances o condiciones del paciente. La terapia online facilita el contacto a las personas que buscan ayuda a través de internet, cuya propiedad es la comunicación sin relación presencial y sin cercanía a otra persona, permitiendo la retroalimentación con un terapeuta o profesional. Asimismo, Recupero & Rainey (2005) y Slone, Reese y McClellan (2012) establecen que se incluye el uso la comunicación directa como videollamadas; o la comunicación indirecta como el correo electrónico, videos y audios, documentales, videojuegos e instrumentos psicoeducativos. Igualmente, Torio et al (2017) define a la telepsicología como el beneficio de asistencia psicológica, utilizando tecnologías y la telecomunicación, a través del intercambio de conocimientos por vía electrónica (como los teléfonos, las computadoras, videoconferencias o videollamadas, el mail, las redes sociales, sitios de autoayuda, entre otros). El contenido se puede transmitir a través del habla o por la escritura, a través de fotografías, imágenes o videos.

Spijkerman, Pots y Bohlmeijer (2016) y Fernández, Salvador y Quero (2019) consideran que la terapia online tiene varios beneficios como el acceso fácil, sin tener que esperar muchas horas para ser atendido; disponible a toda hora, sin tener que salir de la casa; la capacidad de mantener el anonimato; que se hable el mismo idioma. Asimismo, Contreras et al (2017) consideraron que algunos de los beneficios sobre el préstamo de terapia online son: el acercamiento a la asistencia social para aquellas personas que se encuentran distanciadas geográficamente o que tienen alguna enfermedad; la capacidad del terapeuta de poder responder rápidamente al paciente cuando lo necesite; mayor facilidad en la comunicación; la reducción del viaje de los pacientes para obtener asistencia; favorecer las intervenciones con los pacientes y asistencia más económica. Y algunos de los riesgos son las fallas en la conexión o que sea violada la confidencialidad. La tecnología puede ser utilizada para posibilitar diferentes maneras de asistencia como orientación, consejos, apoyo, entre otras.

Hanley, Ersahin y Sefi (2017) consideraron tres metas que los individuos tenían al comienzo de la terapia (presencial y online). La primera son las metas intrapersonales, la segunda son las metas interpersonales y las terceras son las metas interpersonales relacionadas a otros. Las primeras dos están relacionadas a las intervenciones con los jóvenes: hubo varias metas que consideraron que no encajaban con las dos metas iniciales. Por lo que se estableció la tercera meta, relacionada a trabajar con otras personas. En las terapias presenciales y en las terapias online se observó una gran diferencia en las metas interpersonales. Los objetivos de la terapia online se encuentran relacionados a resolver las relaciones con las amistades, mientras que en la terapia presencial se busca resolver las relaciones familiares.

En la terapia online es necesario que se administran cuestionarios regularmente para evaluar la sintomatología y observar el progreso, la gravedad de la problemática y posibles riesgos. Asimismo la seguridad y confidencialidad de la información es esencial, en especial cuando la comunicación entre el paciente y terapeuta es a través de mensajes o videos. La alianza terapéutica en la terapia online, se relaciona con el pacto de las tareas y metas, así como las relaciones entre el paciente y el terapeuta. En la terapia online la admisión es más rápida, ya que no se limita geográficamente. El diagnóstico se realiza a través de llamadas telefónicas, en donde el paciente responde un cuestionario estructurado. Los pacientes no necesitan esperar en una sala de espera (Andersson et al, 2019).

La mayoría de las intervenciones psicológicas por internet utilizan protocolos de tratamiento de terapia cognitivo-conductual posibles para la autoadministración. Existen plataformas de terapia cognitiva conductual online, que se encuentran conformadas por cuatro apartados. 1) página de inicio (el paciente decide la información personal compartir); 2) contenido (se explica el tratamiento y se discute el encuadre del trabajo, como el tiempo de las sesiones, las expectativas de la tarea y el establecimiento de metas); 3) herramientas (se monitorea el estado de ánimo y estilo de vida a través de aplicaciones, se programan actividades placenteras, administración de cuestionarios); y 4) soporte (el servicio está programado y los pacientes pueden tener contacto con los usuarios del servicio en tiempo real, por teléfono o videoconferencia). Cuando se hace uso de la plataforma, se deben leer los términos y normas. Cuando el usuario firma el acuerdo, debe completar algunos cuestionarios de evaluación psicológica y el usuario tiene acceso a la plataforma, los módulos de contenido, las herramientas interactivas y los ejercicios que se ofrecen (Duffy et al, 2019).

Según American Psychological Association (2013) el ámbito de trabajo de la telepsicología contempla condiciones legales, modelos éticos, telecomunicación, la solicitud del ambiente del profesional. La telepsicología tiene un conjunto de normas cuya finalidad es la de auxiliar al terapeuta. Es de gran importancia que el terapeuta tenga conocimiento y respete las normas que la práctica independiente presenta. La tecnología puede incrementar los instrumentos psicoeducativos o ser utilizados para el empleo de terapias por videollamada. La tecnología incrementa el acercamiento del paciente a la asistencia psicológica.

Botella et al (2007), consideran que la utilización de la tecnología tiene una gran importancia en el intermediario del consultorio y la vida diaria, otorgando a los pacientes habilidades de exhibición menos agresivas. Se estableció el término "*Tecnologías de la Información y la Comunicación*" (TIC), que alude a las técnicas que posibilitan la reserva, el orden y la propagación de conocimientos a través de la tecnología. Las TIC`s tienen cuatro propiedades: interactividad, acceso constante, capacidad universal y precios disminuidos.

3.3.1. Avance tecnológico en las intervenciones terapéuticas

Según Bunge et al (2009) existen estrategias terapéuticas que se verán incrementadas y algunas de ellas son las que utilizan la tecnología como la realidad virtual, el internet y la terapia asistida por ordenadores; estrategias para favorecer el auto manejo de los problemas como trabajos de autocontrol y de autoayuda; y recursos informativos realizados por el terapeuta como las actividades entre sesiones, técnicas de resolución de problemas y

reestructuración cognitiva. Los autores diferencian dos términos para el entendimiento de las tecnologías. Primero el *Programa de Psicoterapia Asistida por Computadora (PAC)* y segundo los *Recursos Tecnológicos (RT)*. El primero refiere a cualquier elemento tecnológico que permite el empleo de tratamientos e intervenciones, tomando en cuenta la información que el paciente ingresa, para establecer un diagnóstico. Incluye el tratamiento online y cuestionarios que son implementados a través de la computadora personal, celulares, entre otros. No son consideradas las videollamadas o preguntas a través del mail, ya que estas no implican la toma de decisiones. Se utiliza el término de PAC y no el psicoterapia computarizada, debido a que a través del PAC se mantiene un transferencia donde normalmente es con un terapeuta. En el segundo se incorpora el uso de la tecnología en la vida diaria como la computadora, softwares, videojuegos, cámaras de fotografía, reproductores de música. Una aclaración es que los PAC y los RT, se utilizan como suplemento para incrementar el conocimiento del tratamiento y ampliar el conocimiento de la psicoterapia presencial.

The American Telemedicine Association es la primera organización que cuenta con profesionales de la telemedicina, instituciones de atención médica y otros comprometidos a brindar asistencia a través de la tecnología. Cuyos objetivos son el avance de la telemedicina, la mejora profesional, ética y servicios sanitarios (Wregglesworth et al, 2013).

Un estudio realizado por Norcross (2002) establece que las intervenciones que tendrán mayor incremento son aquellas que se pueden realizar en casa, las que permiten que el tratamiento sea más corto y las terapias relacionadas a la investigación.

Contreras et al (2017) expusieron que los medios electrónicos para la comunicación cada día son de mayor importancia en la psicología. Es necesario que los psicólogos tengan mejor conocimiento sobre el uso de las tecnologías, debido a que cada día se van actualizando. Cotton (2012) establece que a través del correo electrónico se establecen los días de las sesiones, la sesión puede ser familiar, pareja o personal; se debe enviar alguna imagen de la persona o personas que asistirán a la terapia antes de la sesión. También se pueden mandar mensajes cuando se considera necesario reprogramar la sesión o surge una problemática.

