

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: La reformulación de la terapia sistémica en el contexto actual:  
Vínculo terapéutico y adherencia al tratamiento en la virtualidad.

Alumno: Sophie Sztyglic

Tutor: Lic. Constantino Ignacio

Fecha de entrega: 7/12/2021

## Índice

<b>1. Introducción</b>	<b>3</b>
<b>2. Objetivos</b>	<b>4</b>
2.1 Objetivo General	4
2.2 Objetivos Específicos	4
<b>3. Marco Teórico</b>	<b>4</b>
3.1. Algunos antecedentes de la Psicoterapia sistémica	4
3.1.1. Teoría general de los sistemas y teoría de la comunicación	4
3.1.2. Surgimiento y origen de la psicoterapia sistémica y sus teorías.	7
3.1.3. Algunos conceptos de la psicoterapia sistémica	9
3.2. Alianza terapéutica	11
3.3. Adherencia al tratamiento	14
3.4. Contexto actual: pandemia por Covid-19	16
3.5. Alianza terapéutica y adherencia al tratamiento en la virtualidad	18
3.5.1. Virtualidad y psicoterapia	18
3.5.2. Alianza, adherencia y virtualidad	20
<b>4. Metodología</b>	<b>22</b>
4.1. Tipo de estudio	23
4.2 Participantes	23
4.3 Instrumentos	23
4.4 Procedimiento	23
<b>5. Desarrollo</b>	<b>24</b>
5.1 Cambios producidos en la modalidad de atención, online vs. presencial, desde el punto de vista de los profesionales del centro psicoterapéutico sistémico.	24
5.2. Cambios producidos, a partir de la modalidad online, en el vínculo terapéutico, en base a la opinión de los profesionales de un centro terapéutico sistémico.	28
5.3. El impacto producido en la adherencia del tratamiento, en base a la opinión de psicólogos del centro psicoterapéutico sistémico.	31
<b>6. Conclusiones</b>	<b>35</b>
<b>7. Referencias bibliográficas</b>	<b>41</b>

## **1. Introducción**

El presente trabajo se llevó a cabo en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. El objetivo fue realizar un trabajo final integrador en base a la experiencia obtenida en un centro terapéutico de orientación sistémica dedicado a la atención clínica y supervisión de profesionales bajo el modelo sistémico- cognitivo, ubicado en la Provincia de Buenos Aires.

Las tareas que se realizaron en la institución fueron, entre otras, la observación participante de talleres semanales de supervisión grupal, actualmente también denominada co-visión, la observación no participante de primeras entrevistas y de admisión de pacientes, así como la carga online de datos obtenidos de la anamnesis en esta primera entrevista, con el objetivo de encontrar el terapeuta más adecuado para el consultante.

Debido al contexto citado de aislamiento social preventivo y obligatorio por la pandemia de Covid-19, todas las consultas y reuniones se llevaron a cabo de manera online. El objetivo de este trabajo consistió en analizar los cambios producidos dentro de los tratamientos psicoterapéuticos como consecuencia del aislamiento, las modificaciones en el vínculo terapéutico y el impacto producido en la adhesión al tratamiento. Para responder dichos interrogantes se redactaron una serie de preguntas y se entrevistó a cinco terapeutas pertenecientes al centro psicoterapéutico sistémico.

Dentro de la terapia sistémica, la modalidad virtual implicó una reformulación en la construcción del setting y el encuadre terapéutico. Dicho cambio ocurre tanto en el encuentro profesional-cliente (terapeuta-paciente) como en el encuentro entre profesionales.

La práctica profesional en el centro terapéutico con orientación sistémica fue elegida por su interesante propuesta adaptada a los acontecimientos producto de la pandemia, es decir, las actividades y tareas se convirtieron en encuentros virtuales que, a pesar del contexto, fueron espacio de aprendizaje como lo hubiesen sido en la presencialidad, y el otro factor, no menos importante, es el primer acercamiento y la experiencia de adentrarse en el marco teórico sistémico, en el cual deseo formarme una vez finalizada la Licenciatura.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo General**

Analizar el impacto que se produjo en los tratamientos psicoterapéuticos en un centro psicoterapéutico sistémico, con el cambio de modalidad, de presencial a virtual, en relación con el aislamiento social, preventivo y obligatorio en el contexto de la pandemia de Covid-19.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Analizar los cambios producidos en la modalidad de atención, online vs. presencial, desde el punto de vista de los profesionales del centro psicoterapéutico sistémico.
2. Analizar los cambios producidos, a partir de la modalidad online, en el vínculo terapéutico, en base a la opinión de los profesionales de un centro terapéutico sistémico.
3. Analizar el impacto producido en la adherencia del tratamiento, en base a la opinión de psicólogos del centro psicoterapéutico sistémico.

## **3. Marco Teórico**

### **3.1. Algunos antecedentes de la Psicoterapia sistémica**

#### **3.1.1. Teoría general de los sistemas y teoría de la comunicación**

A inicios de la segunda mitad del S.XX, el biólogo Von Bertalanffy propone su Teoría general de los sistemas, basado en el concepto de comprensión de los seres vivos como una unidad funcional organizada, un todo, cuyo resultado es diferente a la sumatoria de sus partes. Los sistemas son caracterizados como una estructura única, total, con las capacidades de diferenciarse y crecer, organizados bajo una jerarquía en la que se establecen vínculos, con la presencia de control, dominio y competencias (Von Bertalanffy, 1968).

Von Bertalanffy (1968) define a un sistema como un grupo de elementos que se relacionan interactuando entre sí, constituyendo una nueva entidad, más compleja. Dentro de estos considera a los sistemas vivientes como sistemas abiertos, entendiendo por esto a

aquellos capaces de intercambiar información y energía con el medio que los rodea. Dice de ellos que, en tanto vivan, les será imposible alcanzar un estado permanente de equilibrio, al que llegarían en la muerte. De acuerdo con el autor, la categoría de sistema abierto puede aplicarse a otras entidades, además de las biológicas, como por ejemplo a otras del ámbito social, como las parejas, las familias o las sociedades.

Para su teoría tomó las ideas sobre cibernética de Wiener, fundamentalmente las de flujo de información y feedback –o retroalimentación– y la de homeostasis, de Cannon, (Von Bertalanffy, 1968).

Arnold y Osorio (1998), trabajan sobre la teoría planteada por Von Bertalanffy, expresando que un sistema se trata de un conjunto de elementos interrelacionados estrechamente, de manera estable, en un equilibrio relativo y orientados hacia un objetivo global. Los sistemas abiertos son para ellos, aquellos que, inmersos en un ambiente, producen con él un intercambio, tomando y entregando información y energía. Los autores realizan una caracterización en la que incluyen, entre otros, los siguientes aspectos: circularidad, totalidad, equifinalidad, energía y equilibrio, entropía, homeostasis, feedback, organización y jerarquía y, por último, viabilidad.

La circularidad es la capacidad de autocausación, la cual implica morfogénesis y morfostasis mientras que la totalidad refiere a los elementos sumados en una interacción, que otorgan variabilidad, y los distingue, constituyendo una única y nueva entidad, que se diferencia de la suma lineal de sus componentes. La equifinalidad implica que desde distintas situaciones de partida se puede llegar al mismo estado final que se tiene como meta. Existe así un equilibrio dinámico propio de los sistemas. Este estado dinámico al que tienden se denomina energía y equilibrio, y cuando esto no es así ocurre la Entropía (desorden), la cual es la máxima desorganización presente en todo sistema. Por su parte la homeostasis es la forma de compensación en relación con la información intercambiada por un sistema, y tiende al mantenimiento invariable de su estructura, que vive un constante flujo de información, conocido también como Feedback. Existen dos formas: el negativo, que se orienta a la homeostasis, con la consecuente ausencia de modificación, y el positivo, orientado al cambio. La Organización y Jerarquía hacen referencia a la interdependencia de las partes que determinan un patrón vincular dónde las relaciones son la forma de

comunicación. Existe una posibilidad de adaptarse al cambio, más conocida como Viabilidad, y si esto ocurre, se mantiene la supervivencia. (Arnold & Osorio, 1998)

Rodríguez y Barbagelata (2014) sostienen que el concepto de sistema puede expandirse a diversas disciplinas como la psicología, la filosofía o la antropología, entre otras, en concordancia con lo propuesto por Napier y Whitaker (1982) quienes proponen que lo interesante de la idea de sistema es que puede extenderse a múltiples situaciones y elementos, abarcando desde el más pequeño de los seres vivos hasta el mismo universo. Sobre esta temática, Rodríguez y Barbagelata (2014) afirman que se ha extendido su utilización, integrándose, con perspectiva vincular, a diversas disciplinas, entre ellas la biología, la psicología o la antropología.

Watzlawick, a partir de sus estudios sobre la comunicación, entiende de manera clara los efectos que ejerce sobre las relaciones. Plantea cinco axiomas en relación con la comunicación. El primero de ellos sostiene que es imposible la ausencia de comunicación, siempre existe alguna forma de esta. El segundo propone la existencia de dos niveles de comunicación en todo proceso comunicacional, uno es el correspondiente al contenido y el otro es el de relación. El tercero indica que siempre se realiza una puntuación arbitraria de los hechos y, el cuarto, que el contenido presenta dos formas, una analógica y otra digital. El quinto postula que los procesos de comunicación se ven afectados por dos tipos de relación: la simetría y la complementariedad. A su vez, sobre estos axiomas establece la existencia de patologías: respecto del primero, una descalificación, con un síntoma como respuesta; del segundo la presencia de desacuerdos. La del tercero consiste para el autor en la profecía autocumplida, la del cuarto la presencia de confusiones y confrontaciones y como quinto, propone la escalada simétrica como una posible respuesta a la complementariedad rígida (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1971).

Sostiene Watzlawick (1992) la inexistencia de individuos perturbados, indicando que se trata en realidad de una perturbación en las relaciones. Esto quiere decir que en la base de toda alteración o trastorno en el comportamiento se encuentra una disfunción a nivel interaccional, desvinculándolo así de la psiquis.

En estos estudios sobre la comunicación se establece así los efectos que esta produce sobre los vínculos, destacando entonces su importancia. (Watzlawick et al, 1971).

### 3.1.2. Surgimiento y origen de la psicoterapia sistémica y sus teorías.

Las teorías previamente introducidas, junto a la cibernética, conforman los antecedentes que luego se reflejaron en la psicoterapia sistémica (Wainstein et al, 1997). El pensamiento sistémico conlleva la comprensión de una unidad estructural y funcional cuyos elementos o partes se relacionan entre sí. Al interior de ellas es fundamental esta idea de relación, interesándose entonces de manera particular por las conexiones que se establecen entre los elementos. Una mayor cantidad de conexiones, otorga al sistema una mayor complejidad y diferenciación (Wainstein, 2006).

De acuerdo con Casabianca y Hirsch (2009), es inevitable que el comportamiento de un individuo no se halle relacionado de manera directa con el de otro u otros con los que se encuentra vinculado, implicando esto que la modificación de una conducta por parte de un integrante produce la consecuente alteración en el resto de los miembros del sistema del que forma parte. Esta alteración, considerada nueva información puede entenderse en dos sentidos contrapuestos: o en dirección al cambio u orientada a la estabilidad. Al respecto sostiene López (2017) que los miembros de un sistema, en tanto interconectados, influyen y son influidos entre sí y por el medio en el que se encuentran inmersos, constituyéndose las relaciones en determinantes de la vida psíquica.

Cada individuo perteneciente a un sistema se verá afectado entonces por aspectos históricos, políticos, culturales y sociales. Los sistemas resisten los cambios debido a la interconexión de sus partes, como se dijo. Sin embargo, el cambio es posible y puede darse de forma repentina y espectacular. Hay puntos concretos en los que es posible efectuar grandes cambios con muy poco esfuerzo una vez que se comprende el sistema (O'Connor & McDermott, 1998). Los teóricos de la construcción social, afirman que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Todo conocimiento, sostienen los construccionistas, evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente. Y es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior (McNamee & Gergen, 1996). Siguiendo a Senge (1992), en la interconexión que existe entre el sistema y el medio, suele entenderse, a priori, que la causa del cambio es un factor externo, proponiendo desde la corriente de pensamiento sistémico, que es consecuencia de las acciones propias de los protagonistas del acto creado.

