

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Departamento: Psicología

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Título: El diagnóstico en psicoterapia con modalidad virtual

Alumno: Juan Pablo Seva

Tutor: Dr. Juan Manuel Bulacio

Buenos Aires, 22 de Febrero de 2022

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivos Específicos	3
3. Marco teórico	4
3.1 La Terapia Cognitivo-Conductual.....	4
3.1.1 Antecedentes.....	4
3.1.2 Teoría, método y características actuales.	7
3.1.3 Integración en psicoterapia: la TCC y la perspectiva sistémica.	9
3.2 Proceso diagnóstico.....	11
3.2.1 Definición y principios metodológicos.....	11
3.2.2 Evaluación psicológica clínica: la entrevista y el dispositivo de admisión.....	14
3.2.3 El diagnóstico en la TCC.....	16
3.3 Atención virtual.....	17
3.3.1 Origen, evolución y actualidad.....	17
3.3.2 Características: ventajas, desventajas e implicancias en el proceso diagnóstico.	19
4. Metodología	23
4.1 Tipo de estudio	23
4.2 Participantes	24
4.3 Instrumentos	24
4.4 Procedimiento.....	24
5. Desarrollo.....	25
5.1 Las características de la entrevista de admisión con una modalidad de atención virtual en un centro privado de psicoterapia.....	25
5.2 Los criterios profesionales y las herramientas utilizadas por los psicólogos para efectuar el diagnóstico con una modalidad de atención virtual en un centro privado de psicoterapia	28
5.3 Los beneficios y las dificultades que representa la elaboración del diagnóstico con una modalidad de atención virtual para los profesionales de un centro privado de psicoterapia	33
6. Conclusiones	37

6.1 Objetivos	37
6.2 Limitaciones	39
6.3 Aporte personal y perspectiva crítica	40
6.4 Futuras líneas de investigación	41
7. Referencias Bibliográficas	42

1. Introducción

El presente trabajo surge en el contexto de la realización de la Práctica de Habilitación Profesional en un centro privado especializado en el área de Salud Mental, ubicado en el Gran Buenos Aires. Esta institución brinda asistencia, diagnóstico y tratamiento a la comunidad desde el año 2005. Cuenta con espacios de formación y capacitación para profesionales de dicha área, y ofrece atención en terapias con un formato individual, de pareja, familiar y grupal, tanto a particulares como a obras sociales. Asimismo, el centro cuenta con un staff que nuclea profesionales de diversas disciplinas, entre ellos psicólogos de orientación cognitivo-conductual, que trabajan de manera interdisciplinaria con una perspectiva contextualista o sistémica.

Las actividades principales que tienen lugar durante la práctica en cuestión, contemplan la participación activa en las entrevistas de admisión, espacios de supervisión y encuentros mensuales en los que se abordan distintos temas con terapeutas que son referentes en el área.

En el contexto actual de pandemia por COVID-19, la institución comenzó a brindar psicoterapia casi en su totalidad con una modalidad virtual. Esta situación novedosa implica la necesidad de introducir cambios en la manera en que usualmente se trabaja y, a su vez, supone dificultades y requiere de estrategias de adaptación. Por este motivo, se pretende observar el funcionamiento del proceso diagnóstico con el fin de caracterizar las particularidades del mismo en esta modalidad de atención alternativa.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Describir las características del proceso diagnóstico durante la pandemia por COVID-19 en un centro privado especializado en salud mental, que brinda atención en modalidad virtual con orientación cognitivo-conductual.

2.2 Objetivos Específicos

- Describir las características de la entrevista de admisión con una modalidad de atención virtual en un centro privado de psicoterapia.
- Identificar los criterios profesionales y las herramientas utilizadas por los psicólogos para efectuar el diagnóstico con una modalidad de atención virtual en un centro privado de psicoterapia.

- Indagar acerca de los beneficios y las dificultades que representa la elaboración del diagnóstico con una modalidad de atención virtual para los profesionales de un centro privado de psicoterapia.

3. Marco teórico

3.1 La Terapia Cognitivo-Conductual

3.1.1 Antecedentes.

Como su nombre lo indica, la terapia cognitivo-conductual (TCC) puede ser entendida como una amalgama de las teorías conductuales y cognitivas, impulsadas a lo largo del siglo pasado, que tenían como objetivo el estudio del comportamiento humano y de las causas que intervienen en el desarrollo o mantenimiento de la psicopatología (Benjamin et al., 2011).

A mediados del siglo XX, se consolida la terapia conductual (TC) posicionándose como una alternativa a las psicoterapias vigentes, estableciendo una marcada oposición al psicoanálisis. La terapia conductual establecía como principio que toda conducta era aprendida y podía ser pensada en términos de adaptación o desadaptación, motivo por el cual podía ser modificada siguiendo los mismos principios de aprendizaje (Rachman, 2015). Pero ya desde sus inicios, a principio de siglo, con los trabajos de Pavlov sobre los reflejos condicionados que habían sentado las bases del estudio científico del comportamiento, y más tarde con el conductismo de Watson en Estados Unidos, este modelo se expandió progresivamente en el campo de la psicología (Mueller, 1963).

Así pues, otros autores fueron realizando luego sucesivos aportes que abonaron su propagación, debiendo destacar entre ellos: el condicionamiento operante, de B. F. Skinner; el conexionismo, de Thorndike; la noción de inhibición recíproca, de Wolpe; el neoconductismo de Hull, Guthrie, Tolman y Mowrer; y los estudios sobre el condicionamiento del miedo de Mary Cover Jones. Estos aportes hicieron de la terapia conductual una orientación terapéutica revolucionaria, que favoreció el despliegue de la psicoterapia científica a pesar de las controversias y las limitaciones a las que se debió enfrentar en aquel entonces, responsables luego del proceso de transformación que proporcionó los fundamentos teóricos de los acercamientos terapéuticos cognitivo conductuales posteriores (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2017; Rachman, 2015).

Desde otra perspectiva, la psicoterapia cognitiva se fundamenta en el modelo cognitivo desde el cual se sostiene que las emociones y los comportamientos que adoptan los individuos se ven influenciados por la forma en la que son percibidos los eventos que tienen lugar a su alrededor. De esta manera, los sentimientos no dependen directamente de lo que ocurre en cada situación vivida, sino más bien de la interpretación singular que cada persona realiza frente a estas situaciones (Beck, 1995).

Sin embargo, los orígenes de la psicoterapia cognitiva como tal, se sitúan alrededor de los años 50' a partir de la convergencia de diversas teorías impulsadas por autores provenientes de otras escuelas, a saber: el ya mencionado conductismo, cuyo paradigma se impuso fuertemente en el ámbito académico y experimental desde principios de siglo hasta los años 40, y el psicoanálisis que hasta entonces continuaba ejerciendo una gran influencia sobre la práctica clínica. Su sistema conceptual se apoyó entonces sobre dos cuestiones fundamentales, las variables mediadoras entre el estímulo y la respuesta, a la manera del conductismo, y la prevalencia de los procesos cognitivos en el curso de las disfunciones emocionales. Como resultado, en un intento por superar las limitaciones que exhibían los modelos predominantes, muchos de sus referentes decidieron ampliar sus concepciones incorporando estos nuevos desarrollos teóricos (Beck, 1995; Camacho, 2003).

Por consiguiente, uno de los sectores desde los cuales se gestó el surgimiento de la psicoterapia cognitiva estaba conformado por disidentes del psicoanálisis que señalaron la ausencia de evidencia empíricamente significativa o resultados clínicos favorables, cuyos exponentes principales fueron Aaron T. Beck y Albert Ellis. Mientras que Beck se centró en investigar tratamientos para la depresión, llegando a publicar en 1979 su obra titulada “Terapia Cognitiva de la Depresión”, Ellis postuló la llamada “Terapia Racional Emotiva Conductual” (TREC), que hacía foco en el cuestionamiento sistemático de los pensamientos distorsionados como causa de los síntomas. La otra vertiente que conformó sus orígenes fue encabezada por autores procedentes del conductismo como Bandura, Meichenbaum y Lazarus, cuyas contribuciones fundamentales incluyeron el énfasis en el carácter bidireccional del determinismo entre el individuo y su ambiente, y el aporte de numerosas técnicas de intervención clínica (Camacho, 2003).

Al respecto conviene decir que la evolución conceptual de la TCC puede ser dividida en tres generaciones o estadios secuenciales. La primera está exclusivamente relacionada con las

teorías del aprendizaje y se caracterizó por la extrapolación de sus principios al ámbito clínico. Algunos ejemplos de esta primera generación serían el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediacional. La segunda generación está marcada por la heterogeneidad y recoge los aportes de todos aquellos autores que intentaron superar las deficiencias que presentaban las teorías del aprendizaje. Corresponde, entonces, a la fase de transformación que atravesó la TC al abrirse a la incorporación de los aspectos cognitivos y sociales. Por último, la tercera generación - que se extiende hasta el presente - nuclea los modelos que pretenden fomentar nuevamente la relación entre la investigación básica y la aplicación clínica, cuestión que había sido fructífera durante la primera etapa de la TC. Desde el punto de vista teórico, muchos proceden en mayor o menor medida de desarrollos más estrechamente vinculados al enfoque contextual que al cognitivo, y en cierto sentido más emparentados con las raíces de la TC. Como orientaciones puntuales de esta última generación se destacan la terapia cognitiva basada en el mindfulness, la terapia de aceptación y compromiso, la activación conductual, la terapia dialéctico conductamental, y la psicoterapia analítica funcional, entre otras (Díaz et al., 2017; Vallejo Pareja, 2010).

Lo dicho hasta aquí, como señaló Caro (2007), refleja que hoy en día el asunto del etiquetado de un modelo psicoterapéutico puede ser un tema complejo. Hay autores que ubican bajo la denominación cognitivo-conductual a todos los modelos, entre ellos, el de Beck, Ellis, las terapias centradas en la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y el constructivismo, mientras que otros lo consideran redundante - puesto que el conductismo toma los pensamientos e imágenes mentales como parte del comportamiento - e incluyen esos mismos modelos solamente bajo la etiqueta cognitiva. Incluso algunos establecen una diferencia entre los modelos cognitivos situando en estos, por ejemplo, a Beck y Ellis, y los cognitivo-conductuales que comprenden a las terapias centradas en la resolución de problemas y los trabajos de autores como Meichenbaum, Rehm, Barlow, Marlatt y Linehan, además de otros enfoques pertenecientes a la mencionada tercera generación.

Por tal motivo, es factible entender y agrupar estos distintos modelos bajo el llamado paradigma cognitivo, que comprendería la totalidad de métodos, conceptos, teorías y técnicas que permiten determinar los problemas y las posibles soluciones en el campo de la investigación científica. Siguiendo esta línea, la etiqueta cognitivo-conductual puede dar cuenta, por un lado, de la mejora del modelo conductual al integrarse con el cognitivo y, por otro, de un cierto eclecticismo

en la práctica clínica que admite el uso de técnicas conductuales en el marco de un modelo que asuma una teoría cognitiva sobre los trastornos y el cambio psicológico (Caro, 2007).