El ingreso de la tecnología en la cotidianidad de los terapeutas ha obtenido grandes ventajas según Caspar (2004); algunas de ellas son: el incremento del acceso al tratamiento,

disminución del costo de la terapia, beneficio y seguro de la integración de los programas de tratamiento y la brevedad de las intervenciones. Cavanagh & Shapiro (2004) exponen que las nuevas prácticas de terapia a través de la computadora se desarrollaron para la integración de la alianza, la responsabilidad, confianza y la empatía.

El uso del Internet en la psicología clínica es denominado como telesalud y fue electo por el Standing Committee of Family and Community Affairs (1997) que se define como «la provisión de salud a distancia». La particularidad más importante de la telesalud es el distanciamiento entre el servicio y la persona que lo utiliza, y el uso de las TICs con la finalidad de posibilitar la interacción. La telesalud es un concepto que incluye a la telemedicina, la telepsiquiatría o la telepsicología (Botella et al, 2007).

Según Firth et al (2017) la intervención que se realiza a través de smartphones o teléfonos inteligentes es considerada como una herramienta ideal para personas con problemáticas menos severas o de baja intensidad. Los resultados de las intervenciones únicamente realizadas a través del teléfono, tuvieron mayor impacto que aquellas que tuvieron contacto presencial. Se encontraron indicaciones que aquellas intervenciones que producen un feedback en la aplicación, fueron más efectivas que las que no.

Gracias a los avances en las herramientas tecnológicas y en internet se ha favorecido el acceso a las videollamadas. La mayoría de las computadoras o laptops contienen una cámara de video y se pueden descargar programas para videollamadas que permiten el contacto online en tiempo real. Por lo que es posible realizar intervenciones terapéuticas a través de videollamadas, permitiendo que el vínculo entre el paciente y terapeuta se mantenga (Freeman, Duke & Harris, 2013).

3.3.2. Pautas para la práctica de terapia online

Estas normas están aplicadas al desarrollo y al crecimiento del suministro de asistencia electrónica, a través de los teléfonos, videollamadas, mail y otras vías electrónicas (Canadian Psychological Association, 2006).

Norma 1: Atención responsable: 1) el terapeuta debe mantenerse al tanto de las actualizaciones y las investigaciones sobre la atención vía online, en especial aquellos como la eficiencia y utilidad respecto a las prestaciones que se proveerán a los pacientes, los procedimientos y en qué momento se pueden utilizar; 2) el terapeuta sólo podrá realizar intervenciones a través de la vía electrónica si considera que dichas intervenciones se pueden realizar de modo presencial; 3) se confirmara que el paciente reciba una buena apreciación de

lo que necesita antes de establecer una terapia online y si el paciente necesita de intervenciones presenciales se le derivará a otro terapeuta que pueda atenderlo antes de establecer una vía electrónica; 4) se establecen objetivos para la atención online que cumplan con las exigencias del paciente y las restricciones electrónicas; y 5) el terapeuta antes de empezar la terapia online debe obtener información del paciente que pueda ser utilizado en caso de una emergencia.

Norma 2: respeto por la dignidad de las personas: 1) el terapeuta debe educarse sobre las prácticas seguras de intervenciones a través del contacto electrónico, y emplear instrumentos que cuiden la seguridad del paciente; 2) cuando se obtiene el consentimiento informado para establecer la terapia online, el terapeuta incluye información respecto a los peligros (mala conexión de internet), la utilidad, alternativas (atención personalizada) y posibles interrupciones a la privacidad (intercepciones en el contacto); y 3) se informará al paciente sobre las herramientas que se utilizan para proteger la información del paciente y si es necesario alguna aplicación especial.

El profesional debe prepararse a posibles situaciones de riesgo o emergencia como por ejemplo, conocer el contacto de emergencia, persona que pueda hacerse cargo del paciente frente a una emergencia. Cuando el paciente considere innecesaria la telepsicología, el terapeuta debe fijar la baja del servicio, asimismo le sugerirá al paciente si es necesario la intervención presencial y se debe tener conocimiento del uso de videollamadas (Torio et al, 2017).

En las pautas éticas para realizar Telepsicología el terapeuta debe estar seguro de tener el conocimiento de los instrumentos necesarios para realizar la telepsicología. Algunas pautas son: el terapeuta debe considerar si es efectivo y conveniente para el paciente el modo de terapia antes de aceptar el compromiso; debe evaluarse previamente las necesidades del paciente para confirmar la necesidad de atención de telepsicología y el medio que sea considerado más apropiado; valorar la disposición psicológica del paciente, teniendo en cuenta la historia clínica; considerar una primera entrevista presencial, para establecer una evaluación y establecer los objetivos; conocer el entendimiento que el paciente tenga sobre el uso de dispositivos electrónicos; tener conocimiento sobre el contexto en el que el paciente vive, para saber los riesgos de distracciones y peligros interrupción de la atención (Dielman et al, 2009).

Pérez et al (2010) considera que antes de empezar la terapia online se le debe informar al paciente las problemáticas que podrían surgir, como el uso de computadoras compartidas en

donde la información privada del paciente podría obtenerla otra persona; una conexión fallida o ruidos que interrumpan la terapia.

3.2.1. Alianza terapéutica en terapia online

Cotton (2012), considera que la terapia online que se establece a través de una videollamada se asemeja a la terapia presencial, con la diferencia de no tener contacto físico. La alianza terapéutica, empatía, afecto, la escucha y la posibilidad de estar presente se encuentran de la misma manera en ambas modalidades. El paciente considera necesario ser escuchado y comprendido, mientras que el terapeuta considera necesario la posibilidad de ayudarlo y entenderlo. La vista y la escucha se intensifican, ya que el contacto físico no es posible. El ambiente es de elección del paciente, permite también observar donde el paciente se siente más cómodo y tiene más privacidad. Un beneficio es poder continuar la terapia cuando el paciente se va de viaje, donde la alianza terapéutica ya está establecida y no tener que buscar un nuevo terapeuta.

El estudio realizado por O'Reilly et al (2007) demostró que en la consulta psiquiátrica y en el seguimiento por telepsiquiatría se obtuvieron resultados clínicos similares a los obtenidos cuando la asistencia fue presencial. Los pacientes en ambos grupos expresaron satisfacciones semejantes a la asistencia y llegaron a la conclusión que la terapia online tiene similar efectividad a la terapia presencial. En similitud, los resultados del estudio realizado por Cook y Doyle (2002) demostraron que los participantes sintieron un vínculo con los terapeutas y establecieron que la alianza terapéutica se puede constituir correctamente a través de la terapia online. Los resultados implican que los participantes consideran que la terapia online es un método más beneficioso y una experiencia más positiva para la obtención de asistencia terapéutica sobre la asistencia presencial, además de ser beneficioso para la alianza de trabajo y para una relación empática. Clarke et al (2016) consideraron que las intervenciones administradas por internet generalmente tienen la misma consideración sobre la alianza terapéutica que las consideraciones en la terapia presencial.

Los resultados del estudio realizado por Brown (2012), sugirieron que los jóvenes responden mejor y disfrutan de la percepción de anonimato que pueden tener en la terapia online, permitiendo una comunicación más tranquila y abierta. Además, se estableció que la alianza de trabajo es efectiva en la asistencia online, ya que los jóvenes se sentían satisfechos. Asimismo, Reynolds, Stiles y Grohol (2006) establecen que los pacientes que buscan terapia online consideran igual de efectivo el impacto de la sesión y la alianza terapéutica a la que se presta en la terapia presencial, además de calificar las intervenciones con el terapeuta igual o

mejor en terapia online que en terapia presencial. Los terapeutas de terapia online consideraron que la efectividad, profundidad y el impacto positivo de la sesión y la confianza en la alianza terapéutica fueron mayores que en terapia presencial. Asimismo, los terapeutas consideraron que las intervenciones online eran más profundas y se sienten más positivos y seguros en relación al vínculo.

Berger (2016) considera que independientemente de la modalidad de comunicación y la cantidad de contacto entre clientes y terapeutas, los clientes consideran que la alianza terapéutica online es beneficiosa y efectiva al igual que las intervenciones presenciales. Es posible decir con certeza que las personas se han beneficiado de la asistencia online y varios adolescentes han informado sobre sus experiencias y verificado que han tenido o formado un vínculo exitoso con su terapeuta de manera online (Hanley & Reynolds, 2009).

El desarrollo de una alianza terapéutica insatisfactoria en la terapia presencial no parece tener impacto negativo en la terapia online, pero cuando los terapeutas son imprecisos, críticos o tensos en la terapia online, se puede llegar a tener un impacto negativo en la alianza terapéutica (Germain et al, 2010).