Entienden Arnold y Osorio (1998) que a partir de esta corriente de pensamiento sistémico se estableció un nuevo paradigma, que representó una nueva concepción de la realidad, que se convertiría luego en un marco novedoso en la guía de la práctica de varias disciplinas. Al respecto sostienen Napier y Whitaker (1982), que se conformó un contexto adecuado a partir del cual se repensó y redefinió el trabajo psicoterapéutico, enfoque que requirió de numerosos estudios y años para su definitiva aceptación.

En Palo Alto, hacia 1940, nace, a partir de diversas investigaciones, lo que puede considerarse como los inicios de la escuela sistémica. Jackson, Haley y Weakland crean el Mental Research Institute - MRI – (García Martínez, 2013). Las actividades allí realizadas llevaron al desarrollo de la psicoterapia sistémica propiamente dicha, en sus inicios, pensada para el trabajo familiar (Feixas & Miró, 1993). Surge hacia los años 60, una nueva forma de pensar y llevar adelante la práctica clínica psicológica, colocando en el centro una concepción del ser humano como una totalidad integrada, un suprasistema compuesto a su vez por otros diversos subsistemas, y relacionado con otros sistemas, constituyendo la personalidad (Feixas & Miró, 1993; Martínez Miguélez, 2011).

De acuerdo con Martínez Miguélez (2011), cuando se produce una desintegración o falta de coordinación entre los sistemas se desarrolla una patología, ya sea física, social, mental o cualquier combinación de ellas. Sostienen Feixas y Miró (1993) que es posible el tratamiento psicoterapéutico partiendo de la búsqueda de un cambio basado en la intervención, ya sea sobre uno de los componentes del sistema o sobre la vinculación entre ellos.

Se reconocen en la actualidad, de acuerdo con los autores, tres escuelas fundamentales, la de Palo Alto, cuyos miembros de referencia son Bateson y Watzlawick, la Estructural, con Minuchin como referente principal y la de Milán, representada por Selvini Palazzoli (Feixas & Miró, 1993).

### 3.1.3. Algunos conceptos de la psicoterapia sistémica

Postulan Nardone y Watzlawick (1995), que las conductas deben analizarse y entenderse como resultado emergente del sistema determinado para el estudio, en el que se encuentran coexistiendo diversos participantes en una interacción, en permanente flujo e intercambio de información. Como tales se influyen mutuamente de forma permanente, estableciendo un patrón en el que se entabla una capacidad de respuesta a la información recibida que da lugar a la modificación del mensaje original, constituyendo de esta manera una de sus características distintivas: la circularidad. A su vez, el sistema inserto en un medio ambiente, desarrolla un movimiento de información bidireccional, que también lo afecta. En este marco, las conductas son interpretadas en relación estrecha con el sistema al que pertenecen, constituyéndose la respuesta como efecto y reacción a la información recibida para poder comprender las conductas. En esta corriente epistemológica, es necesario tomar en consideración las experiencias, emociones y conductas de los participantes de la interacción en relación con la totalidad de la que forman parte. Como característica destacada, en esos vínculos se establecen patrones de tipo constantes, permanentes y homeostáticos (Bados López, 2008).

Es por ello que en las psicoterapias de este tipo no se realiza insight ni se indaga profundamente en el pasado sino que se coloca el foco en las relaciones en el aquí y ahora, a las que entienden como responsables de la situación vivida como problemática por el consultante. Es propósito del trabajo terapéutico comprender el qué y el cómo del problema para poder luego plantear el objetivo del tratamiento (Nardone & Watzlawick, 1995). Entienden Rodríguez y Barbagelata (2014) que es vital entender cómo y para qué se da una conducta, no así su interpretación, a diferencia de lo que promueven otros modelos. También a diferencia de otras corrientes psicoterapéuticas, las terapias sistémicas, y particularmente la terapia estratégica de resolución de problemas, desprendida del MRI, se caracterizan por ser terapias breves, acotadas, con una visión enfocada en el presente, con la presencia de un terapeuta activo, que realiza intervenciones tanto directas como indirectas, apuntando a desarticular un circuito autoperpetuante, un patrón de comunicación que entienden como base del problema.

El trabajo consiste en plantear un problema, en tanto como tal, puede ser solucionado, en términos conductuales, de manera conjunta entre el profesional y el paciente. A partir de él se busca establecer el circuito para poder intervenir, a partir de las reformulaciones u otras, como las paradójales, por ejemplo, buscando alterar ese circuito, generalmente sobre la solución intentada, que además de no ser exitosa, mantiene el sistema, retroalimentándolo (Casabianca & Hirsch, 2009). De acuerdo con Wainstein (2006), los sistemas tienen como características la persistencia en el tiempo y su consistencia interna, lo que se relaciona con su identidad. En ellos el cambio no es espontáneo, sino resultado de una fractura o de la pérdida de consistencia, generadas a su vez a partir de la existencia de un conflicto. El cambio verdadero, o cambio 2, se producirá cuando la destrucción que lo precede da origen a una nueva creación, a una alteración de la homeostasis a la que naturalmente tienden. Es por esto que la psicoterapia tiene por objetivo el cambio 2, el cambio real en el sistema consultante, generado desde la influencia que ejerce el terapeuta sobre este. Entiende el autor que un cambio verdadero acaecido sobre cualquier parte del sistema, ya sea un individuo o una interacción, se verá reflejado en la totalidad, afectando entonces a los otros integrantes.

De acuerdo con Casabianca y Hirsch (2009), el objetivo del terapeuta, es la producción de un cambio 2, producto de la consistencia, la desarticulación del circuito y la intervención del profesional, destinado a una nueva homeostasis. Para Rodríguez Ceberio y Watzlawick (2017), la psicoterapia sistémica nada tiene que ver con un terapeuta capaz de develar sentido, ni la única forma de intervención posible es a través de la palabra, sino que la conciben como un intercambio en una relación típicamente asimétrica que se relaciona con un vínculo terapeuta-cliente, en la que existe una jerarquía determinante y complementariedad y en la que se ensaya una hipotetización por parte del profesional que el otro en algún grado acepta. Caracteriza a esta asimetría como un elemento a favor del tratamiento, considerándola vital para la aceptación de la influencia y por tanto, de las intervenciones. En esta relación, uno acepta la influencia del otro, como se dijo, debiendo atender el otro a la devolución del paciente, evaluando los resultados de manera permanente. Como sistemas insertos en un ambiente y con influencia de las escuelas constructivistas, los adherentes a las psicoterapias sistémicas no entienden a la realidad como única sino que la piensan como una forma determinada de ser percibida por el sujeto, en relación con la posición que ocupan como miembro del sistema del que forman parte, de la que no pueden prescindir al observar. La manera en que cada individuo vive la realidad está enteramente determinada por las interacciones que establece consigo mismo y con los demás miembros de

su sistema. En este marco, cada uno produce su realidad. Es por esto que de producirse un cambio en la forma en que el sujeto percibe producirá inevitablemente un cambio en sus respuestas, situación a la que debe apuntar el tratamiento, (Nardone & Watzlawick, 1995). El tratamiento psicoterapéutico apunta entonces al cambio 2, como se dijo. Lo posibilita la retroalimentación positiva, que conlleva una forma de morfogénesis a partir de la información que se recibe desde el exterior, generando una influencia de tipo circular, según proponen Bados López (2008) y Zegarra y Paz (2015).

Para lograr este cambio 2, los modelos sistémicos se valen de diversos elementos, entre ellos se encuentra la alianza terapéutica.

### **3.2. Alianza terapéutica**

Un concepto de particular importancia para la psicoterapia sistémica es el de alianza terapéutica.

Surgida en el psicoanálisis, se la consideraba en relación a la transferencia, como algo que aportaba el paciente al contexto psicoanalítico. Luego, Zetzel (1956) realiza una distinción entre transferencia y alianza, sugiriendo que la alianza es la que hace posible el insight y las interpretaciones, en tanto está compuesta por la parte no neurótica del vínculo paciente-terapeuta, permitiendo a su vez distinguir entre la relación real con el psicoanalista y las experiencias vinculares pasadas del paciente.

De acuerdo con Hartley (1985), la alianza terapéutica consiste en una relación conformada por la relación real – vínculo paciente-terapeuta - y la alianza de trabajo, entendida como la capacidad de ambos miembros de la díada de trabajar de manera conjunta en función de los objetivos propuestos. Dentro del marco psicodinámico se ha avanzado hacia una idea más relacional, en la que el terapeuta adquiere relevancia, incluyéndose su interacción y su autenticidad y espontaneidad (Corbella & Botella, 2003). De acuerdo con los autores, la idea de alianza terapéutica, ya sin su componente transferencial, se ha ido incorporando a la mayoría de las corrientes psicoterapéuticas. La escuela humanística y la cognitiva la entienden como fundamental, considerando esta última que se trata de un aspecto central del proceso. Esta conceptualización la toma Bordin (1979), quien propone que la

relación entre el terapeuta y el consultante constituye un factor primario y fundamental para el cambio y Bordin (1979) la definió como el encaje y la colaboración establecidas entre el terapeuta y el consultante. Para Bordin (1994), se compone de tres elementos, el vínculo terapéutico, al que considera el principal, el acuerdo en las tareas y el acuerdo en los objetivos.

Corbella y Botella (2003) afirman que consiste en una conjunta construcción por ambos participantes del proceso psicoterapéutico en el que tanto las expectativas, como las opiniones y elaboraciones que van construyendo sobre el trabajo, el vínculo y la perspectiva del otro modulan la relación, resultando fundamentales para el tratamiento.

Por su parte, para Feixas y Miró (1993), se trata de una relación con un profundo contenido afectivo por parte del paciente para con el profesional, con una marcada influencia sobre el proceso terapéutico. Bordin (1979) lo entiende como una unión creciente, con asistencia mutua entre los dos miembros. El desarrollo toma diferentes tiempos en cada pareja, pudiéndose lograr más rápidamente en algunos casos que en otros. Para Minuchin y Charles Fishman (2004) no se trata necesariamente de un proceso deliberado o razonado, sino que puede establecerse de manera subterránea.

La alianza terapéutica, con un rol central para la psicoterapia sistémica, representa la calidad y fortaleza que se establece entre ambos participantes del proceso, incluyendo los lazos afectivo-emocionales, tales como la mutua confianza, el interés por el trabajo acordado, el respeto y el activo compromiso, tanto con las metas y objetivos como con los medios para lograrlos, a modo de asociación (Horvath & Bedi, 2002). Añaden Casabianca y Hirsch (2009) que se establece en las primeras entrevistas, siendo vital para el proceso y predictora de la continuidad y probabilidad de éxito o abandono terapéutico.

Minuchin y Fishman (2004) sostienen que paciente y terapeuta constituyen una sociedad, debiendo establecer metas compartidas de manera explícita, entrando así dos sistemas sociales en coparticipación por un plazo determinado, para un propósito común. Las funciones de cada uno deben especificarse, quedando en el terapeuta la de guiar el trabajo y en el paciente la de dejarse conducir. Sostiene el autor que esta coparticipación se trata más de una actitud del terapeuta que de una técnica, en cuyo marco se producen las interacciones. El terapeuta, como líder, debe hacer saber al cliente que trabaja por y para él, otorgándole la seguridad necesaria para ensayar nuevas alternativas en busca de la cura.

El establecimiento de la alianza desde el principio del tratamiento ha presentado evidencias, de acuerdo con Manubens, Roussos, Gómez & Oliveira (2018), de considerables mejoras en la sintomatología de los clientes. Las primeras sesiones resultan esenciales para su desarrollo, convirtiéndose en las de mayor importancia, siguiendo a Botella y Corbella (2011), pudiendo establecerse a partir de su observación, la continuidad o no del tratamiento, afectando de manera directa la motivación, central en la terapia sistémica. Consistente en un diálogo terapéutico, se diferencia de una conversación habitual, la que se manifiesta particularmente en el contenido. Es tarea del profesional darle la forma adecuada, afectiva, empática, respetuosa y equilibrada, debiendo incluir procedimientos e intervenciones planeados y con sustento teórico. Afirma Pérez (2018) que cuando la relación se encuentra debilitada o no existe consenso en cuanto a objetivos y tareas, la alianza corre serios riesgos de quebrarse. Si el quiebre se diera a inicios del proceso, podría remontarse, aún con dificultades pero si ocurriera más adelante en el tiempo, puede derivar en la pérdida de confianza. Se requiere de un trabajo honesto sobre la aceptación de la atribución causal personal de las razones de la fractura, llevando adelante además intervenciones en relación con las inquietudes planteadas por el consultante, aclarando detalladamente las razones y beneficios de las mismas. El afecto, elemento primordial y definitorio de la alianza, se traduce en un facilitador para el cambio (Rodríguez Ceberio & Watzlawick, 2008).