3.1.2 Teoría, método y características actuales.

En la actualidad, la TCC puede ser entendida como la aplicación clínica de los desarrollos provenientes de la ciencia de la psicología, que se basa en procedimientos y principios que están empíricamente validados. El resultado final es una psicoterapia cuya práctica está conceptualmente orientada a un objetivo que comprende la detección y el cambio de las conductas, pensamientos y respuestas emocionales disfuncionales o desadaptativas (Díaz et al., 2017). Sin embargo, los distintos modelos comprendidos bajo la etiqueta cognitivo-conductual no dan cuenta de un cuerpo teórico único, por lo que también pueden variar en cuanto a los procedimientos y objetivos. A pesar de esto, Mahoney y Arkhoff (1979 como se citó en Bas Ramallo, 1981) mencionan tres características que serían comunes a todos ellos: en primer lugar, aceptan que las conductas adaptativas y desadaptativas, al igual que las pautas afectivas, siempre van acompañadas de procesos cognitivos. En segundo lugar, entienden que dichos procesos cognitivos son activados funcionalmente por medio de procedimientos que, por lo general, son estructuralmente idénticos a aquellos otros que se obtienen del aprendizaje humano en el laboratorio. En tercer lugar, consideran que el rol del terapeuta es el de un educador-diagnosticador que evalúa los procesos cognitivos inadecuados y luego estructura las experiencias de aprendizaje más apropiadas para cambiar estos pensamientos, a la vez que modifica las pautas afectivo-conductuales con las cuales se correlacionan.

Para Díaz et al. (2017) lograr pleno acuerdo en una única definición de terapia cognitivo conductual es una tarea sumamente difícil. Si bien es cierto que en sus inicios la TC había logrado cierto consenso en cuanto a los aspectos comunes, en el panorama actual se hace todavía más complicado detectar los vestigios de aquel enfoque unitario. Aun así, esto no constituye necesariamente un problema, puesto que habilita la discusión y abre una gran oportunidad para el progreso. Dada esta situación, lo más adecuado puede ser caracterizar a la TCC partiendo de lo que se consideran sus fundamentos teóricos, delimitando los principios e intervenciones comunes que de allí se desprenden y ofreciendo una serie de propuestas generales.

Para comenzar, la TCC es una actividad terapéutica psicológica basada desde sus inicios en la psicología del aprendizaje, aunque en la actualidad las intervenciones estén fundamentadas

principalmente en la psicología científica como eje de referencia. Desde el punto de vista metodológico, se considera esencial la implementación de una metodología experimental, esto es, un enfoque empírico que sea aplicado a través de todo el proceso, tanto en la evaluación y explicación de la conducta del individuo, como en el diseño de intervenciones y valoración de los resultados. Por ello los procedimientos y las técnicas utilizadas cuentan, en gran medida, con aval científico o experimental, aunque una parte considerable de éstas surgen de la experiencia clínica (relajación, hipnosis, prescripción paradójica, reestructuración cognitiva, etc.). Por su parte, en lo que se refiere al objeto de tratamiento, se toma la conducta en sus diferentes niveles - fisiológico, cognitivo, conductual y emocional -, entendida como la actividad capaz de ser medida y evaluada (en forma directa o indirecta). En un mismo sentido, el objetivo de las intervenciones es lograr un cambio conductual alterando o eliminando las conductas desadaptativas y promoviendo otras más adecuadas, pudiendo operar también sobre los propios procesos cognitivos que subyacen a dicho comportamiento. Por lo tanto, la conducta es concebida como aprendida, resultado de distintos factores que han operado en la historia del individuo, sin dejar de lado la influencia de los factores tanto biológicos como sociales (Díaz et al., 2017).

Otro punto importante es el carácter educativo que propone la TCC, en tanto se busca que el paciente aprenda e incorpore aquellos aspectos positivos suscitados en el proceso. Esto da cuenta de la naturaleza estructurada y directiva del enfoque en comparación con otros modelos, al establecer metas y seguir una agenda consensuada, revelando un carácter activo que implica la realización de actividades por parte del destinatario de la práctica; quedando en claro que la TCC en sí denota un esfuerzo colaborativo entre terapeuta y paciente, siendo esta relación un aspecto fundamental cuyo valor es explícitamente reconocido (Caro, 2007).

Siguiendo el punto anterior, resaltan el énfasis puesto en los determinantes actuales del comportamiento, sin dejar de lado los factores históricos que dan cuenta del estado presente de la situación, y la estrecha relación que se establece entre la evaluación y el tratamiento. Dicha relación se sostiene a lo largo de todo el proceso, propinándose entre ambas una permanente interdependencia que podría dificultar su distinción en términos de fases diferenciadas. No obstante, son muchas las intervenciones que actualmente se plantean partiendo de criterios diagnósticos tradicionales y a través del uso de protocolos estandarizados. Así, la TCC comienza con un fundamento bien planteado y promueve en el transcurso del tratamiento el desarrollo de una serie de herramientas de las que el paciente puede disponer libremente fuera del contexto de

la sesión, afrontando las distintas situaciones de la vida cotidiana y reconociendo sus propios logros y avances (Caro, 2007; Díaz et al., 2017).

Un último aspecto a considerar es el que atañe específicamente a las técnicas y herramientas de la TCC que se apoyan, como se ha visto, en los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta, bajo el supuesto de la existencia de patrones irracionales o desadaptativos causados por una interpretación sesgada del medio (Sánchez, Rosa & Olivares, 1999). Lo primero es describir la utilización de la llamada formulación de caso, considerada como la aproximación a una hipótesis acerca de las causas, precipitantes e influencias que sostienen los problemas psicológicos, conductuales e interpersonales del paciente. Esto orienta al profesional a la hora de plantear o seguir el tratamiento e implica un proceso de inferencia y recolección de información que aporta estructura y organiza el proceso terapéutico (Caro & Montesano, 2016). En un sentido más amplio, si bien existen gran cantidad de recursos empleados al interior de cada variante de TCC - inclusive de corte más conductual o cognitivo -, entre todos ellos se destacan: 1) las técnicas de resolución de problemas, centradas en proveer habilidades para abordar exitosamente distintos problemas; 2) el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, que pretende proporcionar al paciente herramientas para gestionar, por ejemplo, la ansiedad o el estrés; 3) las técnicas de reestructuración cognitiva, destinadas a identificar y modificar las cogniciones disfuncionales enfatizando el impacto perjudicial que tienen sobre las emociones y la conducta; 4) los ejercicios de exposición interoceptiva, para eliminar el temor que generan determinadas sensaciones y disminuir el vínculo existente con las creencias y pensamientos que las rodean; 5) el manejo de contingencias para reforzar las conductas positivas; 6) el modelado simbólico o cognitivo, donde el profesional le presenta al paciente evidencia contrapuesta a sus creencias disfuncionales; 7) la planificación de exposiciones graduales o desensibilización de la ansiedad; y 8) las técnicas de respiración abdominal, relajación muscular o meditación, entre otras (Dahab, Minici & Rivadeneira, 2016; Sánchez et al., 1999)

3.1.3 Integración en psicoterapia: la TCC y la perspectiva sistémica.

Integrar significa tomar un conjunto de elementos disponibles, que de otro modo permanecerían disgregados entre sí, para unificarlos y obtener un resultado superador. En el campo de la psicoterapia, la integración supone la acción factible de articular las partes o componentes propios de cada escuela, para tender puentes entre ellas que permitan sortear los diferentes

obstáculos del quehacer profesional mejorando la calidad de atención (Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2017).

En la literatura existe un amplio consenso con respecto a que los movimientos de integración en psicoterapia pueden ser organizados en tres grandes categorías. Una de ellas es la integración técnica o eclecticismo técnico, que supone la utilización y selección intuitiva de técnicas provenientes de distintos enfoques en función de las características singulares del paciente. Otra es la integración teórica, entendida como la articulación conceptual de dos o más enfoques terapéuticos considerados como complementarios. La categoría restante corresponde a los llamados factores comunes, que apunta a identificar aquellos aspectos que están presentes en la mayoría de las psicoterapias, con independencia del enfoque teórico de base (García & Fantin, 2012). Fernández-Álvarez, Consoli y Gómez (2016) también mencionan una cuarta y más reciente línea integrativa denominada integración asimilativa, que engloba la práctica de los profesionales que adhieren a una teoría o modelo tradicional específico, pero se valen ocasionalmente de técnicas provenientes de otras orientaciones.

La terapia cognitiva se utiliza en diversos países del mundo como tratamiento único, o en forma conjunta con otros, para el abordaje de distintos trastornos (Beck, 1995). Según Beck (1991) esto se debe en gran parte a que la terapia cognitiva es congruente con la disciplina psicológica básica, y puede operar como estructura teórica que permite recurrir a otros sistemas de psicoterapia como fuente de procedimientos terapéuticos para enriquecer su práctica.

Para Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez (2017) la TCC ha alcanzado un grado de desarrollo tal, que le permitiría operar incorporando a los diferentes enfoques con los que comparte ciertas características. Se puede pensar en ella como la amalgama o línea directriz que impulsaría el movimiento ya iniciado en el campo de la psicoterapia, hacia una integración de los distintos modelos existentes. En tal sentido, añaden que todo comportamiento es articulado y sirve a un sistema de organización conformado por la experiencia personal, que responde a su vez a distintos principios (unidad, totalidad, continuidad e intencionalidad), que deben ser considerados para garantizar la integridad personal. De aquí se desprende que un buen diagnóstico e intervención clínica serán aquellos que partan de una perspectiva integrativa y comprensión profunda de las conductas disfuncionales que despliega el paciente, contemplando la experiencia en la que están insertos dichos comportamientos.

Desde otra mirada, Prada Villalobos (2013) señaló que son varios modelos de psicoterapia, especialmente los enfoques cognitivos de corte constructivista, los que reciben influencia de los postulados sistémicos al destacar los procesos interpersonales que intervienen en el mantenimiento del problema. Para la autora en cuestión, la Teoría General de Sistemas proporciona un marco epistémico de carácter integrador y sostiene que los conceptos sistémicos pueden servir de lenguaje común. Un ejemplo de ello serían las nociones de cambio y comunicación planteados en los términos de Gregory Bateson y Paul Watzlawick, respectivamente, identificados como aspectos subyacentes a todo proceso terapéutico en un nivel transversal o como factores genéricos.

De esta manera, al margen de la escuela o modelo teórico de base al que adhiera cada profesional, y sobre todo en la TCC, no quedaría excluida la posibilidad de adoptar un pensamiento o perspectiva sistémica a modo de lo expresado por Wainstein (2006), que implica en términos epistemológicos, considerar el todo, sus partes y los patrones que las conectan. La mirada sistémica se opone al reduccionismo, en tanto se interesa no sólo por el contexto y por la conexión entre esas partes o elementos, sino también por ubicar la manera en que la disposición, el orden de funcionamiento, adición o sustracción de los mismos, influyen a su vez sobre el todo.