Se consideraron tres categorías según lo experimentado por los individuos para establecer una buena alianza terapéutica a través de la terapia online. El primero es el compromiso inicial que el paciente tenga, el segundo es el desarrollo del vínculo y el tercero es el establecimiento del control sobre los objetivos. Algunas consideraciones que las personas que buscan terapia online deben tener en cuenta son las habilidades y herramientas que tengan para mantener una conversación vía internet y los obstáculos técnicos que puedan presentarse (Hanley, 2012). En los resultados del estudio realizado por Prado y Meyer (2004) se estableció y se mantuvo una fuerte alianza terapéutica a través de terapia online. Demostrando que a través del uso de herramientas tecnológicas para la comunicación y el uso del internet es posible establecer un vínculo eficaz entre los terapeutas y los pacientes.

En el estudio realizado por Kiluk et al (2014) se midieron los niveles de alianza que los pacientes consideraban con su terapeuta y los resultados sobre la satisfacción fueron positivos. La satisfacción de los pacientes no está afectada cuando realizan terapia online además de hacer terapia presencial. Algunos autores indicaron que en una intervención online utilizando un “agente relacional” (personaje animado que simula una conversación presencial a través de la computadora), se produjeron mejores calificaciones de la alianza terapéutica que en aquellas donde no se utilizaba el agente relacional. Asimismo los pacientes que realizaron la intervención describieron al agente como si fuera un amigo, compañero o auxiliar, como si tuvieran un vínculo personal.

Se realizó un estudio que evaluó a pacientes y grupos que realizan terapia cognitiva conductual online. En los grupos la alianza fue fuerte en las primeras dos semanas y fue incrementando mientras continuaban las sesiones, mientras que a los pacientes individuales consideraron que necesitaban más tiempo para que se estableciera una alianza más fuerte. Los grupos consideraron que para que se estableciera una fuerte alianza se necesita que el terapeuta exprese empatía, afecto y refuerzo de la alianza, mientras que los individuos consideraron que era necesario que se explicaran y establecieran tareas (Jasper et al, 2014).

El estudio realizado por Freeman, Duke y Harris (2013) basado en lo que los jóvenes y padres comentaron, concluyeron que la alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta se estableció y se mantuvo en la terapia online. Aquellos pacientes jóvenes que completaron una mayor cantidad de sesiones informaron que se produjo un mayor acuerdo con su terapeuta sobre las metas de la terapia y se dio una alianza de trabajo más positiva.

Sucala et al (2012), obtuvo resultados que indicaron que los pacientes consideraban la alianza terapéutica en terapia online agradable, personal, se hacía más fuerte en cada sesión y los pacientes no extrañaron el contacto presencial. Asimismo, los pacientes consideraron de mayor beneficencia el vínculo, los acuerdos obtenidos y la colaboración segura con el terapeuta. Algunos pacientes consideraron más eficiente el uso de chats para comunicarse que el uso de emails y aquellos que usaron ambos medios de comunicación calificaron más eficiente y fructuosa la alianza terapéutica.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo.

4.2. Participantes

Este estudio estuvo integrado por tres terapeutas y la Coordinadora de la institución, quienes son profesionales en el área de la Psicología, las cuales trabajan actualmente en la institución de enfoque sistémico donde se realizó la Práctica de Habilitación Profesional V.

La Coordinadora (C) es una mujer de 65 años, se recibió en 1981. Se dedicó a la clínica, a la investigación y a la docencia. En 1991 se formó como terapeuta sistémica. Luego en el 2010 se fundó la institución en donde es coordinadora actualmente. Forma

terapeutas y atiende casos de familia, parejas, adultos, adultos mayores y algunos de psiquiatría trabajando en conjunto con un psiquiatra. Coordina las prácticas en Cámara Gesell, supervisa a los terapeutas y pone el foco de la supervisión en el vínculo.

Terapeuta (A): mujer de 33 años, graduada en 2015 en la Universidad de Palermo como psicóloga. Trabaja en la institución de enfoque sistémico atendiendo casos de familia, parejas y adultos en Cámara Gesell.

Terapeuta (P): es una mujer de 37 años, estudió licenciatura en relaciones del trabajo, ejerció poco tiempo. En 2017 se recibió como psicóloga, realizó su práctica en la institución de enfoque sistémico y este año empezó a atender pacientes, trabaja como Coach Motivacional. Atiende adultos, adultos mayores y adolescentes. Atiende casos como ciclo vital, problemas de pareja, relacionales y de estudio.

Terapeuta (S): mujer de 53 años, se graduó en 1993 en la Universidad de Belgrano. Trabaja en la institución de enfoque sistémico atendiendo en Cámara Gesell a pacientes adultos, parejas y familias.

4.3. Instrumentos

El estudio se describió a través de entrevistas realizadas a la coordinadora y a tres terapeutas que atienden pacientes en la institución asistida. Los ejes de las entrevistas se dirigieron a indagar acerca de las herramientas que utilizan para que se establezca una buena alianza terapéutica de manera presencial y de manera online, lo que consideran necesario para que se establezca una buena alianza terapéutica, nombrar las diferencias que observan en la alianza terapéutica en las terapias presenciales y en las de forma online, cuál de las dos formas de terapia consideran más beneficiosa para el paciente y para la alianza, e indagar si los pacientes han mencionado cuál de las intervenciones (presencial u online) consideran mejor.

4.4. Procedimiento

Se realizaron las entrevistas semi-dirigidas a cada una de las participantes por videollamada con una duración aproximada de 30 minutos. Se indaga sobre los ejes previamente mencionados en los instrumentos.

6. Desarrollo

En el siguiente apartado se pretenderá desarrollar los objetivos planteados a través de los instrumentos utilizados, vinculándose con el marco teórico. Las preguntas que se realizaron en las entrevistas se establecieron a través de la lectura de diversos estudios, según comentarios establecidos por los participantes en la institución donde se realizó la práctica profesional y el interés en el establecimiento sólido de la alianza terapéutica en la terapia online.

6.1.Herramientas que utilizan en el enfoque sistémico para que se establezca una buena alianza terapéutica de manera presencial

A partir de las entrevistas realizadas a las participantes (tres terapeutas (P, A y S) y a la Coordinadora (C) de la institución) en este trabajo de grado, se elaborará este objetivo. Como es establecido por Beyebach (2006) el proceso terapéutico inicia a través de un primer contacto establecido normalmente a través de una llamada telefónica en la cual se establece una cita y luego de pautar la cita se establece una primera entrevista de admisión realizada por la coordinadora de la institución.

En lo obtenido a través de la entrevista con la coordinadora, se estableció que en la primera entrevista de admisión se constituye una primera alianza y permite conocer si se puede trabajar con el paciente o si es necesario derivar a otro profesional, como es referido por Beyebach (2006), es necesario que el paciente se sienta tranquilo y sepa que se cumplirá la confidencialidad, el terapeuta debe demostrarle al paciente que será tomado en cuenta y que habrá compromiso para ayudarlo, escuchándolo atentamente. Cuando la coordinadora considera que no trabajará con el paciente, trabaja de manera limitada para que no se establezca una alianza sólida y en casos de que la alianza no se haya establecido se deriva a otro terapeuta. También se estableció que en la terapia sistémica es de mucha importancia que se establezcan tareas para que los pacientes realicen en casa, así como es mencionado por Beyebach y Vega (2016). La coordinadora también comentó que en la terapia sistémica se trabaja con: “lo que pensamos y sentimos, se trabaja con estrategias y es muy estructurada”, parecido a lo establecido por Freeman, Duke y Harris (2013) y en la alianza terapéutica se

deben acordar los objetivos de la terapia y debe haber un acuerdo mutuo sobre las tareas que se realizarán, así como fue dicho por Bordin (1994).

La coordinadora estableció que la alianza terapéutica es de gran importancia en la primera sesión, ya que cuando se establece una buena alianza al inicio de la terapia, se ha demostrado que mejora los síntomas y se puede saber si se realizará la terapia o no, ésto fue establecido por Botella y Corbella (2011); Christina y Terence (2016) y Manubens et al (2018), asimismo es importante que el paciente sienta que es entendido, escuchado y validado, como es considerado por Bermúdez y Navia (2013). Se deben realizar las preguntas correctas de acuerdo a la problemática que traiga y aceptar esa problemática. Según la coordinadora la alianza puede establecerse en cualquier sesión, como lo establece Horvath y Luborsky (1993). Para ella la alianza debería establecerse en la primera sesión y comenta *“sí en la primera sesión no se establece la alianza, no hay una segunda primera oportunidad”*.