Agregan Ríos y Ruiz (2005) que la alianza debe ser focalizada en el cliente, establecerse los objetivos durante las sesiones iniciales, la relación tiene que tener carácter profesional y responsable y que durará mientras se mantengan los objetivos, finalizando con su logro. Es necesario introducir la idea de encuadre, como un elemento fundamental para el desarrollo de la alianza terapéutica. Este consiste en el acuerdo entre profesional y paciente, constituyendo un sistema (Hirsch & Rosarios, 1987). En él se establecen pautas concretas como los horarios o la duración de las sesiones, como otras pautas, de las que Bleger (1966) sostiene que son aquellas situaciones constantes del proceso. Continúa afirmando que consiste en el grupo de estipulaciones, ya sean implícitas o explícitas, que se establecen entre ambos miembros y se desarrollan de manera constante. En el sistema, de acuerdo con Wainstein (2006) y Hirsch y Rosarios (1987) cada uno de los miembros tiene una tarea para llevar a cabo un trabajo conjunto, que se relaciona de manera directa con el objetivo planteado. Un encuadre claro, conciso y consistente permite el adecuado desarrollo del tratamiento, colaborando además con el mantenimiento de la capacidad de maniobra, otra de las características relevantes para el adecuado tratamiento. Esta capacidad consiste en la

libertad de actuar de la manera que el profesional considere más adecuado, pudiendo entonces poner en práctica lo que entienda como más apropiado en los distintos momentos del tratamiento. Esto implica un estado de relativa pasividad, que se mantiene constante a lo largo del proceso. Se trata de poder proponer acciones con un propósito determinado, a pesar de los inconvenientes que se presenten, pudiendo realizar las modificaciones necesarias durante el tiempo que dure la terapia. La ausencia de una buena alianza resta capacidad de maniobra al profesional actuante (Hirsch & Rosarios, 1987).

El establecimiento de una buena alianza terapéutica tiene relación directa con la adherencia al tratamiento (concepto que se desarrollará a continuación) de acuerdo con Casabianca y Hirsch (2009).

### **3.3. Adherencia al tratamiento**

Concepto central dentro de las psicoterapias, la adherencia al tratamiento se relaciona, para Martín Alfonso, Grau Ábalo & Espinosa Brito (2014) con la conformidad, cumplimiento y predisposición por parte del paciente para seguir las indicaciones, llevar a cabo las tareas o, de manera menos concreta, aceptar la influencia del profesional. Al respecto, debe incluirse la idea de encuadre, que consiste en un conjunto de reglas que se pactan de antemano, las cuales enmarcan el tratamiento y lo regulan, entre ellas la duración de las sesiones, los horarios y honorarios (Kurtas de Mauer, 2008). El autor plantea también que el encuadre a su vez está inserto en un marco mayor, que requiere de cierta flexibilidad y dinamismo, y conjuntamente con la heterogeneidad estratégica de abordaje, contribuye al enriquecimiento de la práctica clínica. Sobre el encuadre, sostienen Hirsch y Durao (2020) y Hirsch y Rosarios (1987), que, para el marco del proceso, se requiere claridad y compromiso, colaborando estos con la distinción del trabajo terapéutico. Una conversación amistosa, otorga al profesional junto con otros factores, una mejor capacidad de maniobra. En el campo de la psicoterapia sistémica se han planteado discusiones concluyendo que no debe colocarse al consultante en una posición excesivamente pasiva respecto de los objetivos, pautas y decisiones con respecto a su proceso terapéutico. Es así que se propone una conceptualización amplia, entendiéndose como una voluntaria y activa vinculación del cliente, desplegando un comportamiento mutuamente aceptado, por él y su psicólogo, orientado al fin previamente establecido, en busca de un resultado terapéutico también acordado, incluyendo así al consultante como un actor

protagónico de su propio proceso (Di Mateo & Di Nicola, 1985). Por su parte, Martín Alfonso et al. (2014) postulan que ambos integrantes de la díada tienen la misma importancia, quedando a cargo del profesional el delineamiento de conductas adecuadas de manera empática, sin presentar una actitud de autoridad, permitiendo al paciente una actitud activa y responsable. Sobre esta proponen Martín y Grau (2005) que se trata de un preciso repertorio de conductas, como realizar cambios en el estilo de vida o adecuarse y cumplir horarios, que se ven moduladas por elementos subjetivos. De acuerdo con Meichenbaum y Turk (1991) las creencias y la motivación son factores determinantes que operan sobre la adherencia. Otros factores son, de acuerdo con Silva, Galeano y Correa (2005), las circunstancias que rodean al tratamiento, la ausencia de redes, la inestabilidad o el fracaso de tratamientos previos, entre otros. Todos los autores coinciden en que la falta o la no adherencia pueden traducirse en el abandono temprano del tratamiento, responsabilizando al terapeuta de su evaluación y manejo. En este sentido, Hirsch y Rosarios (1987) entienden que es importante la vinculación de la adherencia con la etapa del cambio, requiriendo para un buen resultado en términos de adherencia, una etapa de preparación para la acción, ya que a partir de esta hay consciencia de la necesidad de cambio y convicción acerca de los beneficios, aunque no exista aún mucha energía para colocar en el trabajo terapéutico.

Para una buena adherencia es necesario establecer estrategias y promover una participación activa por parte del consultante, de acuerdo con Martín y Grau (2005) y Ortego Maté, López González y Álvarez Trigueros (2016), requiriendo además de un clima de confianza y seguridad. Remarcan la importancia de otorgar información clara y suficiente al paciente, así como entrenarlo en las habilidades necesarias, incluyendo las sociales, fomentando sentimientos de autoeficacia, que estimulan su realización, considerando además el uso de estrategias tendientes a prevenir y manejar las recaídas. Para los autores, la adherencia constituye un fenómeno complejo y dinámico, requiriendo de su abordaje constante y de la evitación de la culpabilización ante su caída o ausencia, actuando además sobre todas las variables que estén afectando a la misma, sin olvidar incluir a la familia o redes. Remarcan la importancia de organizar el tratamiento, asegurar la continuidad de la atención, estimular y favorecer el cumplimiento de citas y programar el control y supervisión del tema.

Sobre la adherencia destacan Meichenbaum y Turk (1991) que influyen distintos tipos de factores, incluyendo entre ellos características del paciente, como el tipo de personalidad,

la presencia de un trastorno o las ideas sobre salud, incluyendo la idea de salud mental que tengan. Otra es la vivencia de enfermedad o ausencia de salud y la presencia o no de síntomas. Una tercera, muy importante, se relaciona con la complejidad del tratamiento, incluyendo la facilidad de acceso, los costos o la duración. En cuarto lugar, se encuentran los factores relacionados con la interacción, que incluye entre otras a la comunicación, actitudes y conductas no verbales y verbales y la dificultad del profesional para elucidar preocupaciones y emociones negativas del consultante (Villa & Vinaccia, 2006).

Entiende Demabré (1994) que si bien no está aún resuelta la problemática de la adherencia o no a los tratamientos psicoterapéuticos, constituyen un tema de interés en aumento. Propone una visión sobre la misma en relación con la Teoría de la autoeficacia de Bandura, definiendo a la adherencia como el grado de coincidencia entre las pautas y lineamientos propuestos por el profesional y la conducta del paciente. Presentan como un factor importante a la expectativa de eficacia, constituyendo además un factor predictivo de intensidad y persistencia de los esfuerzos a realizar por el paciente, influyendo a su vez en los patrones cognitivos y las reacciones emocionales.

### **3.4. Contexto actual: pandemia por Covid-19**

De acuerdo con la terapia sistémica, se entiende al proceso terapéutico inmerso en el contexto del consultante como aquel que colabora con exponer o esconder elementos y fenómenos presentes, aclarando que las construcciones subjetivas, ocurren y deben entenderse a partir de la vincularidad y no como situaciones aisladas (Wainstein, 2006).

En la actualidad la movilidad está reducida por el distanciamiento establecido por el titular del poder ejecutivo nacional, afectando a pacientes y profesionales, lo que ha aumentado las consultas virtuales. El temor, incertidumbre y dificultad de adaptación que conlleva este contexto ha sido también un factor de incremento en la solicitud de estos tratamientos. Como situación histórica particular y en curso, genera desconcierto, pero también se presenta la necesidad de adaptación así como desafíos y estrategias, que serán a su vez de carácter dinámico (Hirsch & Durao, 2020).

Observando el fenómeno de pandemia mundial actual, desde la identificación del Covid-19 en noviembre del 2019, el virus causó una disrupción significativa tanto social

como económica. Desde la perspectiva del sistema de salud, el virus y sus consecuencias fueron uno de los eventos más complicados del siglo XXI, obligando así a las políticas de salud a realizar cambios inmediatos dentro del contexto. La modalidad online de la psicoterapia quedó como única alternativa para continuar un tratamiento (Gandhi, Yokoe & Havlir, 2020).

Es importante preguntarse acerca de cómo incide la pandemia en la comunidad psicoterapéutica, habiendo requerido la incorporación de conocimientos tecnológicos y de dispositivos por parte de los profesionales y la profundización de características terapéuticas que se relacionan con el trauma y el contexto crítico. Requiriendo aún de mayor investigación sobre el tema. Para el autor, se requiere una mayor apertura al mundo subjetivo del consultante, más allá del habitual en el campo de las psicoterapias sistémicas. Propone además la presencia de mayor atención de los profesionales hacia su asertividad y habilidades, al tratarse de un formato cuya validez no se encuentra aún consolidada (Hirsch & Duraó, 2020).

El sufrimiento se potencia con el aislamiento, por lo que el particular contexto puede dificultar la adherencia a los tratamientos, sobre todo de casos menos acostumbrados, adaptados, solitarios o sin red de contención suficiente (Hirsch & Duraó, 2020). Para Wade, Gies, Fisher, Moscato, Bardoni, Corti y Williams, (2020) se trata de una época de especial estrés y vulnerabilidad, en la que la salud mental se ha visto particularmente afectada, aumentando la necesidad de acceso a psicoterapias con una menor posibilidad de acceso a las formas tradicionales de apoyo. Es necesario apelar a nuevas estrategias y herramientas, requiriendo de capacidad de adaptación y flexibilidad para poder dar respuestas eficientes en el contexto actual.

Los servicios de salud mental se vieron afectados por la propagación del virus, vieron limitada su capacidad de respuesta, situación que también atraviesa a los pacientes. Se encontraron frente a una problemática nueva, no sólo el temor a la enfermedad y sus posibles efectos, sino también aislamiento obligado impuesto a partir de esto, debiendo adecuarse para responder, debiendo no solo acomodarse a las herramientas tecnológicas, sino también adaptar intervenciones y sobre todo, sostener el encuadre, la rigurosidad en el trabajo y diagnóstico (Inchausti, MacBeth, Hasson-Ohayon & Dimaggio, 2020). Para esto se han postulado pautas acerca de la regulación, la eficacia y la formación que requieren los profesionales (Traverso & Salem Martínez, 2020).

No es posible pensar la práctica sin el contexto, desde el punto de vista sistémico. Es habitual observar el sistema del paciente, no tanto el del terapeuta, que en este caso también se ve afectado, influyendo sobre la forma en que observa y construye sus interpretaciones (Semboloni, 2011).

### **3.5. Alianza terapéutica y adherencia al tratamiento en la virtualidad**

#### **3.5.1. Virtualidad y psicoterapia**

Los tiempos modernos han ido haciendo necesaria la inclusión de nuevas formas y dispositivos de atención en psicoterapia. La evolución en la modalidad de las comunicaciones, el valor del tiempo, así como la suma de intereses y actividades de los individuos, entre otras cosas, han sido fundamentales en esto. Afirma Aryan, Briseño, Carlino, Estrada, Gaitan & Manguel (2015) que existe una disminución en el tiempo dedicado a la reflexión, afectando también la calidad de vida actual. Propone entonces que debe pensarse en una facilitación del acceso, mejorando así el proceso de acercamiento al trabajo terapéutico. Considera posible la variación en las distancias y los tiempos, recortándolos, a partir de un cambio en la modalidad clásica de abordaje, en consultorio, por un modelo distinto de este pero que permita adecuarse a sus principios.