En la práctica clínica esto se traduce en la capacidad de contemplar como observador (terapeuta) lo que hacen las personas, a quiénes afectan y de qué manera lo hacen, de tal forma que el denominado sistema involucra a los individuos que dicho observador incluye como factor etiológico del problema, o bien, como agentes con la capacidad de influir en el mantenimiento del mismo; sobre los cuáles será eventualmente necesario actuar a nivel de la interacción para producir ciertos cambios (Wainstein, 2002).

3.2 Proceso diagnóstico

3.2.1 Definición y principios metodológicos.

En toda profesión o especialidad cuyo ejercicio tenga como propósito la reparación o restitución de un nivel de funcionamiento previo, se requiere algún tipo de diagnóstico de la situación que permita delinear un punto de partida inicial para poner en marcha intervenciones que posibiliten la resolución del problema considerando no sólo las manifestaciones externas, sino también las causas que lo generan. En este sentido, el diagnóstico puede ser entendido como un proceso en el que se irá construyendo el conocimiento de aquello sobre lo que se pretende establecer un curso de acción. En psicología, psiquiatría y otras profesiones donde el propósito

fundamental que se persigue puede incluir la orientación, ayuda o tratamiento, esta concepción del diagnóstico adquiere especial importancia dada la necesidad de atender a la diversidad y especificidad individual de cada sujeto, lo que le confiere al proceso un carácter singular, dinámico y complejo (Arias Beatón, 1999).

Esto lleva a la necesidad de introducir el concepto de psicopatología, entendida como la ciencia que se interesa por el estudio de la etiología y las características de los trastornos psicológicos. Para ello, la psicopatología se nutre de los aportes provenientes de diversas disciplinas, como la biología, neurología, genética, fisiología, psicología, antropología y sociología (Ortiz-Tallo, 2019). En un sentido amplio, la psicopatología busca establecer leyes universales que permitan delimitar y explicar los distintos tipos de alteraciones, partiendo del ser humano como unidad y analizándolo en sus distintos niveles - funciones psíquicas (Vallejo Ruiloba, 2011).

Sin embargo, por su objeto de estudio, la psicopatología no es la única interesada por la anormalidad psíquica, sino que comparte con otras disciplinas como la psiquiatría, la psicología clínica, la psicología de la personalidad y psicología de la salud, la búsqueda elemental de la comprensión y explicación de los fenómenos de la conducta humana. Particularmente, la psicología clínica se interesa por el diagnóstico, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento. Se trata entonces de una disciplina aplicada centrada en los aspectos prácticos de la atención clínica cotidiana. Por lo tanto, aunque el enfoque de la psicología clínica se considera en principio idiográfico, ya que pone especial atención al caso por caso de la adaptación psicológica, determinación y evaluación de las técnicas adecuadas para introducir mejoras, estas disciplinas son complementarias en la medida que se establece una interrelación de investigación básica y aplicada, fundamental para el desarrollo de ambas (Ortiz-Tallo, 2019).

Ahora bien, hablar de trastornos mentales requiere necesariamente establecer alguna clase de límite respecto de lo que puede ser considerado como normal o anormal. Para Belloch, Sandín y Ramos (2009) esta cuestión puede ser precisada teniendo en cuenta los siguientes criterios: a) el estadístico, que como indica su nombre determina lo anormal en términos de desviaciones con respecto a la norma estadística; b) el biológico, que determina la existencia de alteraciones partiendo de un modo normal de funcionamiento (observable en términos médicos); c) el social o cultural, que marca desde el punto de vista de la normativa social - consensual o legal -, si determinadas conductas son esperables (normales) o inadecuadas (anormales); y d) el subjetivo,

dependiente de la propia experiencia del individuo en términos de sufrimiento, conductas indeseables, etc.

Dicho esto, como señala Bertini (1981), el diagnóstico individual pretende recoger y jerarquizar la información disponible que se desprende de la experiencia vital personal del paciente, permitiendo demarcar aquellos elementos que condicionan el desarrollo de la enfermedad. Al mismo tiempo, permite establecer indicadores sobre los cuales será posible articular los recursos y evaluar las mejoras o retrocesos en distintos momentos de la terapia con mayor eficiencia. Como se indicó, tanto en psiquiatría como en psicología los diagnósticos parten de dicha recolección y jerarquización de los llamados signos y síntomas. Mientras que los signos aluden a las manifestaciones captadas y accesibles en cualquier modalidad sensorial - esto es, lo observable -, los síntomas se refieren a lo expresado por el propio paciente respecto de cómo se siente - lo subjetivo. En consecuencia, la agrupación de los signos y síntomas que covarían conforman lo que se denomina síndrome, una entidad clínicamente identificable pero poco definida o delimitada como lo serían un trastorno o enfermedad (Camacho, 2006).

Por consiguiente, se trata de un proceso de decisión en el que se toma esa entidad o cuadro clínicamente comprobable (Scharfetter, 1988), se lo clasifica y ordena sobre la base de criterios como características fenomenológicas compartidas en un diagnóstico - en tanto designación etiopatogénica -, y se establece una tipología del estado y curso. De este modo, entre los sistemas de clasificación para el diagnóstico de los trastornos mentales se destacan en el campo de la psiquiatría y la psicología, dos clasificaciones con reconocimiento a nivel mundial: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés) de la American Psychiatric Association (APA), y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015).

En línea con lo planteado hasta aquí, conviene decir que las clasificaciones se erigen sobre una lógica pragmática que con el paso del tiempo fue ganando cada vez mayor aceptación dentro de la comunidad científica, a pesar de las críticas provenientes desde ciertos sectores en lo que hace a la utilidad o validez de su aplicación en el ámbito clínico. De cualquier manera, es posible sostener que la importancia de contar con una clasificación diagnóstica gira en torno a cuatro aspectos esenciales: 1) promover la comunicación y facilitar el trabajo interdisciplinario entre los profesionales de la salud al proveer un lenguaje común; 2) el diseño de estrategias e intervenciones

de tratamiento; 3) la posibilidad de establecer un pronóstico; y 4) el enriquecimiento y avance en el plano de la investigación (Belloch et al., 2009).

3.2.2 Evaluación psicológica clínica: la entrevista y el dispositivo de admisión.

La evaluación psicológica es una rama dentro de la psicología científica que se encarga de explorar y analizar el comportamiento de seres humanos con arreglo a distintos objetivos aplicados, como lo son el diagnóstico, descripción, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración de los tratamientos e intervenciones. La evaluación psicológica entraña un proceso de toma de decisiones y solución de problemas que inicia con la consulta o demanda que le efectúa un sujeto al profesional psicólogo. Dicho proceso comporta una serie de actividades profesionales llevadas a cabo en una secuencia establecida, con las que se pretende dar respuesta a aquella demanda; por ejemplo, administración de técnicas de medición, tests y procedimientos varios de recolección de información (Fernández-Ballesteros, 2013).

Para Casullo (1996), el psicodiagnóstico conforma una subárea de gran importancia y especificidad al interior del campo de la Evaluación Psicológica Clínica (EPC), que en sí misma lo trasciende. Se trata de una disciplina íntimamente relacionada con la Psicología en tanto ciencia, que no puede ser reducida a una mera implementación técnica - tests o instrumentos de medición -, sino que en él se articulan los distintos planos que conforman una disciplina científica aplicada.

En consonancia con el tema que se ha tratado en el apartado anterior, se sostiene que el estudio de la psicología anormal o psicopatología es uno de los pilares básicos de la EPC. En efecto, gran parte de sus actividades está destinada a la observación de las dificultades y trastornos del paciente y, eventualmente, a su diagnóstico. Las relaciones existentes entre la EPC y el diagnóstico son múltiples, al punto que para algunos autores ambos conceptos describen un mismo proceso. Por el contrario, para otros estas nociones se excluyen mutuamente y representan dos formas distintas de acercamiento a los problemas clínicos, de manera tal que en la actualidad pueden ser concebidas de forma diferenciada. Este planteo lleva a sostener que la EPC es un proceso de evaluación y determinación de los factores psicológicos, biológicos y sociales de una persona, o grupo de personas, con trastornos psicológicos; mientras que el diagnóstico alude concretamente al proceso por medio del cual se establece si los problemas que afectan a una persona cumplen con los criterios para configurar un trastorno psicológico especificado en algunas de las clasificaciones diagnósticas en uso (DSM-IV, DSM-5, CIE-10 y CIE-11). En otras palabras,

el diagnóstico se piensa como un aspecto de la EPC en tanto proceso global, siendo uno de sus elementos y posibilidades principales de actuación (Muñoz, Ausín & Panadero, 2019).

De acuerdo con Bleger (1964), la entrevista psicológica es el instrumento o técnica por excelencia del método clínico para la recopilación de los datos previstos, lo que permite vehicular el proceso diagnóstico a partir de la formulación de hipótesis que serán verificadas y rectificadas durante todo el proceso. En un mismo sentido para Sierra, Buela-Casal y Fernández (2001) la entrevista es un proceso de interacción con objetivos preestablecidos en los que intervienen dos canales de comunicación - verbal y paraverbal. En el campo de la psicología, en concreto, se trata de un procedimiento continuo y dinámico dirigido al establecimiento de un vínculo con el paciente - alianza terapéutica - y a la búsqueda de un modelo explicativo que haga posible conceptualizar los problemas. Esto constituye el punto de partida para obtener la información necesaria en la selección y definición de los objetivos terapéuticos que sirven de guía en la planificación de un tratamiento. De este modo, la entrevista puede tomar distintos enfoques dependiendo de la teoría o modelo psicológico que la sustente, pero en todos los casos habilita el comienzo de la labor terapéutica con un fundamento claro y preciso (Colín Gorráez, Galindo Leal & Saucedo Pérez, 2009).

Por último, en lo que respecta a la admisión, este es un término proveniente del ámbito de la salud pública que alude al desarrollo del quehacer profesional en un marco institucional. En dicho contexto, se trata de una entrevista realizada a todo paciente que ingresa por primera vez a un servicio, y se emplea para registrar una serie de datos concernientes, principalmente, a la filiación y motivo de consulta, y que posibilita la elaboración de un diagnóstico presuntivo para determinar si corresponde su ingreso al servicio y posterior derivación para un tratamiento adecuado, si es necesaria la derivación a otro tipo de servicio hospitalario, o bien, si no es necesario ningún tipo de tratamiento. Por lo tanto, implica una situación de toma de decisiones que pone en juego tanto criterios de tratamiento como recursos disponibles. Además, hay que mencionar la variedad de dispositivos de admisión, puesto que en algunas instituciones los equipos de admisores están separados del resto de los equipos de profesionales. En otros casos, cada equipo realiza su propia admisión o puede ser el mismo profesional que la lleve a cabo quien tome a los pacientes en tratamiento (Rubistein, 2014).

Como se precisó anteriormente, el tipo de entrevista a implementar dependerá de los objetivos y esquemas referenciales que guían su instrumentación. Dichos esquemas comprenden

al conjunto de conceptos generales que estructuran la aproximación a los fenómenos clínicos, íntimamente relacionados con las consideraciones teóricas, metodológicas, epistemológicas y éticas. Esto determinará el rol del admisor en la entrevista, la forma de proceder, la cantidad y duración de las mismas, el tipo de información que es necesario recabar según su finalidad - de orientación, diagnóstico, identificación de problemas, etc. - y el modo de interpretarla (Soave & Juaneu, 2018).