En la entrevista con la terapeuta P se estableció que en las primeras dos sesiones se puede percibir la alianza, para ella son necesarias cinco o seis sesiones para que sea sólida. Es necesario que el terapeuta pueda establecer un ambiente seguro y sea respetuoso, así como es mencionado por Fuentes (2004). Para la terapeuta A la alianza se constituye en la primera sesión, sin embargo para que sea sólida se necesitan dos o tres sesiones. Y terapeuta S establece que en la primera sesión se debe establecer la alianza y en las primeras tres sesiones es cuando se debe hacer fuerte. Es necesario que el paciente esté motivado y colabore para resolver sus problemáticas, como es indicado por Ramírez y Gantiva (2009), asimismo estableció que las tareas son las mejores intervenciones que se realizan en la terapia sistémica para resolver las problemáticas del paciente, como lo establecieron Ceberio y Linares (2005).

La coordinadora considera que es de suma importancia y es necesario aceptar las problemáticas del paciente; escucharlo atentamente y darle a entender que va a ser ayudado; darle validación sobre lo que dice; y como lo menciona Bermúdez y Navia (2013), se debe mostrar disponible y preocupado. Asimismo, considera que la alianza se mantiene si se muestra interés, compromiso y aceptación y se es respetuoso con el paciente, establecido por Fuentes (2004). Comenta *“algunas veces uno puede considerar aburrida la sesión cuando el paciente repite el mismo tema o la misma problemática. Cuando el paciente no realiza las tareas que se le asignaron, la alianza puede romperse y en esos casos hay que prestar mucha atención e intervenir en esas inquietudes que el paciente tiene para que no se quiebre”*, como lo establece Pérez (2018). También comenta *“en la terapia familiar o de pareja cada persona debe tener un trato distinto”* así como lo comenta Carranza (2009) y *“es de mucha importancia mostrarse empático y demostrar afectividad”*, así como lo refiere Rubio (2017).

La coordinadora le preguntó a algunos de sus pacientes qué consideran necesario para que se establezca una buena alianza. Muchos mencionaron que es de suma importancia que el terapeuta muestre empatía, apoyo y cuidado (Horvath et al, 2011; Rait, 1988), además de sentirse respetado y seguro, en congruencia a lo establecido por Bermúdez y Navia (2013) y Ríos y Ruiz (2005). Asimismo en las supervisiones le preguntó a sus terapeutas qué consideraban ellos necesario para el establecimiento de la alianza, a lo que mencionaron que es de suma importancia que se establezca un consenso de las tareas y que los pacientes las realicen, ya que cuando no las realizan consideran que la alianza no está establecida, así como es considerado por Bordin (1994) y Ceberio y Linares (2005).

La terapeuta P considera que las herramientas más importantes son la escucha activa de todo lo que el paciente va diciendo, así como es dicho por Bermúdez y Navia (2013), poder repreguntar y parafrasear, además de demostrar empatía y demostrarle al paciente que es escuchado, a través de preguntas como, por ejemplo, “¿es así? ¿te pasa eso?”. El paciente tiene que percibir que es escuchado y comprendido; y sentir que hay un avance en la terapia, a través de preguntas como si ha observado algún avance y si ha podido realizar algo que antes no podía hacer. Es importante validar todo lo que el paciente dice y va resolviendo de sus objetivos (Ceberio y Watzlawick, 2008; Cruzat et al, 2013; Jasper et al, 2014; Rait, 1988; Ríos y Ruiz, (2005); Rubio, 2017). La terapeuta considera que cuando el paciente se siente escuchado y tiene feedback, se establecen mejores alianzas con el terapeuta, así como es establecido por Firth et al (2017). Preguntar “cómo se siente, qué le parece la terapia”, son preguntas necesarias. Cuando el terapeuta le da un feedback el paciente se siente más cómodo y más seguro, y cuando el terapeuta se mantiene callado el paciente siente que no le importa su problemática. Cuando le preguntó a algunos de sus pacientes qué consideran necesario para establecer la alianza, mencionaron “*el terapeuta debe demostrar empatía, apoyo y cuidado*” como lo mencionan Horvath et al (2011) y Rait (1988) y “*deben sentirse respetados y seguros*” como es establecido por Bermúdez y Navia (2013) y Ríos y Ruiz (2005).

Terapeuta A considera que las herramientas fundamentales para establecer la alianza son: 1. validar las sensaciones y experiencias de lo que dice y siente el paciente; 2. escuchar atentamente todo lo que transmite; 3. tratar de comprender todo lo que el paciente siente y dice; y 4. comprometerse a ayudar al paciente y ayudar a que el paciente sienta confianza y seguridad (Bachelor, 2013; Bermúdez y Navia, 2013; Rubio, 2017). Además, terapeuta A considera que es necesario dar feedback constantemente y demostrar más interés.

Terapeuta S considera que para que se establezca la alianza se debe demostrar apoyo, afecto, ser empático, escuchar activamente, poder dar feedback, comprometerse a ayudar al paciente y participar o intervenir siempre (Bachelor, 2013; Bermúdez y Navia, 2013; Ceberio y Watzlawick, 2008; Cruzat et al, 2013; Molina et al, 2013; Rait, 1988). Comenta que en una de sus sesiones con un paciente, éste le comentó que había ido a terapia con ella debido a que con el terapeuta con el que había hecho terapia anteriormente no le había agradado y no sentía una buena relación con él, le comentó: *“un buen terapeuta debe hacerte sentir seguro y apoyado, además de hablar de vez en cuando. No debería estar callado en todas las sesiones y hacerme sentir que no le importo”*.

La coordinadora asimismo realiza supervisiones a los terapeutas y a través de las supervisiones puede observar el tipo de alianza que se establece: *“cuando el terapeuta me cuenta el caso, puedo ver si se formó o no la alianza”*. A partir del relato del terapeuta y sus comentarios, puede darse cuenta del tipo de alianza que estableció con su paciente. Por ejemplo, si se le da una tarea y no fue a la sesión o no la hizo; o si hubo alguna incomodidad, puede observar que la alianza no se estableció muy bien. El paciente en su hablar muestra también el tipo de alianza: por ejemplo, cuando responde “bueno, sí, pero”, hay muchos pacientes que son más explícitos y dicen cuando algo no le gusta o no considera que se estableció una alianza.

En resumen, la alianza terapéutica es de suma importancia y las herramientas necesarias establecidas por los participantes son la escucha activa, empatía, afecto, respeto, apoyo, validación, seguridad y comprensión, demostrar preocupación e interés, tanto el paciente como el terapeuta deben comprometerse con la terapia, tener un acuerdo mutuo de las tareas e intervenciones a realizar.

6.2. Herramientas que utilizan en el enfoque sistémico para que se establezca una buena alianza terapéutica a través de sesiones de manera online

Este objetivo será elaborado a través de lo obtenido en las entrevistas realizadas a la coordinadora y a las tres terapeutas.

Se realizó la pregunta “¿Cuántas sesiones se necesitan para qué se establezca una buena alianza terapéutica?”. Primero, la coordinadora establece que no existe un número exacto de sesiones para que se establezca la alianza, como lo establecen Horvath y Luborsky (1993), para ella se debería establecer de inmediato en la primera sesión y no debería ser más de dos o tres sesiones. Considera que depende de las capacidades y habilidades del terapeuta para

que se establezca y no la modalidad de la terapia (presencial u online). Segundo, terapeuta P considera que en la primera sesión se establece la alianza, sin embargo se debe prestar mucha más atención que en la terapia presencial. Luego, terapeuta A considera que para que la alianza sea sólida se necesitan tres o cuatro sesiones, pero se establece en la primera sesión al igual que en la modalidad presencial. Por último, terapeuta S considera que se establece una fuerte alianza en la segunda o tercera sesión, asimismo considera que no es importante la cantidad de sesiones, la alianza sólida debe establecerse en cualquiera de las modalidades, como fue indicado por Horvath y Luborsky (1993).