La terapia online se caracteriza por brindar el servicio, ya sea psicológico o de otro carácter, vía internet o telefonía, en un ámbito en el que ambos participantes se encuentran en distintos lugares físicos, requiriendo así de un dispositivo tecnológico como medio de comunicación (Biondi Situmorang, 2020).

Durante las últimas dos décadas la terapia online ganó reconocimiento como un medio terapéutico conveniente, reflejando la interacción entre salud mental y tecnología (Biondi Situmorag, 2020; Hirsch & Durao, 2020). Aquellos psicoterapeutas que se adecuaron a esta técnica pudieron comunicarse con el paciente a través de llamadas, video llamadas o mensajes. Este tipo de encuentro beneficia a poblaciones que no recurrirían como primera opción a la terapia presencial. En el espacio virtual, la conversación del encuentro se fragmenta en pantallas que apenas permiten visualizar los rostros, parcializando el lenguaje corporal; desaparece el contacto visual presencial del terapeuta con los miembros participantes. La virtualidad impone también el desencuentro corporal que tanto significa en el momento de la conversación, ya que la emocionalidad se encuentra diluida, obstaculizada,

mutilada, dándole preponderancia a la palabra despojada del contexto del encuentro como condicionante de dicha emocionalidad (Biondi Situmorang, 2020; Hirsch & Durao 2020). Sobre el particular agregan Hirsch y Durao (2020) que se beneficia también la supervisión de casos, además de permitir su grabación para explorarse nuevamente, participar en discusiones o con fines didácticos.

Siguiendo a Hirsch y Durao (2020), la efectividad de los tratamientos virtuales es la misma que en los presenciales, con la excepción de las evaluaciones psicológicas y los psicodiagnósticos.

Varios expertos dentro del área expresaron su preocupación en relación a dilemas morales como las competencias del terapeuta, el consentimiento informado, la privacidad y seguridad del paciente y el secreto profesional, lo que determina la elección del dispositivo y plataforma adecuados. Se debe también tener en cuenta la interrupción constante debido a fallas tecnológicas, las cuales alteran la fluidez del encuentro y la presencia de familiares y otras personas o factores distractores y desviadores de la atención (Biondi Situmorag, 2020, Hirsch & Durao, 2020).

Uno de los inconvenientes que plantea la virtualidad es que las herramientas requeridas por las terapias sistémicas, relacionadas con la cercanía y el manejo de la corporalidad para la gestión emocional de algunas situaciones, se ven alteradas, convirtiéndose su uso en un imposible, lo que conlleva al desarrollo de otras, como una necesidad de adaptación al contexto, que aún debe ser pensado y evaluado (Walsh & Ceresato, 2020).

Por otro lado, de acuerdo con Castelnuovo y Gaggioli (2003) la virtualidad no requiere de cambios en cuanto a los principales conceptos teóricos sistémicos. Para los autores no se ven afectadas tampoco ni las técnicas ni la metodología a utilizar, lo que habilita su uso, si bien pueden verse algo afectados los tiempos para el establecimiento de la alianza (Rees & Stone, 2005)

En otros términos, de los estudios realizados por Brown (2012), se concluye que los jóvenes son quienes mejor responden en la modalidad virtual, disfrutando de ella y de la sensación de anonimato que conlleva, facilitando una comunicación abierta, constituyendo experiencias tranquilas, gratificantes y positivas para ellos. En el mismo sentido, Fernández Durán (2016), afirma que son los jóvenes quienes mejor se adaptan a estas tecnologías,

logrando experiencias positivas, tanto en términos de la alianza terapéutica como del sostenimiento del vínculo y del espacio terapéutico.

### 3.5.2. Alianza, adherencia y virtualidad

Tanto pacientes como terapeutas en la modalidad online expresan que el impacto en el vínculo terapéutico es igual o más fuerte de lo que era anteriormente en la modalidad presencial (Reynolds, Stiles, Bailer & Hughes, 2013). Por su parte, Hirsch y Durao (2020), quienes coinciden básicamente con el bajo impacto en el vínculo, destacan la necesidad de algunos cambios y mayor claridad en el encuadre.

Es necesario contar con flexibilidad y adaptabilidad en el proceso terapéutico para adaptarse a la situación de virtualidad, a fin de adecuarse a las particularidades y dificultades que pudieran surgir, en relación con la construcción y despliegue de una buena alianza terapéutica. Requiriendo así, del despliegue de estrategias específicas en cada caso (Hernández Rodríguez, Chávez Noreña, Obando Vallejo & Guevara Hurtado, 2021).

Sobre la alianza terapéutica en la virtualidad, Cotton (2012) entiende que no se diferencia mucho de la establecida en forma presencial, a excepción de la ausencia de contacto físico. En ambos casos está presente (y tiene que estarlo) la empatía, el afecto y la escucha activa. Es condición necesaria que el paciente se considere escuchado y comprendido en tanto que el psicólogo requiere contar con la capacidad de entenderlo y ayudarlo. Ante la falta de contacto físico se ven incrementados los otros sentidos, agudizándose la vista y el oído. El consultante debe elegir el ámbito en el que se lleve a cabo, requiriendo contar con privacidad, intimidad y comodidad suficientes para tan íntimo encuentro. Para el autor también constituye una ventaja la virtualidad a la hora de realizar viajes o traslados por períodos largos, permitiendo mantener la constancia del tratamiento con la familiaridad y afectividad previamente establecidos, en los casos en los que se vira de una modalidad a otra.

Continuando con el tópico en cuestión, existen estudios llevados a cabo por Cook y Doyle (2002), de los que surge que los participantes pudieron establecer con sus psicoterapeutas un vínculo temprano, constituyendo verdaderas alianzas terapéuticas de manera online, viendo a esta modalidad como un método adecuado, valioso y beneficioso de tratamiento, creando así una experiencia positiva para su vida personal y de relación. Sostienen por su parte Cárdenas García et al. (2020) que dado que se trata de dispositivos

electrónicos utilizados de manera cotidiana, pueden incluso colaborar con el desarrollo y fortalecimiento de la alianza. Resultando entonces positivos, en algunos casos, para la misma y pudiendo impulsar la relación entre los miembros de la díada.

Dado el carácter innovador de la psicoterapia sistémica, que abandona la linealidad para ir hacia la circularidad, es interesante el uso de nuevas alternativas tecnológicas, presentando una variable distinta pero interesante para el establecimiento de una nueva vincularidad, siendo valiosa su exploración, pudiendo plantearse una relación terapéutica particular y efectiva, permitiendo el tránsito por el proceso terapéutico (Fernández Durán, 2016). Puede considerarse a los dispositivos tecnológicos un tercero en la vinculación online viéndose también afectada la comunicación analógica. Es por tanto vital, desde el punto de vista sistémico, la atención a la forma en que estos medios afectan a la psicoterapia y cómo se articulan con la teoría. En tanto nuevas formas de comunicación, concepto sumamente relevante de los modelos sistémicos, no puede excluirse su análisis (Fernández Durán, 2016).

En cuanto a la adhesión al tratamiento, Hirsch y Duraó (2020) sostienen que existen pacientes o patologías que no resultan muy elegibles para este tipo de tratamiento, como las esquizofrenias severas, los consumos severos o con planificación suicida, aunque estiman que se establecerán nuevos protocolos con el correr del tiempo. Es interesante contar con cuidadores y redes para el trabajo con pacientes, así como con equipos interdisciplinarios, requiriendo de un trabajo de artesano por parte del profesional para adecuarse a situaciones particulares.

Por su parte, Schueller, Stiles-Shields y Yarosh (2016) coinciden en la importancia de contar con redes de trabajo, en las que ven la posibilidad de ampliarse a partir de la incorporación de la virtualidad. Esto contribuye tanto con la alianza como con la adherencia, pudiendo incluir a terceros que colaboren con el sostenimiento del proceso desde lo emocional o incluso el aspecto técnico. Aclaran la necesidad de que el terapeuta evalúe y adapte la herramienta al paciente, para favorecer el trabajo.

Sostienen Walsh y Ceresato (2020) que para las psicoterapias sistémicas, la supervisión es un dispositivo fundamental. Al momento de la virtualidad, tanto para la alianza terapéutica como para la adherencia al tratamiento, la supervisión constituye un elemento indispensable, ya que colabora fuertemente con el fortalecimiento de los lazos, además de coadyuvar en el planteamiento del plan estratégico de tratamiento, lo que

contribuye con el terapeuta para el mantenimiento de la alianza y la adherencia. Agregan además, que en el contexto de aislamiento la supervisión resulta aún más importante, dado que al tratarse de un momento en el que impera el distanciamiento físico, el fortalecimiento de los lazos sociales y los vínculos se vuelve indispensable. Estos son elementos que se ven incrementados mediante este dispositivo, resultando en una contención para el terapeuta, integrante del sistema, con su consecuente impacto sobre los participantes y elementos del mismo.

Por su parte, Cárdenas García et al. (2020) y Schueller et al. (2016) destacan la importancia de la necesidad de adecuación del terapeuta a las necesidades, capacidades y posibilidades del paciente a la hora de elegir los medios y herramientas como forma de incrementar la adherencia al tratamiento. También recalcan su importancia cuando resulta, por diversos contextos, el único dispositivo o el más eficiente, pudiendo incluso ser el medio más acertado en post de la alianza y adherencia en determinados casos. Además, en cuanto a la alianza y fundamentalmente a la adherencia en niños, destacan la necesidad del establecimiento de un buen vínculo con los adultos responsables, como también de la consideración de sus capacidades tecnológicas, ya que su ausencia podría resultar negativa en estos términos (Hernández Rodríguez et al. 2021).

En cuanto al contexto de aislamiento por Covid- 19, la incorporación de la virtualidad resulta un elemento indispensable para la atención psicológica en el contexto de aislamiento y pandemia, situación que aumentó el padecimiento emocional y mental, en el que debió instalarse la modalidad online como alternativa para la contención de pacientes (Cárdenas García et al., 2020).

Ante situaciones críticas resulta particularmente importante otorgar sentido, para lo que la psicoterapia es una herramienta valiosa. Se trata de un marco disparador o potenciador de padecimientos, generando sentimientos y movimientos en vaivenes polares, contando con los procesos terapéuticos para su gestión, buscando una mejor calidad de vida. En estos casos, la alianza terapéutica en la modalidad online es no sólo posible, sino un elemento permitido por el contexto, interesante para el trabajo psicoterapéutico (Ramón & Salusso, 2020).

Para Wade et al. (2020), la adherencia en la virtualidad se ve facilitada por la aceptabilidad no solo del paciente y su entorno, sino también por la aceptación por parte del

terapeuta, fundamental en el aislamiento social actual, el cual requiere de la adaptación de estrategias a las nuevas tecnologías. Se deberá además enfrentar el reto de adaptación a las particularidades de cada caso, requiriendo de flexibilidad y dinamismo. Se trata de un momento de especial vulnerabilidad y estrés, en el que el acceso habitual se ve disminuido, convirtiéndose en la única forma de acceso a psicoterapias que resultan indispensables.

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de estudio**

Se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo.

### **4.2 Participantes**

Participaron del estudio cinco terapeutas del centro psicoterapéutico sistémico. Los profesionales están formados en el enfoque sistémico cognitivo y dividen sus tareas entre las de supervisión, admisiones, atención clínica y tareas administrativas.

Azul, formada en el modelo de terapia estratégica de resolución de problemas, con cinco años de antigüedad en el lugar, trabaja con pacientes adultos. Lucía, con tres años de recibida y el mismo marco teórico, realiza la misma tarea. Roxana, con ocho años trabajando en el centro, es la encargada de las admisiones. Luis, con siete años de experiencia en el lugar, es quien guía las supervisiones y atiende pacientes con problemáticas complicadas y por último Alan quien, además de fundar el Centro Psicoterapéutico con Luis, trabaja con niños y adolescentes.

### **4.3 Instrumentos**

Se realizó una serie de preguntas pensadas y redactadas en base a los objetivos del trabajo, a los terapeutas del centro psicoterapéutico. Cada psicoterapeuta respondió once preguntas en una entrevista online y brindó sus experiencias y opiniones al respecto del contexto actual y los cambios de modalidad en la psicoterapia. Además se observaron admisiones a pacientes y supervisiones online las cuales denotaban los cambios nombrados previamente.