En definitiva, la psicología clínica dispone de sus propios métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos; de manera que la historia de la psicología clínica forma parte de la misma historia de la psicología, en donde las distintas teorías psicológicas tiñen todo el proceso con marcos de referencia y estrategias metodológicas (Federación Europea de Asociación de Psicólogos [EFPA], 2003).

3.2.3 El diagnóstico en la TCC.

Como puede observarse, cada modelo intenta situar los aspectos y las metas que le son relevantes para tomar un curso de acción. En el caso de la TCC, más allá de los matices que puedan existir al interior de los diversos enfoques que la integran, el diagnóstico se ubica como piedra angular en la planificación del tratamiento y evaluación de los resultados. Para ello, la TCC se puede servir de dos recursos fundamentales: la conceptualización y formulación del caso (Caro, 2007).

En términos de Beck (1995), la conceptualización cognitiva consiste en una serie de interrogantes que debe formularse el terapeuta sobre las distintas cuestiones o aspectos que orbitan el núcleo de lo que se presenta como un problema para el paciente - incluyendo el estado actual, las experiencias tempranas, los pensamientos, creencias y factores involucrados, etc. -, lo que provee un marco de referencia indispensable para lograr comprenderlo. El profesional comienza a construir dicha conceptualización desde el primer contacto con el paciente, y esto le permitirá arribar a una hipótesis sobre el modo en que se llegó a desarrollar, si fuera el caso, ese trastorno psicológico en particular.

Por su parte, la formulación del caso puede ser entendida como una manera de presentar, en forma breve y concisa, la forma en la que determinado profesional o equipo tratante está efectuando el diagnóstico y tratamiento de un paciente, destacando las características singulares que presenta. Los distintos modelos ofrecen una serie de explicaciones en las que basan sus propios

conceptos e ideas características, por ejemplo, la existencia de pensamientos automáticos negativos o conductas desadaptativas en el caso puntual de la TCC. Por tanto, la formulación implica tomar estas teorías generales y aplicarlas a un individuo particular - establecimiento y prueba de hipótesis -, constituyéndose como un proceso reflexivo sujeto en cada momento a la retroalimentación y revisión que le son inherentes (Johnstone & Dallos, 2014).

La formulación de caso tiene como finalidad aumentar la probabilidad de que las intervenciones terapéuticas sean de mayor utilidad para el paciente, escogiendo la forma más apropiada para el caso en cuestión, o bien, para la formación e investigación en psicología. En la TCC, el terapeuta comienza organizando los datos de la evaluación obtenidos de múltiples fuentes - entrevistas, tests o técnicas, protocolos e informes - para elaborar el diagnóstico y desarrollar una formulación individualizada, que será tomada para la planificación del tratamiento. En este punto se hace necesario añadir que el proceso puede ser asistido mediante la utilización de manuales nosográficos reconocidos como lo son el DSM-IV y DSM-5. En la medida que el tratamiento avanza, el profesional hará uso de la formulación para conducir la toma de decisiones, supervisar el progreso y realizar los ajustes pertinentes, en el marco de una relación terapéutica colaborativa (Bernardi, 2014; Persons, 2008).

3.3 Atención virtual

3.3.1 Origen, evolución y actualidad.

Se desconoce con exactitud el momento en el que las telecomunicaciones fueron utilizadas originalmente sobre el cuidado de la salud, y tratar de rastrear sus antecedentes probablemente llevaría la discusión a la transición entre los siglos XIX y XX. No obstante, puede decirse que las tecnologías de la información y comunicación (TICs) comienzan a implementarse en el área clínica bajo el término *Telemedicina*, aproximadamente entre los años cincuenta y sesenta. En un inicio el objetivo principal de la telemedicina era contribuir a la prestación de servicios médicos, en personas cuyo acceso a los grandes centros de atención era limitado por la disposición geográfica. En aquellos años se envían por primera vez imágenes radiográficas (facsimiles) a hospitales rurales que no contaban con servicios de radiología, en un intento por reducir los costos de este procedimiento. Ya en 1960, se llevó a cabo un estudio en el que médicos estadounidenses empezaron a brindar atención médica en el diagnóstico y tratamiento a distancia, mediante un sistema bidireccional audiovisual de microondas. Esta primera experiencia sirvió para demostrar

que el telediagnóstico podía aumentar la disponibilidad de servicios médicos de calidad en el cuidado de la población (Zundel, 1996). En las décadas subsiguientes se continuaría experimentando con los recursos tecnológicos disponibles, especialmente con la implementación de videoconferencias destinadas a la evaluación y diagnóstico en el campo de la psiquiatría (Rees & Haythornthwaite, 2004).

En el caso particular de la psicología clínica, la ubicación del inicio de las llamadas ciberterapias puede variar algunas décadas según la fuente que se tome, pero algunos autores (Soto-Pérez, Franco-Martín, Monardes Seeman & Jiménez, 2010), sostienen que este tipo intervenciones tienen como punto de partida los trabajos de Wittson, Affleck y Johnson, también a principios de los años sesenta, quienes comenzaron a evaluar los efectos de las videoconferencias (VC) en sesiones de tratamiento grupales. Posteriormente, a mediados del mismo decenio, Weizembaum diseñaba el programa ELIZA y su aplicación “Doctor”, que emulaba las respuestas de un terapeuta con enfoque “Rogeriano” -centrado en el cliente. Incluso luego, alrededor de los setenta, las pruebas de inteligencia Weschler llegaron a ser adaptadas para su aplicación en computadora. Cabe señalar, que las investigaciones en ciberterapia se limitaron desde un principio a explorar las posibilidades técnicas, por lo que la mayor parte de los estudios eran sobre casos clínicos. Años más tarde, el foco de la investigación pasó a centrarse en el nivel de satisfacción de los resultados obtenidos con el uso de la tecnología (Soto-Pérez, Franco-Martín & Monardes Seeman, 2016).

De esta manera, una de las áreas de aplicación más prometedora en cuanto a la implementación de las TICs comenzó a ser la psicología clínica, con la incorporación de internet como herramienta en el trabajo terapéutico. Dicha incorporación abarca desde la publicidad en línea hasta el desarrollo de tratamientos y aplicaciones web. Desde entonces, ha habido numerosas investigaciones con resultados alentadores sobre la aceptación, factibilidad y confiabilidad de este tipo de evaluaciones psicológicas en diversas poblaciones y desde distintos encuadres terapéuticos, especialmente cognitivo-conductuales (Nelson, Bui & Velásquez, 2011; Soto-Pérez et al., 2010).

Un aspecto importante que no puede ser dejado de lado, guarda relación con las diferencias existentes a la hora de determinar la fecha de inicio de esta modalidad de trabajo y el término empleado para referirse a ello, ya que esto está estrechamente vinculado al tipo de definición de la cual se parte. En tal sentido, entre la multiplicidad de términos para referirse a esta modalidad de intervención, como lo son ciberterapia, teleterapia, e-salud, e-terapia, telesalud y terapia online,

entre otras; se destaca la noción de *Telepsicología* propuesta por la American Psychological Association (APA), entendida como la prestación de servicios psicológicos mediante el uso de herramientas tecnológicas de telecomunicaciones, incluyendo teléfonos celulares, correo electrónico o mensajería instantánea, videoconferencias, aplicaciones móviles, plataformas web, etc. (APA, 2013; De la torre Martí & Pardo Cebrián, 2018).

En el año 2020 la Organización Mundial de la Salud declaraba la emergencia internacional en materia de salud pública a consecuencia de los niveles de alerta encendidos por la propagación y la gravedad del COVID-19, ocasionado por el virus SARS-CoV-2. La facilidad y rapidez con la que se trasmite el virus, el temor al contagio entre las personas y las medidas de restricción adoptadas inicialmente por los distintos países, hicieron que las intervenciones psicológicas presenciales fueran dificultosas. En este contexto, la utilización y aceptación de la telepsicología ha ido en aumento (Argüero Fonseca et al., 2021). Sin embargo, el incremento de la oferta de servicios en telepsicología ha reavivado el debate al interior de la comunidad científica y profesional, como consecuencia de las dificultades que podrían tener lugar en cuestiones relativas al establecimiento de la alianza terapéutica, el manejo de situaciones de crisis y la efectividad de las intervenciones en los distintos formatos de aplicación (Cabas-Hoyos, 2020).

3.3.2 Características: ventajas, desventajas e implicancias en el proceso diagnóstico.

Al comienzo de este último siglo las TICs evolucionaron de manera insospechada, transformando y ampliando sustancialmente las posibilidades a la hora de brindar un servicio de atención psicológica. Ya desde su inicio, numerosas investigaciones comenzaron a dar cuenta de los beneficios obtenibles al incorporar la tecnología en la práctica clínica, arrojando resultados alentadores respecto al grado de aceptación y satisfacción tanto de los profesionales como de sus pacientes, y en cuanto a la similitud de los logros alcanzados cuando se compararon la modalidad presencial tradicional con la telepsicología, especialmente por VC (Backhaus, 2012; Nelson et al., 2011; Rees & Haythornthwaite, 2004; Soto-Pérez et al., 2010; Vásquez Muriel, 2012).

Hacia finales de la década pasada se produjeron nuevas investigaciones que abonaron los supuestos en torno al potencial, efectividad y eficacia de las intervenciones en telepsicología (Macías Morón & Valero Aguayo, 2018; Regueiro, McMartin, Schaefer & Woody, 2016; Soto-Pérez et al., 2016; Varker, Brand, Ward, Terhaag & Phelps, 2019), llegando a consolidarse luego con el creciente número de trabajos producto del interés en el área como consecuencia de la

pandemia; de lo cual se extrae que en la actualidad, la atención virtual en salud mental proporciona ventajas significativas en el abordaje de diversas patologías y cuenta con un importante “respaldo” desde el punto de vista de la evidencia (Cabas-Hoyos, 2020; De la Rosa, 2021; Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2021; Olivos Aragón, 2020).

En términos generales, es posible sostener que la utilización de la tecnología contribuye a disminuir la brecha existente entre las necesidades y los servicios requeridos, ampliando la cobertura y favoreciendo el acceso. Entre los aspectos positivos se destacan la superación de las barreras geográficas que impiden la atención de ciertas comunidades y la posibilidad de acceder a una consulta o garantizar la continuidad de un tratamiento si éste se viera obstaculizado, ya sea por motivos de tiempo, logística o movilidad. Las TICs benefician enormemente la atención de pacientes mayores, personas con discapacidad y población rural. Incluso algunos grupos de personas, típicamente jóvenes, empresarios o individuos que deben desplazarse frecuentemente, prefieren la virtualidad por sobre la presencialidad (De la Rosa, 2021; Soto-Pérez et al., 2016).