La coordinadora atiende desde hace muchos años a pacientes de manera online que viven en otros países, con los cuales la alianza terapéutica fue establecida y se consolidó. Algunos pacientes que atiende en esta modalidad son argentinos a los que fue recomendada y quienes prefirieron realizar la terapia con alguien recomendada, que posee el mismo lenguaje e idioma, son personas que prefieren la recomendación a realizar terapia con profesionales que no conocen o no hablen el mismo idioma, como es dicho por Spijkerman, Pots y Bohlmeijer (2016). Hace un año atiende una paciente que vive en París y la alianza ha sido muy sólida. Considera que la terapia online es muy favorecedora en estos casos, en donde los pacientes tienen que viajar, viven lejos o no hablen el mismo idioma como lo establecen Recupero y Rainey (2005) y Contreras et al (2017). Ha realizado dos entrevistas de admisión y considera que esta modalidad es más beneficiosa, ya que es más rápida debido a que la terapia online no se limita geográficamente (Andersson et al, 2019).

La coordinadora considera que las herramientas necesarias para establecer la alianza terapéutica son aceptar las problemáticas del paciente, escucharlo atentamente y darle a entender que va a ser ayudado, siempre mostrando empatía y afectividad, apoyar al paciente y estar activamente en la búsqueda de la resolución de sus problemáticas (Bermúdez y Navia, 2013; Molina et al, 2013; Rubio, 2017; Ceberio y Watzlawick, 2008; Jasper et al, 2014) y se mantiene cuando se muestra interés, compromiso, aceptación, empatía, afecto y apoyo. Comenta *“en la terapia hay momentos de acoplo y desacoplo; o momentos de más intereses que otros, asimismo hay sesiones que se desenvuelven más fluidas que otras y hay momentos buenos y hay momentos malos, pero siempre debe haber una continuidad en las intervenciones”*. La coordinadora considera que en la terapia online es necesario que se administren cuestionarios de vez en cuando para evaluar la sintomatología y observar el progreso del paciente, asimismo poder chequear la gravedad de la problemática y posibles riesgos, así como es mencionado por Andersson et al (2019), además la coordinadora

considera necesario que se discutan las tareas a realizar y haya un acuerdo mutuo, como lo establece Escudero y Friedlander (2003).

Cuando la coordinadora le preguntó a sus pacientes qué consideran necesario para que se establezca la alianza muchos mencionaron que es de suma importancia que el terapeuta muestre empatía, apoyo y cuidado (Horvath et al, 2011; Rait ,1988), además de sentirse comprendido, respetado, escuchado, validado y seguro, como lo refieren Bermúdez y Navia (2013) y Ríos y Ruiz (2005).

Terapeuta P utiliza las mismas herramientas que en la modalidad presencial (escucha activa, repregunta y parafraseo). Sin embargo, en la terapia online se observan menos los gestos del paciente así que se debe observar y estar más atento. El rapport (relación, empatía y la aceptación entre el paciente y terapeuta) se da de la misma manera. Al igual que en la terapia presencial, para que se establezca una alianza sólida se debe estar atento a todo lo que el paciente dice e intentar comprender lo que siente, mostrarse empático, escuchar de manera activa, parafrasear y repreguntar. Cuando se le preguntó a los pacientes que consideran necesario para que se establezca mencionaron que es de suma importancia que el terapeuta muestre empatía, apoyo y cuidado, como lo establecen Horvath et al (2011) y Rait (1988), además de sentirse comprendido y seguro, como lo mencionan Ríos y Ruiz (2005).

Terapeuta A utiliza también las mismas herramientas que en la terapia presencial: validar las sensaciones y experiencias de lo que dice y siente el paciente; escuchar atentamente todo lo que transmite; tratar de comprender todo lo que el paciente siente y dice; y comprometerse a ayudar al paciente y ayudar a que el paciente sienta confianza y seguridad, como es establecido por Bermúdez y Navia (2013), además de prestar más atención a las expresiones faciales del paciente. Es necesario expresar más calidez, cordialidad y empatía con la cara y con la voz. Además es necesario dar feedback constantemente, mostrar más actitud de interés y escuchar activamente.

Terapeuta S utilizó en la modalidad online las misma estrategias que en la modalidad presencial (demostrar apoyo, afecto, ser empático, escuchar activamente, comprometerse a ayudar al paciente y participar o intervenir siempre), sin embargo es necesario mostrar más compromiso y ayudar a que el paciente se sienta seguro en las sesiones (Bachelor, 2013; Escudero y Friedlander, 2003; Cotton, 2012). Considera que es de mucha importancia demostrarle al paciente compromiso, apoyo, estar empático, escucharlo atentamente siempre, darle feedback constantemente, hacerlo sentir seguro y hacerlo sentir que es escuchado. La terapeuta tiene dos casos nuevos con jóvenes y ambos le comentaron que buscaron asistencia online debido a que se sienten avergonzados sobre sus problemáticas, en donde se intervino

para hacerlos sentir seguros y comprendidos, dichos jóvenes comentaron que se sienten contentos con el vínculo que se estableció. Con uno de los jóvenes se estableció la alianza en la primera sesión y con el otro fue establecida en la tercera sesión. Cuando se le preguntó a uno de los pacientes qué considera necesario para que se establezca la alianza mencionó que es de suma importancia que el terapeuta no se muestre crítico o tenso en la terapia, como lo establece Germain et al (2010). Las expectativas que se tiene sobre la terapia son de gran importancia, así como lo mencionan Corbella & Botella (2003) y cuando el paciente se siente apoyado y cuidado se producen mejores resultados, así como lo refieren Horvath et al (2011) y Rait (1988). Cuando el paciente se siente comprendido y seguro la alianza tiene mayor probabilidad de establecerse y ser sólida, así como es considerado por Ríos y Ruiz (2005).

En resumen la alianza terapéutica es de suma importancia y las herramientas necesarias establecidas por los participantes en la terapia online son las mismas que en la terapia presencial. Estas son: la escucha activa, empatía, afecto, respeto, apoyo, validación, seguridad y comprensión, demostrar preocupación e interés. Además, tanto el paciente como el terapeuta deben comprometerse con la terapia y acordar de manera conjunta las tareas e intervenciones a realizar. Sin embargo, se estableció que es necesario prestar mucha más atención a las expresiones faciales del paciente; aumentar la escucha; observar de manera más detallada; y prestar atención a lo que no dicen con el habla, pero que demuestran con la mirada o la boca.

6.3. Diferencias que observan los terapeutas y la coordinadora en el enfoque sistémico sobre la alianza terapéutica de manera presencial a la que se presentan en la manera online

Este objetivo se desarrollará a partir de lo obtenido a través del instrumento utilizado (entrevista) a la coordinadora y las tres terapeutas de la institución sistémica.

La coordinadora considera que la terapia online es muy parecida a la terapia presencial y es igual de beneficiosa, además establece que la alianza se constituye de la misma manera y es de suma importancia que el terapeuta sepa cómo establecer la alianza. La coordinadora establece que ambas modalidades son beneficiosas tanto para el paciente como para la alianza terapéutica, comenta *“la terapia presencial depende mucho del paciente y la cercanía que necesite, pero en la terapia online se puede demostrar cercanía sin la necesidad del contacto físico”*. Comenta que ha escuchado de sus colegas que en la terapia online no se establece la alianza de la misma manera, sin embargo, eso no ha sucedido en su experiencia. Asimismo, muchos de sus pacientes continuaron su proceso terapéutico en la modalidad online y

comentaron que “siguieron la terapia como si se hubiera cambiado de consultorio”. La coordinadora considera mucha más beneficiosa la asistencia online que la presencial, coincidiendo con lo expuesto por Cook y Doyle (2002); Freeman, Duke y Harris (2013) y Reynolds, Stiles y Grohol (2006).