#### **4.4 Procedimiento**

Se redactaron preguntas adecuadas para responder cada uno de los objetivos específicos del trabajo integrador final. Una vez elaboradas se le enviaron las preguntas al director del centro psicoterapéutico, y una vez recibidas, Luis asignó cuatro terapeutas, además de él, para responderlas.

Ya contactados los psicólogos, algunos decidieron responder a través de audios de Whatsapp, y otros vía llamada telefónica. Todos respondieron las once preguntas previamente pactadas, y en base a esta recolección de datos se realizó el desarrollo del presente trabajo.

### **5. Desarrollo**

#### **5.1 Cambios producidos en la modalidad de atención, online vs. presencial, desde el punto de vista de los profesionales del centro psicoterapéutico sistémico.**

Para poder responder al objetivo de analizar los cambios producidos en la modalidad de atención, resultó interesante la realización de las entrevistas a cinco profesionales integrantes del centro psicoterapéutico. De manera coincidente, los cinco participantes de este trabajo acordaron acerca de la necesidad de enfatizar en el encuadre, debiendo aclararlo particularmente en la virtualidad, requiriendo una reestructuración del mismo. Comprendieron de todas formas que esto ocurre porque el individuo se ve afectado por el

contexto, como plantean Nardone y Watzlawick (1995) y que las conductas son interpretadas en relación al sistema en el que se encuentran (Bados López, 2008).

Según Roxana, se produjeron cambios en varios aspectos, se debió reestablecer el formato clínico y la forma de comunicación, ya que la ausencia de ésta es imposible. La comunicación no verbal se dificulta y es indispensable a la hora de establecer o mantener un vínculo terapéutico (Watzlawick, et al, 1971).

Un punto significativo, que enfatizaron todos los licenciados entrevistados, es la influencia de la conexión a Internet, tanto la del paciente como la del terapeuta, en cada encuentro, sobre lo que sostienen Biondi Situmorang (2020) y Hirsch y Duraó (2020) consiste en un factor importante a considerar, dada la necesidad de interactuar a través de un dispositivo que requiere de tecnología y que puede fallar, afectando entonces la comunicación. Para este marco teórico es importante la presencia de un terapeuta activo (Rodríguez & Barbagelata, 2014), lo que a veces se ve dificultado por la necesidad de atención al sistema de internet, de acuerdo con Alan. Los cinco psicoterapeutas nombraron la conectividad como la mayor dificultad en la primera etapa del Aislamiento Preventivo y Obligatorio, planteando que esto afecta el flujo e intercambio de información (Nardone & Watzlawick, 1995). Elementos necesarios para una sesión fructífera y un tratamiento que conduzca a un cambio de tipo 2, sostienen que la entropía es aquella que genera la modificación en el sistema, buscando el nuevo equilibrio (Wainstein, 2006). Contó Azul, que implementó un sistema en el que si se pierde la señal o calidad de la videollamada tanto propia como del otro, entonces automáticamente se llama por teléfono al paciente y se silencia la aplicación, pudiendo así escuchar con claridad y sin cortes lo que comunica el interlocutor, y al mismo tiempo acceder a la acotada comunicación no verbal que permite la virtualidad. Esto demuestra que hubo una viabilidad por parte de la licenciada que permitió la adaptación al cambio de la que hablan Arnold y Osorio (1998).

El uso de dispositivos tecnológicos como medio de comunicación es un factor que también traen los licenciados a la hora de responder las preguntas, planteando que hay distracciones constantes que aparecen en la pantalla del celular, computadora, tableta o aparato en uso. Las notificaciones de diversas aplicaciones como Facebook, Whatsapp, Instagram o Twitter, los mails, alertas de batería baja o cualquier sonido o vibración, automáticamente desvían la mirada tanto del paciente como del terapeuta. También

manifestaron que verse reflejado en una pantalla no permite estar concentrado al cien por ciento en el interlocutor, en sus gestos, movimientos y más importante aún, en el discurso. La virtualidad fragmenta la conversación (Hirsch & Durao, 2020).

En lo virtual se desdibujan estas características del terapeuta sistémico (Walsh & Ceresato, 2020). Mencionaron los profesionales que debieron adaptarse a estas limitaciones que impone la modalidad online, y más allá de las limitaciones debieron adaptarse a todas las modificaciones que generó esta forma de terapia, a las plataformas como Zoom, Google Meet entre otras, y el manejo de estas, y plantearon los de más edad que esto les generó estrés y afectó al principio del 2020 (Hirsch & Durao, 2020). Roxana expresó que no sabía cómo manejar este tipo de aplicaciones, de hecho no estaba enterada de su existencia tampoco, y con ayuda de su familia poco a poco fue aprendiendo, cometiendo varios errores en el transcurso del año. Agregó también que ver a sus hijos manejar tan bien sus actividades escolares a través de estas aplicaciones le generó la motivación necesaria para utilizarlas cada vez más.

Todos los habitantes de una casa dentro del mismo espacio, cada uno con sus respectivas actividades, la falta de privacidad tanto del paciente como del terapeuta cuando un miembro de la familia pasa por detrás de la pantalla, entre otras cosas, desdibujan la asimetría en la relación terapeuta-consultante que favorece al tratamiento (Rodríguez Ceberio y Watzlawick, 2008). Y además los miembros de un sistema en su interacción constante influyen y son influidos entre sí y por el medio en el que se encuentran inmersos (Lopez, 2010). Cuando un hijo, cónyuge, mascota, irrumpen en la sesión emitiendo un sonido, teniendo una aparición en cámara, manifiestan que el paciente ingresa a través de la pantalla en la casa del psicólogo, rompiendo con la vida privada que antes mantenía este último. Y agregaron que si bien la psicoterapia sistémica no es una corriente en la que el saber sobre la vida del terapeuta afecte el vínculo o la relación, cuando el cliente observa el ambiente en el que se encuentra quien lo atiende, mira y juzga aunque sea sin mala intención. Los terapeutas contaron que se vieron obligados durante la primera etapa del aislamiento a hacerse de un espacio en la casa donde no se viera demasiado, y algunos agregan que no contaban con eso e hicieron *maniobras impensadas* para obtenerlo. Luego de unos meses varios volvieron al consultorio solamente para contar con el espacio y la tranquilidad adecuados para atender en la privacidad aunque la modalidad permaneciera virtual.

Alan añadió en su entrevista algo relevante que solo él nombró, tal vez por ser quien atiende pacientes menores. Esto fue sobre el consentimiento informado y las evaluaciones psicodiagnósticas, a los que se les restó importancia y relevancia cuando la psicoterapia cambió su modalidad. Planteó el director de la institución que, es algo indispensable que si bien debe adaptarse a un espacio virtual, no puede dejar de utilizarse. Explicó que el consentimiento informado es un documento de valor para el terapeuta y que las evaluaciones psicodiagnósticas por su parte, administradas correctamente, arrojan información fructífera para un tratamiento en el que se logre el cambio de segundo orden (Wainstein, 2006). También agregó que hoy en día las intervenciones que se podían hacer en las sesiones con niños, son redirigidas generalmente a los padres porque es un desafío que un chico mantenga la atención durante una sesión frente a una pantalla donde no hay juego, movimiento y todo se reduce a la conversación (Cárdenas García et al, 2020; Hernández Rodríguez et al., 2021).

Concordaron todos en que no es lo mismo un paciente que venía previamente de un consultorio y se adaptó a la modalidad online que uno que empezó su tratamiento cuando esta ya estaba establecida, y contó Alan que varios de los terapeutas del centro decidieron no atender nuevos pacientes de manera virtual, ya que les preocupaba la posibilidad de que estos tuvieran un historial complejo que no declararían en la primera entrevista, o que necesitaran para comenzar psicoterapia con una contención más allá de la pantalla. Por su parte, Luis opinó que los pacientes que comenzaron en la virtualidad tenían más afinidad con esta modalidad que los que tuvieron que adaptarse a esta (Hirsch & Durao, 2020). Tanto paciente como terapeuta entraron en el mundo de estas plataformas al mismo tiempo y era una adaptación por ambas partes, un aprendizaje continuo de cómo asistir desde este lugar.

Alan tomó en cuenta constantemente el área legal porque es quien está tratando a menores, y respondió a la pregunta del cambio de modalidad expresando que la atención del niño es menor, la comunicación es distinta y en su opinión la psicoterapia no era tan efectiva, asique el trabajo se hace en su mayoría con las personas a cargo. A modo de intervención y no tan interpretativo, solamente sostener las sesiones de los papás y direccionar a los padres para implementar las intervenciones dentro de la casa.

Para finalizar con las respuestas relacionadas al primer objetivo, Luis resaltó que la modalidad online permite optimizar tiempos, y explicó que muchos pacientes y terapeutas tenían dificultades para organizar horarios y actividades, y hoy en día al hacer todo desde un

mismo lugar esto no ocurre o no tan seguido al menos. La virtualidad acorta las distancias, acercando a la psicoterapia a personas que de otra manera no podían acceder. (Aryan et al. 2015; Biondi Situmorag, 2020; Hirsch & Duraó, 2020). Antes se debía llevar a los hijos al colegio, hacer trámites, trabajar, estudiar en diferentes barrios o localidades, pero actualmente las incontables horas de transporte o de espera no existen, sino que una actividad termina y al minuto siguiente comienza la otra, y algunas además se superponen, no dejando espacio para desconectarse y eventualmente relajarse. Al respecto sostienen Aryan et al. que existe un menor tiempo dedicado a la reflexión, lo que debe ser considerado en el contexto actual, teniendo en cuenta las circunstancias y su impacto, pensando en todas las variables que puedan estar interactuando. El director del centro aclaró que, a su entender, esto es positivo para quien aprovecha cada minuto del día pero negativo para la salud mental y física porque genera un agotamiento que antes no era tan intenso cuando había intervalos entre cada obligación.

Una mención aparte y no menor, merece lo aportado por Luis y Roxana, quienes remarcaron como una diferencia significativa la imposibilidad de acceso al dispositivo terapéutico debido a las prácticas virtuales de aquellas personas que, ya sea por cuestiones etarias u otros motivos, carecen de herramientas técnicas suficientes para participar de esta modalidad de tratamiento, requiriendo en todo caso de la adaptación del profesional al paciente y sus necesidades o de la participación de terceros que colaboren con ellos (Cárdenas García et al., 2020; Schueller et al. 2016), o del entrenamiento en habilidades para lograrlo (Ortego Maté et al., 2016). Extendiendo Luis el tema a individuos que, por bajos recursos, no cuentan con servicios de internet y/o aparatos tecnológicos, entendiéndolo él en términos de inequidad, en cuanto que la discapacidad tecnológica resultaría en una imposibilidad de acceso al tratamiento (Hernández Rodríguez et al., 2021).

## **5.2. Cambios producidos, a partir de la modalidad online, en el vínculo terapéutico, en base a la opinión de los profesionales de un centro terapéutico sistémico.**

Continuando con la pregunta de investigación sobre vínculo terapéutico y alianza paciente-terapeuta, se encontraron coincidencias y discrepancias en las opiniones de los profesionales del centro, al momento de responder las preguntas.

En principio, todos los profesionales acordaron en que la alianza terapéutica de manera virtual es posible, sin grandes impactos en el vínculo (Hirsch & Durao, 2020) aunque tal vez requiere un mayor tiempo para establecerse, como lo afirman Rees y Stone (2005), no requiriendo de una reformulación de este concepto, como tampoco de otros conceptos fundamentales dentro del campo sistémico (Castelnuovo & Gaggioli, 2003). Roxana manifestó que en su experiencia, tomó algunas sesiones más para establecerse un vínculo adecuado para el trabajo, ubicándolo aún dentro de las primeras entrevistas, momento en el que, de acuerdo con Casabianca y Hirsch (2009), se establece el vínculo terapéutico. En términos similares se expresó Alan, quien estimó el tiempo en dos o tres sesiones más que lo que toma en forma presencial. Para Azul, el trabajo en ambas modalidades es posible, sin encontrar grandes cambios, más allá de ligeras adaptaciones, afirmando que los tratamientos de manera online fueron muy similares a los presenciales, en términos vinculares. Ella entiende que es su responsabilidad que el paciente logre sentir su interés y predisposición para la creación del vínculo y alianza terapéutica. Si el consultante siente este interés por parte del profesional a través de la pantalla, hará que su motivación no decaiga, necesidad central dentro del campo teórico sistémico (Botella & Corbella, 2011). Para esta profesional, tal como plantean Manubens et al. (2018), influyen en la alianza terapéutica la forma adecuada, afectiva, empática, respetuosa y equilibrada de intervenir, enfatizando en esto más que en el medio o modalidad con que se haga.