En este punto, siguiendo lo planteado en el párrafo anterior, se pueden añadir una serie de consideraciones importantes sobre los beneficios de la telepsicología. En primer lugar, mencionar que el encuadre o *setting* con una modalidad virtual se ha utilizado fundamentalmente en atención ambulatoria, demostrando que los pacientes pueden ser evaluados, diagnosticados y tratados, incluso de forma interdisciplinaria, sin mayores dificultades. En segundo lugar, hay evidencia significativa que indica que los pacientes son capaces de adaptarse fácilmente y establecer una relación proveedor-paciente favorable como sucede en la atención presencial. En tercer lugar, la evaluación psicológica más común realizada por este medio comprende principalmente la entrevista de diagnóstico y la utilización de escalas e instrumentos de calificación diagnóstica. Por último, la literatura publicada que aborda temas de eficacia y efectividad, inclusive estableciendo comparaciones entre una y otra modalidad -virtual y cara a cara- referidas a la capacidad de diagnóstico y tratamiento de cuadros psiquiátricos, como se ya se indicó, refleja una tendencia muy positiva (Olivos Aragón, 2020; Soto-Pérez & Franco-Martín, 2018).

No obstante, la telepsicología también supone desventajas, algunas de ellas asociadas a determinados riesgos. Dichas desventajas se ven reflejadas esencialmente en la ausencia de límites claros en cuanto al marco legal - incluyendo los distintos componentes del consentimiento informado -, la vulnerabilidad a la que se ve expuesta la confidencialidad de los datos - seguridad informática -, la falta de competencia del profesional o idoneidad del paciente como destinatario

de su práctica, el rechazo de esta modalidad por parte de algunos profesionales, las limitaciones en el acceso a información no-verbal relevante, y el escaso o nulo interés por el desarrollo de protocolos pertinentes, formación y/o actualización en el área (APA, 2013; Martín, Millán & Campbell, 2020).

En tal sentido, el entrenamiento para formarse como un terapeuta competente a la hora de brindar un servicio de este tipo no se refiere únicamente a estar familiarizado con la existencia de la psicoterapia online, sino a la adquisición concreta de conocimientos específicos vinculados con estas formas de atención en sentido amplio. Por desgracia la información que permita vehicular este proceso formativo indispensable es bastante limitada, debido a la escasez de programas de formación y de supervisores. Como se ha dicho, un psicoterapeuta que se desempeña en telepsicología debería poder reconocer distintas formas de potenciar la confidencialidad y privacidad de las comunicaciones, lo que, a su vez, implicaría un acercamiento a otras áreas de conocimiento como la informática. Del mismo modo, se considera fundamental el conocimiento de las cuestiones legales y éticas que han ido adoptando los distintos países, agencias y asociaciones profesionales en cuanto al uso de estos recursos. Además, resulta fundamental que el profesional adquiera destrezas que le permitan determinar qué “psico-tecnologías” son indicadas para cada tipo de consultante y en qué punto del proceso deben ser utilizadas, quién es el profesional más indicado para otorgarla - si se tratase de un admisor -, y cómo realizar las combinaciones más apropiadas sin perder de vista los cuidados habituales (De la Rosa, 2021; Soto-Pérez et al., 2016).

También se deben tener en cuenta la posibilidades que tienen los terapeutas de adoptar ciertas conductas compensatorias en un intento por mitigar las desventajas mencionadas, tales como: 1) hacer más explícita, evidente o exagerada la comunicación no verbal, incluyendo aquí los cambios de tono e inflexiones de voz; 2) efectuar un número importante de preguntas sobre la conducta no-verbal de los consultantes para evitar errores de interpretación; 3) si fuera posible, ofrecer algún tipo de contacto cara a cara durante los primeros encuentros del proceso para favorecer el establecimiento de la alianza, lo que proporciona un contexto para evaluar futuras interacciones a distancia; 4) prestar especial atención a los retrasos en la comunicación o *delay* típicos de algunas aplicaciones, que pueden llevar a la superposición de mensajes entorpeciendo la interacción; y 5) pactar vías de comunicación alternativas en caso de que se presenten problemas de conexión o se pierda la comunicación, buscando en la medida de lo posible, comenzar de

manera preventiva por los temas centrales (De la torre Martí & Pardo Cebrián, 2018; Soto-Pérez et al., 2016).

Por lo tanto, adviértase que, si bien en términos generales el proceso de evaluación psicológica online sigue los mismos principios de la modalidad presencial, requiere que el psicólogo clínico sea capaz no sólo de adaptar sus habilidades de comunicación e instrumentos, sino también de ampliar sus recursos personales. En consecuencia, lo esperable es que el profesional posea un conocimiento tal que le permita modificar sus prácticas para lograr ajustarse apropiadamente a las demandas del contexto, sin alterar en el proceso la esencia de su labor, procurando en todo momento la calidad y seguridad correspondientes (De la torre Martí & Pardo Cebrián, 2018).

Con todo lo anterior, a continuación, se recogen las ventajas y desventajas del proceso diagnóstico en el marco de la atención psicológica que exhiben el total de las investigaciones hasta aquí mencionadas, como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1.

Ventajas y desventajas del proceso diagnóstico en el marco de la atención telepsicológica

Ventajas	Desventajas
- Mayor accesibilidad y equidad.	- Rechazo en la implementación por parte de algunos profesionales (prejuicios y resistencia al cambio).
- Mayor disponibilidad de profesionales y de atención especializada.	- Profesionales poco calificados desde el punto de vista técnico.
- Mayor flexibilidad y disponibilidad horaria.	- Escasa formación disponible.
- Favorece el anonimato y reduce la estigmatización.	- Pérdida de proximidad física y aspectos importantes del lenguaje no verbal.
- Reducción de costos.	- Dificultad para evaluar con claridad el vínculo establecido.
- Favorece el trabajo interdisciplinario.	- Requerimientos y determinantes tecnológicos.
- Ajuste con las tendencias actuales.	
- Margen para la creatividad en el desarrollo e implementación de los procesos	
- Disponibilidad continua.	

-
- Mayor adherencia.
 - Capacidad de monitorear resultados.
 - Eficacia probada en el diagnóstico y posterior tratamiento de diversos trastornos.
 - Necesidad de adaptar la práctica (reencuadre) y continuar desarrollando protocolos
 - Límites poco claros desde el punto de vista de la regulación de la práctica (aspectos éticos y legales).
 - Vulnerabilidad en la confidencialidad de los datos (seguridad).
 - Riesgos asociados a la dependencia, desinhibición y aislamiento.
 - Mayor interferencia en la capacidad atencional.
 - Necesidad de continuar investigando.
-

Para finalizar, puede decirse que la implementación de la tecnología en la práctica psicológica ha llegado para quedarse, y que la telepsicología en sí es una herramienta de intervención prometedora cuya utilización seguirá una tendencia ascendente durante los próximos años. Sin embargo, por valiosa que sea en tanto recurso, se está lejos de alcanzar una práctica ampliamente consolidada y se deben continuar explorando las limitaciones vigentes para brindar la máxima calidad de atención, puesto que la mayoría de los estudios actuales sólo revelan evidencia consistente para: a) determinados formatos (principalmente teléfonos, internet y VC); b) enfoques o modelos terapéuticos (esencialmente de orientación cognitiva-conductual); y c) el diagnóstico y tratamiento de ciertos trastornos mentales (Cabas-Hoyos, 2020; Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2021; Varker et al., 2019).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo Cualitativo.

4.2 Participantes

Participaron un total de cuatro psicólogos clínicos (dos varones y dos mujeres, de entre 28 y 43 años de edad) que forman parte del equipo terapéutico de un centro privado especializado en salud mental ubicado en el Conurbano, que brinda atención en modalidad virtual con una orientación cognitivo-conductual. Entre dichos profesionales, ambos varones (Lic. M y Lic. S) ejercen como admisores de la institución y uno de ellos, además, se desempeña como supervisor (Lic. S). Por su parte, de las participantes mujeres, una se desempeña como supervisora (Lic. N) y otra como psicoterapeuta, recientemente incorporada al staff de admisores (Lic. J).

4.3 Instrumentos

En primer lugar, se llevó a cabo una observación participante de las entrevistas de admisión que se desarrollan en la institución con una frecuencia mensual. Luego se hizo uso de un cuestionario autoadministrable diseñado en Google Forms específicamente para este trabajo. Además, se le realizó a cada profesional (previa manifestación de conformidad) una entrevista semiestructurada por videoconferencia o mensajería instantánea - según disponibilidad - destinada a ampliar la información obtenida sobre el cuestionario antes mencionado, centrada en: 1) la caracterización de la entrevista de admisión en modalidad virtual; 2) la exploración de los criterios y herramientas que contemplan los profesionales para efectuar un diagnóstico en modalidad virtual; y 3) las ventajas o desventajas que supone para cada profesional un proceso diagnóstico llevado a cabo en forma remota.

4.4 Procedimiento

Para poder administrar el cuestionario, los profesionales que participaron fueron contactados durante la práctica realizada en la institución a través de la coordinadora del centro. A continuación, se estableció una comunicación directa con cada uno de ellos para enviar el enlace del mismo vía mensajería instantánea o mail. Una vez que los participantes completaron los cuestionarios y los enviaron, éstos fueron recibidos y almacenados automáticamente en la nube.

Luego se procedió a organizar y jerarquizar la información brindada en cada una de las respuestas de acuerdo a los ejes previstos, con arreglo a los objetivos del presente trabajo. En caso de que los participantes prestaran conformidad en la encuesta y decidieran facilitar sus datos de contacto, éstos fueron ubicados para pactar una única entrevista con la duración estimada de 30

minutos por el medio indicado según preferencias personales - incluyendo algunos intercambios vía WhatsApp.

Por último, la observación de las entrevistas de admisión se realizó con una frecuencia mensual y una duración estimada de 40 minutos, en el transcurso de los cuatro meses de práctica profesional previstos.

5. Desarrollo

5.1 Las características de la entrevista de admisión con una modalidad de atención virtual en un centro privado de psicoterapia

Con la finalidad de conocer las características de la entrevista de admisión con una modalidad de atención virtual en el centro privado de salud observado y, del mismo modo, dar cuenta de lo planteado en los objetivos subsiguientes, los profesionales psicólogos que han decidido participar en forma voluntaria han respondido en primera instancia a una serie de preguntas (cuestionario) confeccionado en Google Forms. Posteriormente se ha profundizado vía mensajería instantánea en alguna de las respuestas e inclusive se ha entrevistado a dos de ellos. Por consiguiente, para mantener el anonimato de los profesionales involucrados buscando garantizar la confidencialidad de sus respuestas y facilitar al mismo tiempo la comprensión del desarrollo que se hará a continuación, de aquí en adelante los participantes serán referidos como Lic. M., Lic. S., Lic. N. y Lic. J.

En lo que atañe específicamente al dispositivo de admisión, el Lic. M refiere que a la institución llegan pacientes todas las semanas de diferentes maneras, en la mayoría de los casos derivados de las obras sociales con las cuales se trabaja. Al respecto, el Lic. S. añade que en varias oportunidades la institución actúa como centro “tercerizado de tercerizado”, siendo ellos convocado a su vez por otros centros que brindan atención en salud cuando aquellos se ven desbordados por la demanda. Este es un dato relevante puesto que cada institución - incluidas aquellas que derivan a los pacientes en primera instancia y la institución analizada - lleva a cabo un manejo bastante diferenciado de lo que sería la primera entrevista en el marco del proceso de admisión (Soave & Juaneu, 2018).