La coordinadora considera que las ventajas en la terapia online son la posibilidad de que no hay que trasladarse, no pagar el consultorio, mayor flexibilidad de horario, la capacidad de realizar la terapia en cualquier lugar y hay más tiempo para atender al paciente. Considera como desventajas que el paciente no tenga intimidad o privacidad, que el lugar sea chico o no haya mucho espacio o que tenga poca conexión, como lo establecen Contreras et al (2017), también considera como obstáculo que se presente un caso de una emergencia, en donde estar lejos del paciente dificulta la capacidad ayudarlo. En la primera entrevista la coordinadora pide información de emergencia como el número telefónico de las personas con las que vive o algún contacto que pueda ayudarla en caso de emergencia, además de preguntar su lugar de vivencia (Hanley, 2012). Comenta *“tengo un caso de una terapeuta que su paciente tiene ideación suicida, aún después de hablar con el terapeuta, propuse hacer un trabajo en equipo, hacer una sesión con algunos terapeutas y con la paciente como si fuera cámara gesell pero a través de una videollamada. En caso de urgencia llamaría a los contactos de emergencia y si fuera muy urgente me trasladaría a ayudarla en caso de que no viva muy lejos. En la terapia online es de mayor importancia tener los contactos de emergencia”*, coincidiendo con lo indicado por Torio et al (2017). Es necesario que en la terapia online se establezca una buena conexión online para poder observar los gestos y comportamientos corporales y se debe estar mucho más pendiente de los gestos del paciente que en la presencial, la comunicación en la terapia online es más relajada y tranquila, así como lo menciona Brown (2012).

La coordinadora considera que se puede establecer una buena alianza y un buen tratamiento en la terapia online, de la misma manera que en la terapia presencial, en concordancia a lo establecido por Contreras et al (2017) y Spijkerman, Pots y Bohlmeijer (2016). Considera necesario que en la primera sesión se pida toda la información y contactos de emergencia en caso de que suceda una situación de riesgo, y evaluar previamente las necesidades del paciente antes de iniciar la terapia online, asimismo como es dicho por Dielman et al (2009).

Terapeuta P considera que en la terapia online se puede establecer una buena alianza y tratamiento igual que en la terapia presencial (Contreras et al, 2017; Spijkerman, Pots y Bohlmeijer (2016), considera igual de beneficiosa ambas modalidades de terapia. Sin

embargo, considera que la modalidad presencial tiene un “plus” como el saludo, el abrazo o beso. Establece que la mayoría de los pacientes les gusta la terapia presencial gracias al contacto físico que se puede llegar a tener. Asimismo, establece que la terapia online es muy efectiva en cualquier situación, en especial con pacientes que viven en el exterior o tienen que viajar; también es de mucho beneficio el no tener que salir de casa. Además tiene comodidades o beneficios: como por ejemplo no viajar al psicólogo, poder estar tranquilo y cómodo en casa, no gastar en pasajes y mayor flexibilidad del tiempo. Igualmente, algunos obstáculos o desventajas de la terapia online son el no poder observar los gestos completos y movimientos, que el paciente no tenga el conocimiento para hacer la videollamada, que no tenga intimidad o privacidad para hablar, interrupciones como ruidos, fobia social o timidez que impidan que el paciente haga terapia online (Hanley, 2012; Contreras et al (2017); Spijkerman, Pots y Bohlmeijer, 2016).

Terapeuta A considera que la terapia online es muy efectiva ya que si el paciente necesita ayuda y busca asistencia de manera online, se puede ayudar con mayor facilidad; la escucha es más activa y se presta mucha más atención, como lo menciona Cotton (2012); la relación y el vínculo son muy sólidas. Comenta: *“me pasó que dije que difícil no lo conozco y dos o tres sesiones después sintió que atendía al paciente hace mucho tiempo”*. Considera que la alianza es muy importante y si no se establece no serviría la terapia. Establece, además, que considera ambas modalidades beneficiosas. Ella considera que la terapia online es más provechosa y la alianza terapéutica se establece de igual manera en ambas modalidades. Sin embargo, la elección de la modalidad de terapia depende de la persona y el contexto. Comenta: *“en la terapia presencial los pacientes faltan algunas veces, pero en terapia online como tienen sus aparatos tecnológicos cerca nunca faltan y hay mayor comodidad en poder estar en la casa”*. Considera que existen varios obstáculos: como una mala conexión de internet, no poder escuchar la voz o ver la imagen correctamente, no poder observar el lenguaje corporal (gestos, movimientos, lo no verbal), no poder observar dónde y cómo se sienta o si agarra el celular. Además, otro obstáculo es cuando el paciente no tiene intimidad o privacidad y siente que es grabado o no siente seguridad, como lo establecen Contreras et al (2017) y Dielman et al (2009). Asimismo, considera que existen muchos beneficios como no tener que viajar muchas horas en transporte (en especial cuando la persona está geográficamente lejos), hay mayor tiempo para poder atender a cada paciente, se presenta la comodidad de poder atender en casa, así como es citado por Contreras et al (2017) y Spijkerman, Pots y Bohlmeijer (2016).

Por último, terapeuta S considera que en la terapia presencial y en la online se establece la alianza de la misma manera. Sin embargo hay que estar mucho más atento a las expresiones del paciente y mostrarse más empático, demostrar más apoyo y compromiso, lo cual no es difícil. Considera de mucha eficacia el uso de la terapia online, debido a todos sus beneficios que son la capacidad de poder responder más rápido, no tener que viajar para ir al consultorio, la capacidad de mayor desinhibición, mayor facilidad para establecer y consolidar las tareas, expuesto por Pérez et al (2010), además de ser beneficiosa en casos donde el paciente está enfermo o no puede ir al consultorio, además de encontrarse lejos geográficamente, establecido por Contreras et al (2017). La conversación es más tranquila y relajada, así como lo menciona Brown (2012). Sin embargo, considera tres obstáculos: se debe estar mucho más atento a las expresiones faciales del paciente, no poder ver el lenguaje corporal, el miedo de que se rompa la confidencialidad, coincidiendo con lo referido por Contreras et al (2017).

La coordinadora y Terapeuta S consideran que en la terapia online es de suma importancia y necesario conocer las expectativas que el paciente tenga sobre las tareas que realizará, así como lo establece Duffy et al (2019). Asimismo, consideran necesario que el paciente esté comprometido y motivado para resolver sus problemáticas, coincidiendo con lo dicho por Hanley (2012).

Para resumir, se estableció gracias a lo obtenido a través de los instrumentos utilizados que ambas modalidades de terapia son igual de beneficiosas tanto para el paciente, como para la alianza terapéutica; y la alianza terapéutica se constituye de la misma manera en la terapia presencial y en la terapia online, así como lo establecieron Berger, (2016); Brown (2012); Clarke et al (2016); Cotton (2012); Freeman, Duke y Harris (2013); Hanley y Reynolds (2009); Kiluk et al (2014); O'Reilly et al, (2007); Prado y Meyer (2004); Reynolds, Stiles y Grohol (2006) y Sucala et al (2012).

7. Conclusiones

El interés de este trabajo fue indagar las herramientas que utilizan los terapeutas en el enfoque sistémico para establecer una buena alianza terapéutica en terapias de manera presencial y terapias de forma online y las diferencias que encuentran los terapeutas en la alianza terapéutica entre ambos tipos de intervención, por lo que se realizaron entrevistas cuyas preguntas estuvieron focalizadas a que se respondieran dichas interrogantes.

Los objetivos fueron cumplidos:

Objetivo específico 1: la alianza terapéutica es de suma importancia y las herramientas que son de mayor asistencia y las más imprescindibles que fueron expuestas por los participantes en este trabajo son la escucha activa, empatía, afecto, respeto, apoyo, validación, seguridad y comprensión, demostrar preocupación e interés, tanto el paciente como el terapeuta deben comprometerse con la terapia, tener un acuerdo mutuo de las tareas e intervenciones a realizar.

Objetivo específico 2: al igual que en la terapia presencial, la alianza terapéutica es de suma importancia en la modalidad de terapia online y las herramientas esenciales que fueron halladas en este trabajo expuestas por los participantes, son las mismas herramientas que en la modalidad de terapia presencial. Estas son: la escucha activa, empatía, afecto, respeto, apoyo, validación, seguridad y comprensión, demostrar preocupación e interés. Diferente a la modalidad presencial, en la modalidad online es necesario que se preste mucha más atención a las expresiones faciales del paciente, aumentar la escucha, observar de manera más detallada y prestar atención a la comunicación no verbal.

Objetivo específico 3: a partir de lo obtenido a través de los instrumentos utilizados no se encontraron diferencias significativas en la modalidad de terapia presencial y la modalidad online, ya que son de igual importancia y beneficio tanto para el paciente, terapeuta y para la alianza terapéutica. La alianza terapéutica se establece y se mantiene de la misma manera en la terapia presencial y en la terapia online.