En la mayoría de los casos realizaron una distinción entre aquellos consultantes que habían iniciado tratamiento de manera presencial, virando luego a la virtualidad y quienes comenzaron en forma online. Sobre esto, Lucía consideró que la alianza fue menos afectada en el caso de los pacientes con los que ya había un vínculo previamente forjado, antes de la virtualidad. Entiende que antes del cambio, en estos casos, ya existían lazos afectivo-emocionales fuertes, confianza mutua, calidad y fortaleza en el vínculo, los cuales aumentaron y se reforzaron aún más entre ella y sus pacientes cuando llegó la pandemia y el aislamiento (Horvath & Bedi, 2020). En términos similares se manifestó Alan, aportando que en aquellos pacientes que habían comenzado de manera presencial, hubo una suerte de continuidad en el vínculo, no viéndose afectado o incluso viéndose reforzado, en algún caso.

Por su parte Azul en el mismo sentido, expresó que le llamó la atención que el vínculo con los pacientes donde ya existía uno anteriormente, se afianzó más, no se desgastó y hasta hubo más expresiones de afecto, elemento considerado primordial y definitorio por Rodríguez Ceberio y Watzlawick (2008), y más confianza, que contribuyeron a una alianza más fuerte.

Roxana reconoce qué cuesta un poco más desplegar un buen vínculo terapéutico en la forma online, planteando que la alianza no solo depende de las herramientas y la capacidad del terapeuta sino también de aspectos propios del paciente, como la motivación para el cambio (Casabianca & Hirsch, 2009), entre otros; si bien esta se relaciona más con la idea de adherencia al tratamiento. Sobre esto, Lucía agregó que cuando la terapia se iniciaba con modalidad presencial se lograba construir el vínculo mucho más naturalmente que iniciando en la virtualidad. Por esta razón estos pacientes continuaron con un tratamiento positivo mientras que muchos, que comenzaron las sesiones una vez instalada la modalidad virtual, no tenían la motivación suficiente o no duró demasiado, a su entender. Para ella, hubo pacientes que no pudieron adaptarse a esta modalidad virtual porque simplemente no era para ellos y sentían que nunca iban a alcanzar el cambio de segundo orden. Esta profesional entiende que cuanto antes se establezca y más consolidada se encuentre la alianza, más probabilidades de lograr un cambio de segundo orden hay, y es por esto que propone que hay que demostrarles interés, enfatizando esto dentro de lo limitado de la pantalla. Si no se logra esto, hay riesgo de quiebre, de acuerdo con Pérez (2018). Son el interés y el compromiso componentes fundamentales en términos de sostenimiento de la alianza (Pérez, 2018) y de la motivación, que a su vez colabora con su mantenimiento y sostén (Meichenbaum & Turk, 1991). Para Luis, es el afecto el principal responsable de una buena alianza, constituyendo un elemento definitorio e impulsor del cambio, tal lo afirman Rodríguez Ceberio y Watzlawick, (2008).

Hay pacientes nuevos, relató Azul, que llegaron a la terapia en medio de un contexto de pandemia y ya consultan naturalizando que la modalidad es virtual. Para ella, en estos momentos de Covid-19 la virtualidad es el único medio de psicoterapia, y en medio de un aislamiento se ha naturalizado hablarle a una pantalla con más o menos ganas, mayor o menor dificultad, lo que llevó a que no fuera tan difícil o complicado empezar un tratamiento bajo esta forma desde el inicio. Unos meses después del comienzo del aislamiento, ya estaba absolutamente establecido el formato de terapia online, así como asimilado, por lo que dejó de constituir una barrera, agregó. Por su parte Roxana postuló que en aquellos pacientes que comenzaron la terapia en la nueva modalidad, por otro lado impuesta de manera obligada,

puesto que la virtualidad quedó como única alternativa al momento de establecerse la pandemia (Gandhi et al., 2020), costó más el inicio, tomando algo más de tiempo, pero se pudo establecer un buen vínculo, valioso y positivo en términos terapéuticos en tanto y en cuanto se cumplen los factores que toda terapia sistémica requiere. Sostuvo que encuentra una dificultad mayor a la hora de establecer las metas y formar una sociedad en la forma online debido a que hay una pantalla de por medio y paciente y terapeuta deben trabajar en equipo sin haberse visto nunca de manera presencial, en el mismo campo real, de manera acorde a lo que sostienen Horvath y Bedi (2002).

Luis opinó que la alianza terapéutica no es la misma en la virtualidad que en la presencialidad, ya que para que esta ocurra debe realizarse un trabajo en conjunto entre paciente y terapeuta en función de las metas y objetivos que se pautan al principio del tratamiento y por las dificultades que presenta la virtualidad esto se torna complejo (Hartley, 1985). Agregó que no significa que no exista una alianza terapéutica en la psicoterapia virtual pero que es más difícil de lograr o de sostener si la motivación del paciente decae a lo largo de los encuentros. Planteó que cuando esto ocurre en la presencialidad, hay herramientas del terapeuta que pueden ser utilizadas para remontar la motivación del cliente que en la virtualidad son más difíciles de lograr, y más allá de eso, muchas conductas y gestos que podrían colaborar en la formación del vínculo se pierden cuando están atravesados por una pantalla. La alianza está dada por una construcción conjunta entre paciente y psicoterapeuta donde intervienen expectativas, opiniones o elaboraciones que resultan fundamentales para el tratamiento, pero, dijo Luis, que tanto terapeutas como pacientes a veces no expresan demasiado si la modalidad de terapia es virtual (Corbella & Botella, 2003). Si bien la alianza no es la misma con alguien con el que alguna vez hubo encuentros presenciales no significa que no se forje un vínculo tan fuerte como lo sería en un espacio real.

Otro punto considerado es la conectividad. Sobre ella se expresaron dos terapeutas, Lucia y Roxana, quienes consideraron que la conectividad afecta de cierta manera la alianza, porque la construcción del vínculo es mutua entre los dos miembros, siendo un factor primario y fundamental para lograr el cambio (Bordin, 1979) y la presencia de un mediador como la web, afectado por la calidad de conectividad, puede incidir sobre el tratamiento. Cuando Internet no funciona correctamente y el paciente se encuentra vulnerable se dificulta más que se exprese, que se comprenda lo que dice, requiriéndose de repeticiones, entre otras cuestiones, lo cual influye en el ánimo del paciente, del terapeuta y en el proceso.

En otro sentido, Alan realizó observaciones particulares en cuanto a la alianza con niños. Afirmó que ese lazo de profundo contenido afectivo que proponen Feixas y Miro (1993) es muy complejo de establecer con un niño en la virtualidad. Antes, en el consultorio, se jugaban juegos de mesa que permitían observar gestos y comunicación no verbal (Watzlawick et al., 1971), lo que parece complejizarse a través de la mediatización de una pantalla. Agregó que también afecta la relación con ellos el contexto que incluye además de la herramienta, otras variables, como los adultos que lo rodean. La concepción terapéutica es recursiva, por lo que es imposible que estas circunstancias no los afecten (Wainstein, 2006). En este nuevo ámbito el niño está siempre en casa acompañado de algún adulto, y aunque no sea intencional, los padres, abuelos, hermanos o cualquier integrante de la familia presente, escuchan la conversación, afectando la sesión (Hernández Rodríguez, 2021). También la calidad de la conexión resulta un inconveniente, en tanto componente distractor del niño. Se ve interferida la intimidad necesaria para lograr un clima de seguridad y confianza por todas estas circunstancias, tal como alegan Hernández Rodríguez et al. (2021) y Ortego Maté et al. (2016). Esta interacción con adultos presentes en la sesión o presenciandola de manera cercana es, para este terapeuta, el factor que más dificulta la alianza, agregando que la particular necesidad que enfrenta en muchos casos, de tener que explicar las intervenciones a los cuidadores para contar con su colaboración en el espacio, genera con ellos un vínculo y una interacción que previamente no existía. Ante la dificultad para hacer entender o acatar algunas consignas por parte del niño sin la presencia real, sumado a la diferencia en la capacidad de sostenimiento de la atención a lo largo de 50 minutos por esta vía, se ve obligado a acercar algún adulto, incidiendo en el sistema, que es ahora uno nuevo, de dos partes. Sobre esto, sostienen Minuchin y Fishman (2004) que se trabaja con dos sistemas sociales en coparticipación con un propósito en común para lograr una meta determinada (Minuchin & Fishman, 2004). Ya no se encuentran terapeuta y paciente en la seguridad del consultorio, en el que la corporalidad es un elemento importante para el manejo y gestión de las emociones (Walsh & Ceresato, 2020) y en el que la privacidad que requiere la conversación está asegurada.

Finalmente, otro elemento relevante para la alianza terapéutica es la supervisión. Azul sostuvo que este dispositivo constituye una variable importante para detectar situaciones propias, para no insistir por caminos que no son los más adecuados o para reformulaciones y tipos de intervenciones característicos del modelo, cuando no están obteniendo el resultado

deseado, y por tanto atentan contra la continuidad del proceso, consistente con lo que postulan Walsh y Ceresato (2020).

Alan agregó que, en el contexto de aislamiento, la supervisión se torna una herramienta indispensable, dado que se trata de un ámbito que atraviesa a todos, pacientes, terapeutas, equipo, familiares, etc, requiriendo de él para contención del profesional, permitiendo poner distancia, además de sostener al terapeuta en este contexto particularmente complejo (Hirsch & Duraó, 2020), en el que el vínculo se ve comprometido también por la distancia física (Walsh & Ceresato, 2020), además de como un invaluable elemento del dispositivo propio de la psicoterapia sistémica.

### **5.3. El impacto producido en la adherencia del tratamiento, en base a la opinión de psicólogos del centro psicoterapéutico sistémico.**

Entendiendo la adherencia al tratamiento como la capacidad de acordar pautas y su cumplimiento por parte del paciente, desde una actitud activa pero dejándose influenciar por el terapeuta, plantea Roxana que esto se relaciona estrechamente con la alianza terapéutica. Al respecto, postulan los terapeutas del centro psicoterapéutico, que la adherencia al tratamiento consiste en la posibilidad de acordar, cumplir y llevar adelante las tareas y aceptar la influencia del profesional, desde una posición no pasiva de paciente en lo que respecta a los objetivos, pautas y decisiones acerca del tratamiento (Martín Alfonso et al. 2014).

La adherencia la comprenden los entrevistados como una conceptualización amplia, voluntaria y activa del consultante orientado al fin establecido y en post del resultado acordado, incluyendo así al consultante como un actor protagónico de su propio proceso (Di Mateo & Di Nicola, 1985). Luis por su parte, sostiene que es el profesional el que debe delinear las conductas de manera empática y con autoridad, quedando a cargo del paciente una actitud activa y responsable (Martín et al., 2014). Para el profesional, es indispensable atender al encuadre, sobre todo en el contexto actual.

Consultados los terapeutas acerca de la importancia del ámbito para la adherencia, coincidieron en todos los casos en que tiene íntima relación con el contexto en el que el proceso terapéutico se desarrolla, de manera acorde con lo que sostienen Silva et al. (2005).

Las circunstancias que rodean al tratamiento son un factor fundamental a tener en cuenta a la hora de diseñarlo y plantear estrategias, debiendo pensarse en ello para que el mismo resulte efectivo, para lo que se requiere flexibilidad y capacidad de adaptación por parte del terapeuta. En este mismo sentido, Alan y Luis, como lo proponen Martin y Grau (2014) plantean que es indispensable establecer estrategias que promuevan una activa participación por parte del consultante. Una de las terapeutas, Azul, manifestó que en el caso de la virtualidad, muchas variables quedan en manos del paciente, como la elección de un espacio adecuado, situaciones que no solo hacen al contexto, sino también al compromiso y calidad de trabajo a desplegar.