Mientras que algunos centros que establecen ese primer contacto para iniciar dicho proceso se valen exclusivamente de la implementación de una única llamada telefónica de corta duración

como acción previa a la derivación con un profesional psicólogo - aspecto que limita o condiciona fuertemente la información disponible, esencialmente paraverbal - (Sierra et al., 2001), en la institución observada se instrumenta necesariamente una videollamada que debe cumplir con una serie de requisitos (APA, 2013; Martín et al., 2020; Sierra et al., 2001). El Lic. S. y la Lic. J. comentan que, al margen de la situación inicial que motiva la petición de un proceso de admisión - si se trata de un particular o de otra institución -, en todos los casos se coordina un turno con la secretaria del centro, quien detalla los requerimientos técnicos y los pasos a seguir especificando que el encuentro consistirá en una videollamada a través de la aplicación WhatsApp. Esto se debe a que los propios profesionales entienden que la mayoría de los pacientes con los que se trabaja poseen un teléfono celular con dicha aplicación instalada y datos móviles o conexión a internet. Sólo en aquellos casos en los que el paciente no disponga de las herramientas necesarias para hacer viable esa modalidad, o en su defecto no posea cualquier otro dispositivo que pudiera reemplazarlo eficazmente, recién entonces se buscará realizar la admisión por una llamada telefónica convencional conforme a las posibilidades actuales de ese consultante (De la Rosa, 2021; Soto-Pérez et al., 2016).

Esta distinción relativa a lo deseable reflejado desde la propia institución que recibe la demanda, es especialmente importante si la entrevista psicológica es concebida en los términos de Bleger (1964), como una técnica o instrumento primordial para el acercamiento inicial entre terapeuta y paciente a la hora de recoger los datos pertinentes para encausar un posterior tratamiento. Dicho esto, es esperable que todos los profesionales consultados coincidan en la importancia y utilidad de emplear las herramientas o dispositivos tecnológicos que permitan sostener un nivel de intercambio análogo al contacto personal directo o cara a cara, esto es, procurando el uso de canales de información que permiten conservar el componente visual y auditivo de manera simultánea y sincrónica (De la Rosa, 2021; Olivos Aragón, 2020; Soto-Pérez et al., 2016; Soto-Pérez & Franco-Martín, 2018).

Ahora bien, aludiendo concretamente a la dinámica del dispositivo de admisión planteado desde el centro observado, la videollamada en cuestión tiene una duración total aproximada de cuarenta minutos. Para el Lic. M. y el Lic. S, uno de los objetivos principales buscados en esta primera instancia - aunque esto pudiera extenderse más allá del primer encuentro - tiene que ver con la necesidad de arribar a un diagnóstico presuntivo como plantea Muñoz et al. (2019) basado en el DSM-IV - manual de referencia sugerido por las obras sociales con las que se trabaja en

forma conjunta -, llegando a delimitar, si fuera el caso, aquella entidad clínica que permita estructurar los pasos siguientes (Camacho, 2006; Scharfetter, 1988). En consecuencia, el otro aspecto importante señalado por ambos profesionales, se vincula con la posibilidad de plantear las primeras estrategias o líneas de abordaje, como punto de partida para el inicio de una labor terapéutica clara y definida como establece Colín Gorráez et al. (2009).

Para tales fines, durante la entrevista de admisión el profesional, o bien, un pasante de psicología que lo acompañe, completa todos los campos de una ficha que contiene no sólo los datos de filiación y contacto, sino también algunos cuadros en blanco reservados para el diagrama de la composición familiar o *genograma*, motivo de consulta e hipótesis diagnóstica, y el esbozo de una serie de observaciones que le servirán posteriormente al profesional que eventualmente tomará al paciente, para establecer y contrastar dicha hipótesis en el marco de la formulación de caso (Johnston & Dallos, 2014). La información que contiene la ficha se envía luego por correo electrónico al profesional indicado, se carga en un sistema de gestión privado o personalizado que posee la institución y esto constituye la base de la historia clínica del paciente. Al respecto, el Lic. M. especificó que todo accionar terapéutico queda documentado en el sistema.

Aun así, por las características inherentes a la virtualidad, los profesionales advierten que la normalidad en el desarrollo de dicho proceso muchas veces se ve obstaculizada por desperfectos o fallas técnicas. En este sentido, cuando se pregunta por un encuadre previo que obre de aclaración para el consultante - más allá de informar los medios por los que se realiza la entrevista - frente a, por ejemplo, una pérdida o interrupción de la conexión, las respuestas no exhiben una pauta unificada (De la torre Martí & Pardo Cebrián, 2018; Soto-Pérez et al., 2016). La posibilidad de solventar dichos inconvenientes entonces, depende de la particularidad de cada caso y del propio profesional a cargo en ese momento, aunque en la mayoría de las oportunidades se resuelva ofrecer un nuevo turno. La Lic. J. refiere que en caso de que suceda algo que impida continuar con la entrevista, al menos si no se han logrado reunir los datos necesarios para cumplir con los objetivos ya mencionados, o bien, si el paciente no se presenta a la consulta prevista, interviene nuevamente la secretaria para pactar otro encuentro. Otra posibilidad es que el paciente se comunique directamente con el profesional y reprogramen la admisión de mutuo acuerdo.

Sin embargo, las dificultades que se pueden presentar durante la etapa de admisión no siempre están vinculadas al buen o mal funcionamiento de la tecnología. Al respecto el Lic. S. comenta que, en varias oportunidades, los pacientes atienden el llamado que da inicio a la admisión

en cualquier otro lugar que no es el domicilio particular “porque piensan que el profesional solo le va a realizar unas pocas preguntas”. En estos casos, el psicólogo procede a aclarar la necesidad de un espacio tranquilo donde se pueda preservar la intimidad y brindar atención con plenitud, optando por reprogramar el encuentro. Para el Lic. S. la forma en la que el paciente responde a este primer contacto, dependiendo de las circunstancias, denota ciertas características o facetas del paciente y constituye un indicador que puesto en contexto puede adquirir un valor diagnóstico importante (Vallejo Ruiloba, 2011).

Un último aspecto a destacar, es el proceso decisorio que deben efectuar los admisores del centro observado a la hora de derivar al consultante, tal como lo describe Rubistein (2014). Sobre los criterios de derivación, para la Lic. J. las opciones a considerar se desprenden de la comparación entre las características del paciente y el estilo terapéutico de los profesionales que integran el equipo. En un mismo sentido, el Lic. S. subraya el criterio y la experiencia del propio admisor, quien conoce los perfiles de los demás terapeutas. Por su parte, el Lic. M. pondera características tales como la edad, género y disponibilidad horaria de otros profesionales. Cabe añadir que los psicólogos de la institución no cuentan con ningún tipo de protocolo como sugieren De la torre Martí y Pardo Cebrián (2018) a la hora de determinar si la atención virtual es apta o recomendable en determinados tipos de pacientes. El Lic. S. declara que el centro solo brinda momentáneamente atención virtual, mientras que la Lic. J. y el Lic. M. se extienden sobre la importancia del criterio del profesional y la posibilidad de realizar una derivación. Los tres psicólogos coinciden en el hecho siguiente: si el paciente no desea ser atendido en forma virtual o por diversos motivos no se puede realizar una valoración clínica precisa, el caso es derivado a otros profesionales que atiendan en forma presencial.

5.2 Los criterios profesionales y las herramientas utilizadas por los psicólogos para efectuar el diagnóstico con una modalidad de atención virtual en un centro privado de psicoterapia

Lo primero a destacar es que algunos de los profesionales consultados ya habían tenido experiencias previas en la atención y diagnóstico de pacientes con una modalidad virtual, antes de la llegada de la pandemia. Dicha aclaración resulta pertinente ya que en algunos casos permite explicar la tendencia a sostener la utilización determinados criterios o herramientas en ambas modalidades. Tal es el caso del Lic. S. y la Lic. N, en donde ambos terapeutas ya se encontraban atendiendo a personas radicadas en el interior de nuestro país, y a argentinos con estadía en Europa

que deseaban recibir atención de profesionales locales, a modo de lo planteado por De la Rosa (2021) y Soto-Pérez et al. (2016) en relación a la superación de las barreras geográficas y las preferencias individuales por esta forma particular de atención. Aquí también se puede incluir lo dicho por la Lic. J. que, aunque ha declarado no tener experiencia previa en atención remota antes de las restricciones impuestas por la cuarentena, manifestó que “le empezó a pasar en pandemia que le han llegado pacientes de otras provincias y países, y esto habilitó mucho ese campo y también ese miedo a trabajar de forma virtual”, como indicador de lo señalado por Cabas-Hoyos (2020) vinculado al incremento de la oferta y la necesidad de extender el debate sobre este tema. Al respecto, los terapeutas coinciden en que la mayoría de los pacientes llegaron por derivación o recomendación, o bien, vía internet a través de publicidad y promoción en línea como describen algunos autores (Nelson et al., 2011; Soto-Pérez et al., 2010). Para brindar atención en estos casos (APA, 2013), el Lic. S. dice utilizar el servicio de videoconferencias “Zoom” - mismo servicio utilizado en la institución observada para los espacios de supervisión y jornadas mensuales de actualización - y La Lic. N. la plataforma “Skype”, añadiendo que gran parte de los casos tomados pre pandemia se trataban de cuestiones de “ciclo vital”, sin diagnóstico inicial de patología o trastorno específico en los términos de la nosografía vigente.

Si bien el Lic. S. y la Lic. N. declaran no percibir grandes diferencias entre la modalidad presencial y virtual a los fines de la labor diagnóstica, establecen en este punto una importante diferencia a nivel personal. Mientras que el Lic. S. alega sentirse cómodo desde el inicio con la modalidad de trabajo online - hecho que favoreció para él la transición a la obligatoriedad de la atención con esta modalidad en la coyuntura impuesta por la pandemia -, la Lic. N. expresa no haberse sentido del todo cómoda o segura. En este sentido, expone haber comenzado “para probar”, notando luego una diferencia importante en cuanto a la incorporación de esta forma de trabajar en función del contexto. Esto se explica desde su perspectiva señalando que antes de la pandemia era posible escoger entre una y otra modalidad, pero luego del aislamiento obligatorio impuesto por las autoridades nacionales, se llegó a que dicha forma de comunicación y contacto a través de la tecnología “se socializara” y, en su caso particular, se “naturalice y generalice a todos los ámbitos y aspectos” logrando incorporarlo inevitablemente de otra manera (Argüero Fonseca et al., 2021; Cabas-Hoyos, 2020).