Los resultados obtenidos concuerdan y se relacionan con el marco teórico que sustenta este trabajo, asimismo se observaron en los instrumentos aplicados algunas herramientas utilizadas por los participantes que no se encuentran sustentadas en los trabajos utilizados para el marco teórico como, por ejemplo, la repregunta y parafraseo como herramientas para establecer la alianza terapéutica. Lo que provocó dudas acerca de dichas herramientas y si son efectivas en la instauración de la alianza terapéutica.

En relación a la composición de este trabajo, es importante tomar en cuenta las circunstancias vividas en el primer cuatrimestre del 2020, relacionadas con el origen de la pandemia del Covid19, en el momento que se realizó este trabajo, debido a que en otras circunstancias los instrumentos hubieran sido diferentes. Debido a las circunstancias hubo fuertes limitaciones en la realización del presente trabajo de investigación al no poder visitar físicamente la institución; no poder observar casos clínicos, ni supervisiones en cámara gesell; se limitaron los instrumentos del trabajo, ya que solo se pudo realizar entrevistas a través de videollamadas. Podría haber sido más enriquecedor si se hubiera asistido a la

institución físicamente, poder observar casos clínicos y poder realizar preguntas a los profesionales con fines de aclarar las dudas originadas.

Igualmente, se encontraron limitaciones teóricas respecto a la terapia online y la terapia sistémica, por lo que fue necesario buscar trabajos en inglés y trabajos de antigua data. Sin embargo, la terapia online ha tenido mayor importancia y ha establecido mayor interés en los terapeutas en los últimos años (Contreras et al, 2017) A pesar de que ha despertado el interés, es una modalidad nueva y es necesario que se realicen más estudios y se indague más sobre la alianza terapéutica en la terapia online.

La perspectiva crítica que surgió en este trabajo se relaciona con la necesidad de que los terapeutas (no participantes de este trabajo) tengan mayor información sobre la terapia online y el uso de las tecnologías, ya que cada día surgen nuevos avances tecnológicos (Contreras et al, 2017) es necesario que se profundice y se conozcan las herramientas para poder establecer una alianza sólida, que se establezca una mayor visibilidad y conocimiento de la terapia online y se concientice sobre las capacidades de la terapia online y los beneficios que esta presenta.

Para el desarrollo de nuevas líneas de estudio, a criterio de esta pasante es necesario que se realicen más estudios y se profundice sobre la alianza terapéutica en la terapia online. A medida que pasan los años surgen nuevas técnicas para realizar la terapia en modalidad online, por lo que se considera que se debería estudiar y analizar cada año las diferencias y nuevos avances desarrollados. Asimismo, realizar más estudios sobre lo que el paciente y el terapeuta consideran necesario para el establecimiento de una fuerte y sólida alianza terapéutica. También, se considera necesario que se desarrollen tecnologías más avanzadas que permitan que en la terapia online se puedan observar las expresiones faciales del paciente y poder observar con más claridad lo que no dicen con el habla (comunicación no verbal).

7. Referencias bibliográficas.

American Psychological Association (2013). "Guidelines for the practice of telepsychology". *American Psychologist* 68 (9), 791– 800.

<http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>

Andersson, G., Titov, N., Dear, B., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). "Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation". *World Psychiatry* 18(1): 20–28. DOI:10.1002/wps.20610

- Arango, M., Rodríguez, A., Benavides, M., & Ubaque, L. (2016). “Los axiomas de la comunicación humana en Paul Watzlawick, Janet Beavin, Don Jackson y su relación con la Terapia Familiar Sistémica”. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó (histórico)* 3(1), 33-50.
- Bachelor, A. (2013). “Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome”. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(2), 118-135. <https://doi.org/10.1002/cpp.792>
- Berger, T. (2016). “The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research”. *Psychotherapy Research Journal* 27(5), 511-524. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908>
- Bermúdez, C., & Navia, E. (2013). “Factores que Favorecen y se Interponen en el Establecimiento de la Alianza Terapéutica en Terapia de Familia y Pareja”. *Revista Colombiana de Psicología* 22(2), 333-343. DOI: 2344-8644
- Bertalanffy, L. (1968). “General system theory: Foundations”. *Development, applications*, 3.
- Betancur, C., & Ortiz, M. (2019). “Recorrido sobre la relación terapéutica y sus nacientes retos”.
- Beyebach, M. (2006). *24 Ideas para una psicoterapia breve*. Herder Editorial. ISSN:978- 84-254-2964-4
- Beyebach, M., & de Vega, M. H. (2016). *200 tareas en terapia breve: 2a edición*. Herder Editorial. ISSN: 978-84-254-3826-4.
- Botella, C., Baños, R., García- Palacios, A., Quero, S., Guillén, V. & Marco, H. (2007). “La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica”. *Revista sobre la Sociedad del Conocimiento* 4, 32-41. ISSN: 1885-1541.
- Botella, L., & Corbella, S. (2011). “Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico”. *Boletín de psicología* 101, 21-33.
- Brown, G. (2012). *The working alliance in online counselling for crisis intervention and youth* (Doctoral dissertation, Lethbridge, Alta.: University of Lethbridge, Faculty of Education, 2012).

- Bunge, E., López, P., Mandil, J., Gomar, M., & Borgialli, R. (2009). "Actitudes de los terapeutas argentinos hacia la incorporación de nuevas tecnologías en psicoterapia". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 209-216. ISSN: 0327-6716
- Camacho, J. (2006). "Panorámica de la terapia sistémica". *Recuperado de <https://www.fundacionforo.com.ar/uploads/pdfs/archivo33.pdf>*
- Canadian Psychological Association. (2006). "Ethical guidelines for psychologists providing psychological services via electronic media". *Retrieved April, 1, 2009.*
- Carranza, V. (2009). "La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar". *Apuntes de Psicología* 27 (2-3), 247-259. ISSN: 0213-3334
- Caspar F. (2004). "Technological developments and applications in clinical psychology and psychotherapy: summary and outlook". *Clinical Psychology Journal* 60 (3), 347-349. <https://doi.org/10.1002/jclp.10268>
- Cathalifaud, A., & Osorio, F. (1998). "Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas". *Cinta de Moebio: Revista de Epistemología de Ciencias Sociales. Cinta moebio* 3, 40-49. ISSN: 0717-554X
- Cavanagh, K., & Shapiro, D. A. (2004). "Computer treatment for common mental health problems". *Journal of clinical psychology*, 60(3), 239-251. DOI: 10.1002/jclp.10261
- Cazabat, E., & Urretavizcaya, A. (2007). "La Reformulación Panorámica. D. Kopec y J. Rabinovich (comp.)". *Qué y Cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, 76-98.
- Ceberio, M., & Linares, J. (2005). "Ser y hacer en terapia familiar sistémica la construcción del equipo terapéutico". *Editorial Paidós*. Barcelona.
- Ceberio, M. R., & Watzlawick, P. (2008). "Ficciones de la realidad, realidades de la ficción: estrategias de la comunicación humana". *Paidós Ibérica*.
- Christina H., & Terence J. (2016). "Client Interpersonal Problems and the Initial Working Alliance". *The European Journal of Counselling Psychology* 4(2), 191–204. doi:10.5964/ejcop.v4i2.64
- Clarke, J., Proudfoot, J., Whitton, A., Birch, MR., Boyd, M., & Parker, G. (2016). "Therapeutic Alliance With a Fully Automated Mobile Phone and Web-Based