Afirman Ortego Maté et al. (2016) que para una buena adherencia es necesario contar con un clima de seguridad y confianza adecuado. En este sentido, la mayoría de los terapeutas coincidieron en que la situación en la modalidad online puede verse algo afectada, sobre todo cuando se trabaja con niños. Roxana entiende que es necesario establecer una buena relación con los padres o cuidadores de aquellos pacientes menores, quienes están presentes en la casa al momento de la sesión, lo que no ocurre en el consultorio. Hernández Rodríguez et al. (2021) ratifican esta idea, entendiendo que es necesario un buen vínculo con los cuidadores, con el objetivo llevar adelante un tratamiento adecuado que satisfaga el cumplimiento de pautas y tareas establecidas para el proceso. Continuó Roxana indicando que, en muchos casos, se termina interviniendo con ellos, de un modo más directo como asesoramiento a padres, más que con los chicos, con quienes, especialmente cuando son pequeños, encuentra más dificultades en el encuentro. Particularmente para presentar juegos o formas de expresión diferentes de la palabra.

Alan cree que los padres, al intervenir, interrumpir, pasar por el lugar o acercarlos el desayuno, demuestran poca atención al cuidado del espacio psicoterapéutico, surgiendo así un verdadero problema para la adherencia. No siempre se respetan los horarios, se retrasan algunos minutos, despiertan a los menores apenas unos instantes antes, presentando al paciente semi despierto o sin desayunar. Se trata de padres que seguramente tendrían una actitud similar en el consultorio, de acuerdo con sus palabras, pero entiende que la situación

resulta más sencilla de manejar en ese ambiente. Relató, a modo de ejemplo, que en una oportunidad, una paciente de 9 años de edad, concurrió a la entrevista mientras estaba a cargo de su hermana de 20 meses, a quien debía preparar el desayuno porque sus padres estaban ocupados trabajando. Existen padres que atentan contra el tratamiento, pero por esta vía parece resultar más fácil y más frecuente, y a su vez la ausencia de la corporalidad provoca que el profesional cuente con menos manejo de la situación, afirmó.

Alan y Lucía comparten que el espacio psicoterapéutico aparece algo desdibujado, con menor atención a las pautas de encuadre, complejizando la adherencia al tratamiento. Afirmaron que es imprescindible la formación del terapeuta al respecto, requiriendo de estrategias pensadas para tal fin (Martín & Grau, 2005). Luis postuló que en algunos casos la familiaridad del hogar, y particularmente en los que existe una cercanía clara con las herramientas tecnológicas, son factores que pueden facilitar la adherencia, brindando este espacio de seguridad y confianza del que hablan Ortego Maté o et al. (2016). Luis recalcó que es necesario estar preparado para lo que significa el cambio (Martin & Grau, 2005).

Es necesaria una actitud activa por parte del consultante, en términos de lograr una buena adherencia, al igual que una motivación intrínseca y un estadio de motivación para el mantenimiento de la acción (Hirsch & Rosarios, 1987), que facilita la adherencia. La profesional manifestó que un vínculo fructífero tiene una relación directa con la motivación, cuando esta es de índole personal, en las adecuadas etapas del cambio y en cuadros que lo permitan, componentes que constituyen un fuerte impulso para la adherencia. Por su parte, Lucía declaró que hay casos en los que la virtualidad refuerza la problemática, como aquellos en los que hay ansiedad social o algunas evitaciones, retroalimentando la problemática. Cree que en esas ocasiones, la concurrencia al consultorio ya era un logro, lo que en este contexto se ve postergado.

Una diferencia y limitación que trajeron los terapeutas, es que la virtualidad acota la posibilidad de utilizar herramientas del lenguaje no verbal (mucho más importante según ellos que el lenguaje verbal, ya que conlleva un 80% de la comunicación), como la cercanía, la inclinación corporal, y todas las actitudes, signos y gestos que expresan contención y empatía por parte del terapeuta y motivación o la falta de ésta por parte del paciente.

En otros casos, como situaciones de duelo, en los que se requiere una contención más física, sería necesario ir más allá de la pantalla, lo que también constituye una problemática, impidiendo que la contención se perciba y llevando así a la falta de compromiso o incluso al abandono del tratamiento. Para Luis, alguien que es inestable emocionalmente, es inestable con el espacio y por lo tanto lo es también en términos de adherencia, requiriendo de una mayor claridad en el encuadre y una actitud responsable al respecto por parte de todos los actores del sistema. En su opinión las problemáticas de ciclo vital son las que parecen permitir un mejor acercamiento y sostenimiento del espacio. Michenbaum y Turk (1991) también toman el tema de la particularidad de la problemática del paciente, incluyendo además sus ideas y percepción acerca de la salud-enfermedad, particularmente mental y su tipo de personalidad.

Finalmente, Azul comenzó a plantearse la vuelta a la presencialidad a partir de las innumerables inasistencias, alteraciones en el espacio, interrupciones, etc, que entiende podrían relacionarse con cierto cansancio de los pacientes con la virtualidad, lo que les dificulta la adherencia. Sostuvo también que la situación de aislamiento, que atraviesa a todos, podría estar también afectandola a ella, constituyendo un factor a considerar en el dispositivo de supervisión, que de acuerdo con Walsh y Ceresato (2020), constituye un elemento fundamental para la contención del terapeuta además de colaborar en la planificación estratégica del tratamiento, lo que favorece la alianza y adherencia. Particularmente entienden que en el contexto de aislamiento, es importante para el fortalecimiento de estos vínculos. En el mismo sentido, opinó Lucia, quien sostuvo además que el pasar su propia terapia a la presencialidad resultó beneficioso comprendiendo que se torna indispensable el retorno a la misma, al menos en algunos casos.

## **6. Conclusiones**

Este trabajo se llevó a cabo a lo largo de la Práctica y Habilitación Profesional V, realizada en la citada institución psicoterapéutica sistémica, durante el marco del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, consecuencia de la pandemia de Covid-19, lo que obligó a adaptar la modalidad de atención psicoterapéutica a un formato virtual, situación que la

tesista entendía podía afectar el desarrollo de los procesos terapéuticos, los cuales se vieron incrementados por el aumento de la demanda operada en la población (Gandhi, et al., 2020). En relación con lo anterior, se plantearon los objetivos, procurando analizar las diferencias que se presentaron ante el pasaje de modalidad presencial a online, así como en la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento.

El primer objetivo, el cual se considera cumplido, consistió en analizar los cambios observados por los profesionales a partir del cambio de modalidad, concluyendo que el tratamiento en ambas modalidades es efectivo si bien se presentan diferencias. En la mayor parte de los casos los problemas de conectividad y tecnológicos resultan un elemento a considerar, limitando no solo al paciente sino también al terapeuta. Afirman Biondi Situmorang (2020) y Hirsch y Durao (2020) que debe atenderse a las interrupciones y fallas tecnológicas que alteran la fluidez y el clima del encuentro, las que a su vez, fragmentan el mismo, alterando la normal comunicación. La comunicación no verbal fue el aspecto más afectado, viéndose limitada por la mediación de las pantallas, la ausencia de corporalidad, la limitación del cuadro visual, el esfuerzo para escuchar la tonalidad e inflecciones de la voz, las distracciones e interrupciones (Biondi Situmorang, 2020; Hirsch y Durao, 2020; Villa y Vinaccia, 2006). El hacerse de un ámbito de sesión apropiado parece presentar dificultades para ambas partes, debido a la presencia de mucha gente dentro de un mismo hogar y la ausencia de privacidad entre otras. Factor que de acuerdo con Rodriguez Ceberio y Watzlawick (2010) constituye un elemento nocivo para el espacio y la relación de asimetría necesarias, además de resultar un contexto inadecuado, que definitivamente, en concordancia con Lopez (2017) influye en los protagonistas. Otra diferencia relevante es la optimización de los tiempos, situación que en principio aparenta ser positiva pero que dificulta la delimitación de distintos espacios, con poco lugar para la reflexión y posterior corte, mezclando diversos aspectos de la vida cotidiana con el trabajo terapéutico para ambos integrantes de la diada, lo que se apoya teóricamente en lo aportado por Aryan et al. (2005).

La formalidad, incluyendo lo relacionado a lo legal y necesidad de consentimiento informado, se vio desdibujada, colocando al terapeuta en cierta posición de riesgo (Biondi Situmorang, 2020). Es interesante remarcar además el tema relacionado con los pagos, elemento incluido en el encuadre, que se ve alterado por la virtualidad, constituyendo un factor no solo de disconformidad del profesional y las instituciones, sino además en muchos

casos, un paso más del circuito autoperpetuante sostenedor del problema del que hablan Casabianca y Hirsch (2009).

Como aspecto positivo, puede destacarse la posibilidad de acercar la salud mental a toda la población, en diversos países y lugares, algunos en lo que se carece de acceso en cualquier circunstancia, incluida la particularidad del aislamiento por pandemia, situación de especial vulnerabilidad social y emocional, que trajo como consecuencia una mayor demanda de atención psicológica (Wade et al., 2020) con la anteriormente citada excepción de los excluidos del sistema tecnológico.

Con respecto al segundo objetivo, el cual también es considerado cumplido, consistió en comprender los cambios operados en la alianza, y que se interpreta logrado, resulta interesante distinguir entre aquellos pacientes que inician tratamientos de manera virtual y quienes se ven obligados a modificar la modalidad. Aquellos consultantes que iniciaron en la virtualidad parecen haber logrado un buen vínculo desde el primer momento, forjando fuertes lazos, confianza y calidad vincular, manteniéndose vigente o incluso aumentando a lo largo del tratamiento, tal como lo postulan Horvath y Bedi (2020). En cambio en los que viraron de modalidad, la buena alianza establecida originalmente se encontró debilitada con el cambio, requiriendo su atención por parte del profesional. En el despliegue y sostenimiento de la alianza, aún más en el contexto de aislamiento, es importante demostrar interés y predisposición para que el consultante se sienta escuchado, permitiéndole una buena apertura y actitud hacia el espacio. Se concluye que la percepción de interés genuino en el profesional por parte del cliente colabora en el forjamiento del vínculo y en el sostenimiento de la motivación, concepto fundamental dentro del marco sistémico (Botella y Corbella, 2011). Un buen vínculo terapéutico resulta una condición indispensable para la eficacia de una psicoterapia, requiriendo del mismo para la concreción de un cambio 2, o cambio real, al modo propuesto por Wainstein (2006). La virtualidad limita las herramientas e intervenciones de las que el terapeuta dispone, acotando el margen de maniobra (Ceresato, 2020; Hirsch & Duraó, 2020), situación que a su vez se ve más limitada en el trabajo con niños (Hernández Rodríguez, 2021).

En cuanto al tercer objetivo, que consistió en analizar la forma en que se ve afectada la adherencia al tratamiento por el cambio de modalidad, se confirma que el contexto de

pandemia afecta a la recursividad, una variable relevante en el vínculo terapéutico para este marco teórico, (Silva et al. 2005; Wainstein, 2006) y por ende a la adherencia. De acuerdo a lo postulado por Hernández Rodríguez et al. (2021) y Ortego Maté et al. (2016), una buena adherencia requiere un clima de intimidad, seguridad y confianza, el cual en el marco del aislamiento se ve alterado por la presencia de innumerables personas en los hogares, además de por las dificultades surgidas a partir de la conectividad. En el caso de los niños se suma la necesidad del lazo y clima entre profesional y cuidadores, quienes muchas veces deben mediar en el encuentro virtual a diferencia de lo que ocurre en la presencialidad, requiriendo de su especial consideración por parte del psicólogo, en aras del mejor cumplimiento de las pautas establecidas. Es interesante remarcar la importancia del encuadre en relación con la adherencia, el que tiende a desdibujarse de manera constante y recurrente en la modalidad online, y parecería ser que particularmente en condiciones de aislamiento, debiéndose enfatizar y remarcar insistentemente, diferencia que se presenta como fundamental, requiriendo de atención y energía extra por parte de los profesionales de la salud mental. Las herramientas con las que cuenta el profesional más su capacidad de maniobra junto con la motivación del paciente y un buen vínculo terapéutico, que constituyen los factores que aparecen como más afectados a lo largo del presente trabajo, son condicionantes de la adherencia, elemento primordial para el cambio, coincidente con los aportes teóricos de Hirsch y Duraó (2020). Este tercer objetivo fue el más dificultoso para recolectar información tanto teórica como empírica, y es por eso que se considera parcialmente logrado.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, puede considerarse en principio la falta de material teórico suficiente en relación con el aislamiento por la pandemia de Covid-19. La falta de acceso a la biblioteca de la universidad, con los inconvenientes que esto conlleva también resultó una variante restrictiva.