Por lo que se refiere específicamente a la construcción del diagnóstico en modalidad virtual, en un nivel más general y siguiendo lo expuesto en el párrafo anterior, la mayoría de los

terapeutas consultados reflejan un cierto grado de acuerdo frente a la existencia de pocas limitaciones o diferencias al comparar las modalidades virtual y presencial; aunque sea posible pesquisar una serie de salvedades cuando se extienden en el desarrollo de determinadas respuestas con un mayor grado de profundidad, como se puede apreciar más adelante. Para la Lic. N. la aseveración que se establece en las primeras líneas se debe fundamentalmente a que “el instrumento es la entrevista psicológica y en ese sentido la entrevista es igual de forma presencial o virtual, porque se trata de una conversación” (Bleger, 1964; Buela-Casal & Fernández, 2001), sin tener por costumbre el añadido de tests o escalas complementarias. A esta idea, se suma el hecho de que los profesionales mantengan dos formas integradas de proceder a la hora de efectuar el diagnóstico de manera remota, del mismo modo en que dicen operar en forma presencial (Fernández-Álvarez & Fernández Álvarez, 2017). Por un lado, realizan el diagnóstico de trastorno - que puede o no estar presente - nombrado por el DSM-IV (Sadock et al. 2015), mediante una serie de preguntas relacionadas con los distintos aspectos del problema que trae el paciente (Beck, 1995). Por otro, un diagnóstico de corte sistémico “situacional o de circuito” como señalan puntualmente la Lic. N. y la Lic. J., que contempla el contexto, etapa de ciclo vital de la persona, sus vínculos, y la relación de todo aquello con la problemática en sí que motiva al paciente a consultar (Prada Villalobos, 2013; Wainstein, 2002; Wainstein, 2006). De modo que ambas psicólogas junto con el Lic. S., insisten en la importancia de “estar atentos” a la hora incorporar en el proceso diagnóstico toda la información adicional (Bertini 1981; Fernández-Ballesteros, 2013) que ofrece la posibilidad de observar al paciente en su propio hogar.

Así mismo, - a diferencia de la Lic. N. - la Lic. J. agrega que una vez evaluada la situación global del paciente llegando a un punto que permita delinear “si se trata más de una cuestión de ciclo vital o hay un trastorno” y, si se llega a establecer lo segundo, se puede dar paso ocasionalmente a la administración de ciertas escalas o instrumentos dependiendo de la hipótesis diagnóstica que se maneje; los que podrán ser administrados en forma sincrónica o enviados vía mail si son autoadministrables, procurando mantener la fiabilidad y validez correspondientes (Fernández-Ballesteros, 2013; Macías Morón & Valero Aguayo, 2018; Olivos Aragón, 2020; Soto-Pérez & Franco-Martín, 2018).

Por otra parte, los profesionales exhiben cuestiones vinculadas a la implementación de estrategias o conductas compensatorias para mitigar posibles las limitaciones que ocasionalmente les impone el uso de la tecnología en el devenir del proceso diagnóstico online (De la torre Martí

& Pardo Cebrián, 2018; Soto-Pérez et al., 2016). El Lic. S. sitúa la necesidad de apelar muchas veces a la “repetición” de lo que el paciente ha dicho cuando la señal falla o el audio no es del todo claro: “... tenés que repetirle al paciente, organizar la información, reformular lo que te dijo para confirmar que se recibió correctamente el mensaje y a veces te pasa que uno le devuelve eso al paciente y quizás te contesta que no escuchó bien”. Esto comprende también la cuestión del “delay” que puede llevar por momentos a que los discursos del paciente y terapeuta se “superpongan”, y el intercambio sea más dificultoso e inclusive confuso. De manera similar, la Lic. N. plantea lo siguiente: “como la comunicación no verbal es un detalle más fino que cuesta un poquito más contemplar desde la virtualidad, uno debe intentar traducirlo y ponerlo en palabras. Por ejemplo, uno decir noto que te pusiste algo tenso cuando te pregunté tal cosa o uno mismo decir lo que siente cuando el paciente refiere ciertas cuestiones, para que esto no se pierda”.

Otro punto significativo referido sin excepción por todos los participantes en cuanto a la atención virtual para la construcción y/o verificación de las hipótesis diagnósticas, guarda relación con los espacios de supervisión y, en algunos casos, la interconsulta. Con respecto a las supervisiones, con la expansión de la telepsicología (APA, 2013; Argüero Fonseca et al., 2021) los profesionales comparten la noción de que dichos espacios son de vital importancia para la construcción y monitoreo de todo el proceso, especialmente para los terapeutas más inexpertos o poco avezados con la tecnología (Martín et al., 2020). Este planteo se vincula a lo expuesto por Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez (2021) con respecto del incremento y la difusión de las supervisiones en las consultas efectuadas por videoconferencias - hecho presentado por dichos autores como una ventaja propia de esta modalidad por su valor formativo -. En cuanto a la interconsulta, el Lic. M. resalta la necesidad eventual de llevar a cabo una entrevista presencial complementaria - incluyendo si fuera necesario una evaluación psiquiátrica - frente a la sospecha de “casos severos o patologías graves, para no quedarse con la duda y tener una valoración clínica más completa” (De la torre Martí & Pardo Cebrián, 2018) - dejando en claro que no es algo que suceda muy a menudo.

Un dato no menor es que ninguno los participantes del centro dan cuenta de la implementación de guías o pautas pensadas concretamente para ello, que hayan sido elaboradas desde la propia institución - o tomados de cualquier organismo nacional o internacional -, tal como se ha mencionado en el apartado anterior para lo vinculado a la entrevista de admisión (De la torre Martí & Pardo Cebrián 2018; Martín et al., 2020). La única excepción a lo planteado, fue la Lic.

N. quien señaló haber tomado algunos lineamientos del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires y de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPRA). No obstante, la profesional en cuestión considera que los psicólogos “han estado bastante solos durante la pandemia” y que cada quien tuvo que “implementar y construir esta modalidad de atención a partir de la práctica”, al margen de la experiencia previa con la que contara cada terapeuta. Así pues, la Lic. N. reconoce también que “con el trabajo online o la terapia virtual se está caminando en un gris desde todos los sistemas, sistema legal y el sistema clínico, a pesar de que la telemedicina tiene evidencia desde hace más de 30 años en la efectividad para el diagnóstico y tratamiento en terapia, porque ya se practicaba en Estados Unidos y venía funcionando”, hecho que se comprueba en los estudios efectuados por Nelson et al. (2011), Rees y Haythornthwaite (2004), Soto-Pérez et al. (2010) y Soto-Pérez et al. (2016).

Por esta razón la Lic. N. al igual que el Lic. S., admiten con distinto grado de énfasis y preocupación la necesidad de contar con guías de práctica clínica y regulación de la profesión ejercida en esta modalidad (APA, 2013; De la torre Martí & Pardo Cebrián, 2018; Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2021). Desde otra perspectiva, la Lic. J. y el Lic. M. no lo consideran estrictamente necesario. Para la Lic. J. “la adaptación fue bastante fácil, sobre todo para los terapeutas que trabajan supervisándose” generando entre todos cierta organización “sin que sea nada formal”, conversando sobre lo que convenía o no en esta modalidad a distancia y haciendo mucho hincapié en lo que tiene que ver con la historia clínica, esto es, seguir manteniéndola superando “la pérdida de la costumbre que impone la virtualidad, de llegar y abrir la carpeta, porque es un derecho del paciente y una obligación profesional”. Por su parte, el Lic. M. reconoce la existencia de cuestiones no legisladas, pero no considera que la forma de proceder sea tan distinta en una u otra modalidad a un punto que las vuelva imprescindibles.

Por último, vale hacer mención de lo relativo al consentimiento informado. Al respecto el Lic. S. aclara que dicho consentimiento es presentado por el terapeuta a cargo una vez finalizadas las entrevistas preliminares y este puede ser enviado por mensaje o mail dependiendo de cada profesional. El paciente debe firmarlo - puede ser una firma digital inclusive - y cuando se trata de niños debe ser firmado por ambos progenitores. Debe anotarse aquí, que el consentimiento informado no presenta variación alguna respecto de la forma en que usualmente es implementado en la modalidad presencial (APA, 2013; Martín et al., 2020).

5.3 Los beneficios y las dificultades que representa la elaboración del diagnóstico con una modalidad de atención virtual para los profesionales de un centro privado de psicoterapia

En lo pertinente a las ventajas y desventajas vinculadas al diagnóstico con una modalidad de atención virtual, vale decir que algunos de los puntos a desarrollar - como se podrá observar - se desprenden de temas tratados directa o indirectamente en los apartados anteriores. Comenzando por los beneficios que ofrece esta modalidad a la hora de transitar el proceso diagnóstico, lo primero que surge de común acuerdo es lo relativo a la superación de las barreras geográficas (De la Rosa, 2021; Soto-Pérez et al., 2016). En el caso del Lic. S., la Lic. N. y la Lic. J., esto ha quedado en claro cuando se refieren a la posibilidad de evaluar y tratar a pacientes que se están radicados en el interior del país o se encuentran en el exterior. Para estos profesionales, la virtualidad le ofrece tanto al paciente como al terapeuta, una oportunidad única de contacto y acceso al inicio de estos procesos a pesar de la distancia.

De esta manera, un elemento importante destacado principalmente por el Lic. M. tiene que ver también con la movilidad (De la Rosa, 2021; Soto-Pérez et al., 2016). El terapeuta señala que muchos de los pacientes “no quieren volver a la presencialidad” una vez experimentada esta modalidad alternativa, esencialmente por cuestiones de tiempo - tránsito o desplazamiento -. Para el Lic. M. esto tiene implicancias positivas en cuanto a la disponibilidad, tanto para el paciente como para el terapeuta. Al respecto, describe que muchos de los pacientes han decidido tener consultas en horarios de los que no podrían disponer en forma presencial y ha llegado a brindarle atención a personas que se encontraban regresando al hogar desde su lugar trabajo. Al mismo tiempo el Lic. M. añade a este planteo la posibilidad de reducir costos (Rees & Haythornthwaite, 2004). En el caso del psicólogo porque le evitaría - si correspondiera - tener que alquilar un espacio específicamente reservado para las entrevistas y, en el caso del paciente, no solo por cuestiones relativas a la eventual utilización del transporte público, sino también, por ejemplo, porque “hay personas que no quieren pagar estacionamiento o saben que se van tomar un café o van comer algo mientras esperan”. Todo lo expuesto hasta aquí según cuentan los profesionales, se traduciría a su vez en otro beneficio patente que tiene que ver - en palabras del propio Lic. M - con “la disminución del ausentismo”.

Otro de los temas ya mencionados con anterioridad que ha demostrado ser una ventaja significativa en la construcción del proceso diagnóstico para todos los participantes, es el que tiene que ver con la implementación y utilización de las supervisiones (APA; 2013; Fernández-Álvarez

& Fernández-Álvarez, 2021). Para la Lic. J. la virtualidad “habilitó bastante estos espacios y generó más oportunidades de encuentro que de otra forma no se hubieran producido”. Esto coincide con lo descrito por la Lic. N., que - siendo una de las profesionales al frente de los espacios de supervisión en la institución analizada - plantea en un nivel más general que toda reunión interdisciplinaria que se pueda hacer en forma remota “funciona bastante mejor que en la presencialidad, porque interfiere mucho menos en la agenda de los colegas y permite tener mayor concurrencia”. Del mismo modo, para el Lic. M. - director del centro - esta forma de trabajo “te permite estar a un clic de tu colega y agiliza un montón la comunicación entre terapeutas”. En consecuencia, aclara que frente a la comodidad que supone contar con estos espacios en forma remota, de aquí en adelante se pretende continuar de la misma manera.