- Intervention. Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial”. *JMIR Mental Health* 3(1), 10. doi:10.2196/mental.4656
- Cook, J, & Doyle, C. (2002). “Working Alliance in Online Therapy as Compared to Face- to-Face Therapy: Preliminary Results”. *CyberPsychology & Behavior* 5(2):95-105. DOI: 10.1089/109493102753770480
- Contreras, J., Castañeda, D., Botella, C., & Gómez, I. (2017). “Un programa de bienestar emocional basado en Realidad Virtual y Terapia Online para enfermedades crónicas en infancia y adolescencia: La Academia Espacial”. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 4(3), 17-25.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). “La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación”. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221. ISSN: 0212-9728
- Cotton, A. (2012). La Terapia Online y Las Relaciones Humanas Mediatizadas Por la Tecnología 3.0. *De Familias y Terapias*, (33).
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Behar, R., Espejo, L., Catalina, M., & Gana, C. (2013). “Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa: Una mirada desde la diada terapeuta-paciente.” *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(3), 175-183. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000300003>
- Dielman, M., Drude, K., Ellenwood, A., Imar, T., Lichstein, M., Mary, M., & Thomas, K. (2009). “Telepsychology guidelines”. *Ohio Psychological Association Communications and Technology Committee*.
- Duffy, D., Enrique, A., Connell, S., Connolly, C., & Richards, D. (2019). “Internet-Delivered Cognitive Behaviour Therapy as a Prequel to Face-to-Face Therapy for Depression and Anxiety: A Naturalistic Observation”. *Frontiers in psychiatry*, 10, 902. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00902>
- Escudero, V., & Friedlander, M. (2003). “El sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar (SOATIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad, y aplicaciones del instrumento”. *Mosaico (Journal of the Spanish Federation of Family Therapy Associations)* 25, 32-36
- Feixas, G., & Miró, M. (1993). “Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos”. *Grupo Planeta (GBS)* 132.
- Fernández, I., Salvador, H., & Quero, S. (2019). “Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria desde la terapia online”. *Ágora de salut* 6 (10) , 91-98. doi: <http://dx.doi.org/10.6035>

- Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Pratap, A., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2017). "The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials". *World Psychiatry* 16(3): 287–298. DOI:10.1002/wps.20472
- Flores, A., & Thomas, J. (1993). "La teoría general de sistemas". *Cuadernos de Geografía* 4(1), 111-137.
- Freeman, K., Duke, D., & Harris, M. (2013). "Behavioral health care for adolescents with poorly controlled diabetes via Skype: does working alliance remain intact?". *Journal of diabetes science and technology*, 7(3), 727-735.
- García, F. (2015). "Terapia sistémica breve". *RIL editores*. ISBN: 978-956-284-990-6
- García, F., & Ceberio, M. (2016). "Manual de Terapia Sistémica Breve". *Mediterraneo* 1, 27. ISBN: 978-956-220-000-0.
- García, E. (2015). La evaluación del aprendizaje: de la retroalimentación a la autorregulación. El papel de las tecnologías. *RELIEVE. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa* 21(2), 1-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.7203/relieve.21.2.7546>
- García, M. (2011). "Reseña de Teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick". *Razón y palabra*, 16(75).
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 13(1), 29-35.
- Hanley, T. (2012). "Understanding the online therapeutic alliance through the eyes of adolescent service users". *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(1), 35-43. DOI: 10.1080/14733145.2011.560273
- Hanley, T., Ersahin, Z., & Sefi, A. (2017). "Comparing online and face-to-face student counselling: what therapeutic goals are identified and what are the implications for educational providers?". *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 27 (1), 37-54. ISSN 2055-6365
- Hanley, T., & Reynolds, Jr. (2009). "Counselling Psychology and the internet: A review of the quantitative research into online outcomes and alliances within text-based therapy". *Counselling Psychology Review* 24 (2), 4 -13. ISSN 0269-6975
- Horvath, A., Symonds, D., Fluckiger, C., & Del Re. (2011). "The working alliance in individual therapy". *Psychotherapy* 48 (1), 9–16. DOI: 10.1037/a0022186

- Horvath, A. O. (2018). "Research on the alliance: Knowledge in search of a theory". *Psychotherapy Research* 28(4), 499–516. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373204>
- Horvath, A. & Luborsky, L. (1993). "The role of the therapeutic alliance in psychotherapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Inmaculada, A. (1995). "Enfoques en terapia familiar sistémica". Barcelona, *Editorial Herder* 159 (97), 615–851. ISBN 84-254-1891- 7
- Jasper, K., Weise, C., Conrad, I., Andersson, G., Hiller, W., & Kleinstäuber, M. (2014). "The working alliance in a randomized controlled trial comparing Internet-based self-help and face-to-face cognitive behavior therapy for chronic tinnitus". *Internet Interventions* 1(2), 49–57. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.04.002>
- Kiluk, B., Serafini, K., Frankforter, T., Nich, C., & Carroll, K. (2014). "Only Connect: The Working Alliance in Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy". *Behaviour Research and Therapy* 63, 139–146. doi:10.1016/j.brat.2014.10.003
- Manubens, R., Roussos, A., Gómez, J., & Oliveira, J. (2018). "Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia". *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades* 5, 143–158. DOI: <http://dx.doi.org/10.30545/academo.2018.jul-dic.7>
- Molina, M., Ben-Dov, P., Diez, M., Farrán, A., Rapaport, E., & Tomicic, A. (2013). "Vínculo terapéutico: Aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22 (1), 15-26. ISSN: 0327-6716
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- O'Reilly, R., Bishop, J., Maddox, K., Hutchinson, L., Fisman, M., & Takhar, J. (2007). Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial. *Psychiatric Services* 58 (6), 836-843.

- Pérez, C. (2018). “Construcción de la Alianza Terapéutica con Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual”. (Trabajo de investigación para optar al título de Magíster en Psicología). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Pérez, F., Franco, M., Monardes, C., & Jiménez, F. (2010). “Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias”. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15(1), 19-37. ISSN 1136-5420/10
- Pérez, M. (2018). “La relación terapéutica en los modelos humanistas-experienciales: alianza de trabajo y aspectos emocionales”. *Calidad de vida y salud* 11, 1, 10- 20. ISSN 1850-6216
- Prado, S., & Meyer, S. (2004). “Evaluation of the working alliance of an asynchronous therapy via the internet”. Unpublished Master's thesis, University of São Paulo, São Paulo.
- Ramírez, N., & Gantiva, C. (2009). “La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva”. *Avances en Psicología Latinoamericana* 27(1), 165-176.
- Recupero, P., & Rainey, S. (2005). “Informed consent to e-therapy”. *American journal of psychotherapy*, 59(4), 319-331. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2005.59.4.319>
- Reynolds, D., Stiles, W., & Grohol, J. (2006). “An investigation of session impact and alliance in internet based psychotherapy: Preliminary results”. *Counselling and Psychotherapy Research* 6(3), 164–168. DOI: 10.1080/14733140600853617
- Ríos, M., & Ruiz, P. (2005). “Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el centro de psicología aplicada de la universidad de Chile (CAPs)”. *Memoria para optar al Título Profesional*. Santiago de Chile.
- Rochlen, B., Zack, S., & Speyer, C. (2004). “Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support”. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 269-283. DOI: 10.1002/jclp.10263

- Rubio, M. (2017). “La alianza terapéutica en la terapia familiar sistémica: La curiosa paradoja es que cuando me acepto tal y como soy, entonces, puedo cambiar”. (2º Máster en Terapia Familiar Socioeducativa). Escola Itinere. EDUVIC.
- Safran, J., & Muran, J. (2005). “La alianza terapéutica una guía para el tratamiento relacional”. *Biblioteca de psicología, Desclée de Brouwer*.
- Slone, N., Reese, R., & McClellan, M. (2012). “Telepsychology outcome research with children and adolescents: a review of the literature”. *Psychological services*, 9(3), 272–92. doi:10.1037/a0027607
- Spijkerman, M., Pots, W., & Bohlmeijer, E. (2016). “Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials”. *Clinical psychology review* 45, 102-114. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>
- Sucala, M., Schnur, J., Constantino, M., Miller, J., Brackman, H., & Montgomery, H. (2012). “The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review”. *Journal of medical Internet research* 14(4), 110. doi:10.2196/jmir.2084
- Torio, D., Déniz, J., Román, C., González, G., Cabras, V., & Ferrán, C. (2017). “Guía para la práctica de la Telepsicología”. Retrieved from: Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). *American Psychologist* 68(9), 791-800. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>].
- Vargas, A. P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica. *LL Eguiluz (Comp.), Terapia familiar: Su uso hoy en día*, 1-24.
- Watzlawick, P., Beavin J. & Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Herder editorial. Barcelona, España.
- Wiederhold, B., & Riva, G. (2007). “Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine: Interactive Media in Training and Therapeutic Interventions”. *Interactive Media Institute* 3. ISBN: 0-9724074-7-2
- Wregglesworth, B., Yellowlees, P., Zucker, M., Krupinski, E., & Bernard, J. (2013). “ATA Practice Guidelines for Video-Based Online Mental Health Services”. *TELEMEDICINE and e-HEALTH*. DOI: 10.1089/tmj.2013.9989