La realización de la práctica de manera virtual impidió el contacto cotidiano con los profesionales, la participación como observador no participante de espacios psicoterapéuticos, el acceso a historias clínicas que permiten observar planes de tratamiento, estrategias y herramientas con las que cuentan los profesionales. Algo similar ocurrió con la imposibilidad de realizar una primera inmersión en una institución clínica.

La exigencia de enviar las entrevistas, en este caso estructuradas, vía e-mail a los participantes, sin la posibilidad de repreguntar ni de ampliación fueron también entendidas

como un condicionante, junto a la falta de tiempo, el estrés y el sometimiento al contexto en el que los mismos se encuentran.

La ausencia de cotidianeidad y rutina con respecto a los horarios y clases y la limitación de contacto con los docentes junto, tal vez, a cierta falta de experiencia por parte de la tesista, pueden pensarse como otro obstáculo.

Una última mención pero no poco importante merece la imposibilidad de llevar a cabo la temática deseada originalmente para este TFI, relacionada con el estudio y la evaluación del impacto de la pandemia en relación con los trastornos del estado de ánimo, por no contar con bibliografía ni herramientas suficientes.

Como críticas, en cuanto a la metodología se hubiera podido incluir un mayor número de entrevistados. La incorporación de preguntas más específicas, menos amplias y en mayor cantidad. Asimismo hubiese sido constructiva la participación de algunos pacientes.

En relación a los objetivos planteados, el límite entre los dos últimos se presentó como poco claro a la hora de llevar a cabo la investigación bibliográfica, costando delimitarlos, además de la reducida disponibilidad de material teórico especialmente en relación al marco teórico sistémico en contexto de aislamiento por Covid-19.

En cuanto a la autora del trabajo, contó con poco respaldo teórico requiriendo de un esfuerzo extra para contrarrestarlo entendiéndolo adecuadamente subsanado. Además, la falta de rutina en combinación con el aislamiento imperante, la incertidumbre y la angustia consecuente, sumado a las distracciones producto de la vida en el mismo ámbito de trabajo, alteró negativamente su motivación para el presente trabajo.

Con respecto a la institución, la modalidad propuesta resultó insuficiente no sólo en relación al contexto. Se ofrecieron pocos espacios de observación, todos ellos de tipo no participante, excepto alguna supervisión en la que se podía consultar o realizar alguna acotación. Comprendiendo que el contexto de pandemia, que también los atraviesa a ellos, puede ser un condicionante, se percibió cierto grado de desorganización y de falta de compromiso para con los practicantes. Las entrevistas solo pudieron enviarse a través de

Whatsapp o mail, no permitiendo repreguntas ni aclaraciones, tomando varios días para obtener respuesta.

Resulta de interés para la autora del TFI, una futura línea de investigación buscando analizar la influencia del aislamiento en la depresión y la ansiedad. Así como también el tema del retorno a la presencialidad y que tan afectada se verá afectada la forma tradicional de terapia por las ventajas que ofrece la modalidad online, sobre todo en la gente más joven, dado que este parece ser su hábitat de preferencia.

Entiende la autora que la realización de la práctica, más allá de las limitaciones marcadas por el contexto, le permitió un primer acercamiento al ámbito clínico, pudiendo adquirir conocimiento, vocabulario, herramientas y estrategias propias del marco teórico de referencia, confirmando además que es aquel en el que se siente cómoda y que resulta de interés para su desempeño futuro.

Conocer virtualmente el centro posibilitó acercarse al funcionamiento de una institución, y ver la importancia de contar con apoyo y respaldo, espacios de supervisión, compañeros de tarea y profesionales de disciplinas afines, que constituyen un dispositivo fundamental para la práctica clínica.

La observación de espacios de supervisión posibilitó su validación adecuada pudiendo comprender la importancia de distintos puntos de vista, del aporte de la interdisciplina, de la necesidad de contención de los profesionales y de la importancia de su cuidado, así como el aporte de contenidos teóricos. Sin embargo la tesista concluyó que no es el camino de su elección.

La virtualidad resulta una vía adecuada de acceso a psicoterapias, sobre todo en condiciones de aislamiento ya sea social o físico, permitiendo a la autora incursionar en el área y pensar en la posibilidad del desarrollo de dispositivos específicos para ello, considerando particularmente la dificultad de acceso para personas para las cuales la tecnología se convierte en una barrera.

La redacción del TFI propiamente dicha, aportó herramientas de redacción, profundización y ampliación de conocimiento y manejo de las normas APA así como de la realización de informes de carácter científico. Además adquirió una mayor tolerancia a la frustración.

## 7. Referencias bibliográficas

- Arnold, M. & Ososrio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. Recuperado de <http://www.catedramelon.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/Teoria-General-de-los-Sistemas.pdf>
- Aryan, A., Briseño, A., Carlino, R., Estrada, T., Gaitan, A. & Manguel, L. (2015). Psicoanálisis a distancia. Un encuentro más allá del espacio y del tiempo. *Calibán, Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 13 (2), 60-75.
- Bados López, A. (2008). La intervención psicológica: Características y modelos. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/4963>
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Biondi Situmorang, D. D. (2020) Online/Cyber Counseling Services in the COVID -19. *SAGE Journals J.Pastoral Care Counsel*, 74 (3,166-174)
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- 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)
- Cárdenas García, O. A., Jiménez Silva, C. A., Tijo Vásquez, C. A., Meneses Ibarra, L. N. Estupiñan Villamizar, J. E. (2020). *Revisión sistemática de literatura: intervención psicológica en niños a través de la virtualidad*. Repositorio Institucional Universidad Cooperativa de Colombia. Recuperada de :

[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20290/4/2020\\_virtual-ninos\\_psicologia.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20290/4/2020_virtual-ninos_psicologia.pdf)

Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I. Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.

Castelnuovo, G., & Gaggioli, A. (2003). New and old tools in psychotherapy: The use of technology for the integration of traditional clinical treatments. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1), 33–44. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.40.1/2.33>

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

Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19 (2), 205-221.

Cotton, A. (2012). La Terapia Online y Las Relaciones Humanas Mediatizadas Por la Tecnología 3.0. *De Familias y Terapias*, (33).

Demarbré, V. (1994). Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*, 61, (pp. 71-77)

Di Matteo, R. & Di Nicola, D. (1985). Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioners role. New York: Pergamon.

Feixas, G & Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós.

Fernández Durán, G. M. (2016). Las tecnologías de la comunicación en psicoterapia desde la psicología sistémica. Universidad de Chile facultad de ciencias sociales escuela de postgrado. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/152529/Las%20tecnolog%C3%ADas%20de%20la%20comunicaci%C3%B3n%20en%20psicoterapia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gandhi, M., Yokoe, D. S., Havlir, D. V. (2020). Asymptomatic transmission, the achilles' heel of current strategies to control Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(22), 2158–2160. <https://doi.org/10.1056/NEJMe2009758>.

Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I. & Dimaggio, G. (2020). Telepsychotherapy in the Age of COVID-19: A Commentary. *Journal of*

*Psychotherapy Integration*, 30(2), 394 – 405. ISSN: 1053-0479.

<http://dx.doi.org/10.1037/int0000222394>

García Martínez, F. E. (2013). *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones.*

Santiago de Chile: RiL editores

Hernández Rodríguez, E. H.; Chávez Noreña, I. L.; Obando Vallejo, A. M. & Guevara

Hurtado, M. L. (2021). Importancia del Juego en la Alianza Terapéutica con Niños

entre Los 6 y 10 Años, que Asisten a Tratamiento Cognitivo Conductual. Repositorio

institucional Universidad Católica Pereira. Recuperado de:

<http://hdl.handle.net/10785/8251>

Hirsch & Duraó (2020). *Psicoterapia online: que es y cómo se practica.* Buenos Aires:

Centro Privado de Psicoterapia.

Hirsch, H. & Rosarios, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales: La*

*organización del cambio.* Buenos Aires: Nadir Editores.

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.

Martín Alfonso, L. D. L. Á., Grau Ábalo, J. A., & Espinosa Brito, A. D. (2014).

Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los

tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista cubana de salud*

*pública*, 40, 222-238.

Martín, L. & Grau, J. (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la

psicología de la salud. En J. Grau (Ed.). *Psicología de la salud.* Guadalajara:

Universidad de Guadalajara.

Martínez Miguélez. M. (2011). El paradigma sistémico, la complejidad y la

transdisciplinariedad como bases epistémicas de la investigación cualitativa.

Redhecs, 11, Universidad Rafael Velloso Chacín de Venezuela.

McNamee, S., Gergen, K. J., Andersen, T., Anderson, H., Cecchin, G., & Clarfield, L.

E. (1996). *La terapia como construcción social.* Paidós.

Meichenbaum, D. & Turk, D. C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los*

*tratamientos terapéuticos. Guía para los profesionales de la salud.* Bilbao:

Editorial Desclée de Brouwer S.A.

Minuchin, S & Charles Fishman, H. (2004). *Técnicas de terapia familiar.* Buenos

Aires: Paidós Terapia Familiar

- Napier, A. Y., & Whitaker, C. A. (1982). *El crisol de la familia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1995). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Editorial Herder
- O'connor J. & McDermott I. (1998). *Introducción al Pensamiento Sistémico*. Londres: Editorial Urano.
- Ortego Maté, M del C.; López González, S. y Álvarez Trigueros, M. L. (2016). La adherencia al tratamiento. *Ciencias Psicosociales I*. Recuperado de: [https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema\\_14.pdf](https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_14.pdf)
- 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.
- Ramón, M. & Salusso, G. (2020). Asistencia a personas mayores en el marco de la pandemia y el aislamiento social. *Sistemas familiares y otros sistemas humanos, 1*, 23-36.
- Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic Alliance in Face-to-Face Versus Videoconferenced Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(6), 649–653. <http://doi.org/10.1037/0735-7028.36.6.649>
- Reynolds, D. J.; Stiles, W. B.; Bailer, A. J. & Hughes, M. R. (2013). Impact of Exchanges and Client–Therapist Alliance in Online-Text. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3677235/>
- 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.
- Rodríguez, A. & Barbagelata, N. (2014). Fundamentos teóricos del paradigma sistémico. En: Moreno, A. (Ed.), *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*, (pp. 27-62). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Rodríguez Ceberio, M. & Watzlawick, P. (2017). *Si quieres ver, aprende a actuar*. Buenos Aires: Psicolibro Ediciones.
- Rodríguez Ceberio, M. & Watzlawick, P. (2008). *Ficciones de la realidad, realidades de la ficción: estrategias de la comunicación humana*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Semboloni, P. G. (2011). Intervenciones relacionales sistémicas de terapia y contextos interculturales. Recuperado de [http://esgef.es/wordpress/wp-content/uploads/2013/09/Semboloni\\_2011.pdf](http://esgef.es/wordpress/wp-content/uploads/2013/09/Semboloni_2011.pdf)
- Senge, P. (1992). *La Quinta Disciplina*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Schueller, S.; Stiels-Shields, C. & Yarosh, L. (2016). Online Treatment and Virtual Therapists in Child and Adolescent Psychiatry. *Child Adolesc Psychiatr Clin*, 26 (1), 1-12. doi: [10.1016/j.chc.2016.07.011](https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.07.011)
- Silva, G., Galeano, E. & Correa, J.O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana, Asociación Colombiana de Medicina Interna* 30(4), (pp. 268-273).
- Traverso, G. & Salem Martínez, T. (2020). Telepsicología durante la pandemia. *Sistemas familiares y otros sistemas humanos*, 1, 37-48.
- Villa, I. C. Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y Salud*, 16 (1), (pp. 51-62).
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.
- Wade, S., Gies, L., Fisher, A., Moscato, E., Bardoni, A., Corti, C., Williams, T. (2020). Telepsychotherapy With Children and Families: Lessons Gleaned From Two Decades of Translational Research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30 (2), 332-347.
- Wainstein, M. (1997). *Comunicación. Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones
- Walsh, S. & Ceresato, F. A. (2020). Cambios en el proceso de supervisión en el contexto del aislamiento social preventivo obligatorio. Una mirada sistémica. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires
- Watzlawick, P. (1992). *La Coleta del Barón de Münchhausen*. Barcelona: Herder
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D.D. (1971). *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires: Editorial Tiempo.

Zegarra, D., & Paz, Á. (2015). Terapia familiar sistémica: una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, *1*(1), 45-55.