Por otra parte, el Lic. M. subraya la ventaja que ofrece la virtualidad para ser empleada en forma complementaria junto a la modalidad tradicional a la hora de prestar el servicio y efectuar consultas o entrevistas en el marco de un proceso diagnóstico, con vistas al inicio posterior de un tratamiento. A pesar de aquello, sostiene que no todos los consultantes pueden ser evaluados o atendidos correctamente de esta manera: “La virtualidad no es para todos los tipos de pacientes, eso ya es una cuestión de juicio clínico, habría que ver cada caso”. Por consiguiente, en casos graves o delicados desde el punto de vista clínico, se pueden pautar encuentros presenciales para contar con una evaluación más detallada y comenzar luego el tratamiento a distancia, o incluso alternar con cierta frecuencia entre ambos formatos para llevar a cabo un control y seguimiento adecuados como sostienen De la torre Martí y Pardo Cebrián (2018).

Desde otro lado, la Lic. N. delimita un claro beneficio en el abordaje diagnóstico de pacientes cuyas dificultades se corresponden con, por ejemplo, una agorafobia u otros trastornos de ansiedad (Arias Beatón, 1999; Sadock et al. 2015). Al respecto, la terapeuta expresa que “si no fuera por la virtualidad posiblemente muchas de estas personas por los síntomas de ansiedad, sobre todo en la pandemia con el temor al virus y la salida a esta nueva normalidad, no hubieran consultado, porque no hubieran tenido la motivación suficiente para salir y acercarse al consultorio”. Para la Lic. N. de lo anterior se desprenden que las propias motivaciones y dificultades que presenta el paciente adquieren un valor diagnóstico notable, y que dicho proceso diagnóstico - también su tratamiento - en forma remota puede ser eficaz para este tipo de patologías como lo sería un abordaje presencial, tal como se evidencia en los estudios de Cabas-Hoyos (2020),

Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez (2021), Olivos Aragón (2020), Soto-Pérez y Franco-Martín (2018), y Varker et al. (2019).

En cuanto a las desventajas, uno de los principales elementos señalados por los profesionales del centro es el que tiene que ver con la comunicación no verbal (De la torre Martí & Pardo Cebrián, 2018). Para la Lic. J. se trata del aspecto más limitante y es el que hace que la construcción del diagnóstico sea más dificultosa, sobre todo cuando se trabaja con niños: “cuesta un poquito más, con la cámara ves, pero no podés captar todo de la misma forma, más que nada por lo analógico. En el consultorio las cosas son mucho más fáciles de hacer”. Esta opinión es compartida por el Lic. S. quien suma al planteo anterior la dificultad que supone trabajar con un niño cuando está en la casa con sus familiares, puesto que muchas veces “los padres están presentes queriendo escuchar y te contestan las preguntas por el nene o están los hermanitos jugando y molestándolo”. Por estas mismas razones, el Lic. M. dice preferir no trabajar con niños y tampoco con parejas - salvo en orientación a padres -, ya que considera en muchos casos “las personas no estaban preparadas para las consultas en forma virtual... Trabajando con parejas te pasa que se muestra un rato uno y un rato otro o se hablan encima y si el audio no es muy bueno, se te complica mucho”.

Sin embargo, la cuestión de preservar la intimidad no es algo que se ponga en juego únicamente a la hora de trabajar con niños. Para el Lic. M. esto le puede ocurrir tanto a pacientes adultos como al propio terapeuta: “a mí también me ha pasado que se escuchen los gritos de mis hijas de fondo o que me toquen la puerta, aunque el paciente suele entender que estamos todos más o menos en la misma... También te cambia mucho si vivís en una casa o departamento, no es mi caso yo tengo la suerte de tener una casa bastante grande, pero hay muchos colegas que viven en un departamento quizás más chiquito y es un problema”. No obstante, - como se ha indicado en otros apartados - para el Lic. S. y la Lic. N. la contrapartida de estas cuestiones situadas en principio como desventajas es que todas las características relativas al contexto habitacional del paciente y su modo singular de interactuar con quienes pudieran estar presentes, constituyen también una fuente de información adicional para incorporar en la elaboración del diagnóstico (Bertini, 1981; Fernández-Ballesteros, 2013).

Otra de las limitaciones que encierra el discurso de los profesionales tiene que ver, desde luego, con las posibles fallas en la propia tecnología, o bien, en el mal uso que se haga de ésta (APA, 2013; Martín et al., 2020). Al Lic. S. -según cuenta- le ha tocado realizar consultas o

admisiones a personas que se encontraban en ambientes muy ruidosos como bares u oficinas, pero también con dispositivos de audio y video con muy baja definición o rendimiento. Cuando esto sucede, el profesional manifiesta que debe realizar “un esfuerzo extra para concentrarse en lo que el paciente hace o dice”, y eso particularmente “lo agota”. En este sentido, cuando las dificultades técnicas entorpecen demasiado el normal desempeño de la tarea, el terapeuta prefiere “cerrar con una idea y reprogramar el encuentro para continuar después de otra manera”. Aun así, el psicólogo en cuestión aclara que no siempre las dificultades con la tecnología se deben a problemas de funcionamiento específico en los dispositivos como pueden ser la pérdida de señal o conectividad a internet, sino que muchas veces es el mismo paciente quien no está preparado o no cuenta con la información necesaria para utilizarlos correctamente.

Desde otra perspectiva, el Lic. M. menciona que en ocasiones también el terapeuta puede tener ciertos reparos o dificultades a la hora de desempeñar su labor clínica mediante el uso de las TICs. Para autores como Martín et al. (2020), el rechazo de esta modalidad de atención por parte de los psicólogos se puede explicar, entre otras cosas, por una falta de interés general en el formato, por una falta de competencia profesional, o bien, por una escasa o nula de formación y actualización en el área. Así, el Lic. M. manifiesta que antes de la pandemia se negaba a atender de forma virtual “quizás por prejuicio o por desconocimiento”, a lo que añade “a nosotros no nos formaron para atender en la virtualidad”. A pesar de todo, señala que luego de comenzar a brindar atención de esta manera con la llegada de la pandemia, notó que se podía trabajar mucho mejor de lo esperaba.

Para finalizar, se retoma la cuestión de la ausencia de regulaciones en los procedimientos virtuales referidos por los licenciados S. y N. en el apartado anterior. Para la Lic. N. el escenario actual de la atención en salud mental amerita la existencia de “un marco de regulación legal, sobre todo por esto del secreto profesional, por estar manejándonos a través de sistemas de comunicación dónde cada uno elige si es WhatsApp, Zoom o la aplicación que sea, y hay que ver las normas de seguridad que tienen”, en línea con las sugerencias de guías como la de APA (2013), y los planteos de autores como Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez (2021) o Martín et al. (2020). En otras palabras, la profesional sitúa la importancia de contar con un estudios más profundos - al menos a nivel local - y, en sus propios términos, con “algunas guías sobre recomendaciones o lineamientos relativos a la ética profesional con la implementación de esta modalidad, de todas estas formas de proceder con la virtualidad”.

6. Conclusiones

6.1 Objetivos

El presente trabajo ha tenido como pretensión original abordar de la manera más completa posible cuáles fueron los desafíos que debieron enfrentar los profesionales psicólogos de un centro privado especializado en salud mental a la hora de adaptar su práctica a una modalidad de atención virtual específicamente en materia del proceso diagnóstico, especialmente en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Si bien se sostiene haber logrado dar respuesta a los objetivos inicialmente planteados, como consecuencia de las características coyunturales expuestas por la propia pandemia, ha sido difícil para el pasante ampliar o profundizar la información brindada por los participantes. Esto se debe, desde luego, a que la práctica propuesta fue realizada en su totalidad de manera online, quedando excluida la posibilidad de mantener un contacto directo con cada uno de ellos. De todos modos, se ha buscado responder de la forma más acabada posible a las principales inquietudes, recogiendo la totalidad de la información pertinente disponible y considerando todas las variables implicadas en los objetivos de este trabajo.

Con respecto al primer objetivo que plantea describir las características de la entrevista de admisión con una modalidad de atención virtual, se han expuesto el funcionamiento global del dispositivo de admisión de la institución, las decisiones que deben tomar los profesionales y las particularidades que cada uno le imprime al procedimiento (Rubistein, 2014). Se ha ilustrado como los licenciados S., M. y N. llevan a cabo las admisiones en forma remota de todos los pacientes que son derivados al centro desde las obras sociales u otras instituciones, quienes serán, a su vez, eventualmente derivados luego con los demás terapeutas que integran el staff de profesionales. Adicionalmente, se establece como a través de la confección de un informe o ficha que integra la historia clínica informatizada, se recoge toda la información necesaria para que el profesional a cargo del caso pueda iniciar la orientación o tratamiento requeridos (Colín Gorráez et al., 2009).

En cuanto a los criterios profesionales y las herramientas utilizadas por los psicólogos para efectuar el diagnóstico con una modalidad de atención virtual, este segundo objetivo ha sido quizás el que presentó mayores dificultades en su abordaje y desarrollo. Esto se debe en buena parte al intento que han reflejado los profesionales por adaptar y sostener la continuidad de ciertas prácticas

en ambas modalidades - online y presencial - de un modo semejante, lo que redundaba en respuestas tentativas del estilo “no encuentro grandes diferencias” o “son muy pocas”. No obstante, fue posible extraer un abanico significativo de elementos que se desprenden de situaciones o experiencias concretas en la elaboración del diagnóstico con dicho formato. Entre todos estos, se destacan principalmente el carácter auxiliar de las supervisiones de equipo e interconsultas (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2021), la implementación de conductas o estrategias compensatorias para corroborar y organizar la información (De la torre Martí & Pardo Cebrián, 2018; Soto-Pérez, 2016), la adaptación de los instrumentos, o bien, la utilización de canales de comunicación alternativos para que estos estén al alcance del paciente (De la torre Martí & Pardo Cebrián, 2018) y, por último, la capacidad de incorporar e integrar al proceso diagnóstico toda la información que se desprende de una observación detallada del contexto vincular y habitacional del paciente (Bertini, 1981; Fernández-Ballesteros, 2013).

Por otra parte, en lo referido al tercer objetivo que plantea la indagación acerca de los beneficios y las dificultades que representa para los profesionales la elaboración del diagnóstico con una modalidad de atención virtual, se ha logrado - a pesar de las limitaciones señaladas en el párrafo anterior - reunir una cantidad sustancial de información y desplegar una variedad de aristas vinculadas con las ventajas y desventajas percibidas. Lo primero a subrayar en términos generales es el consenso de los participantes sobre el balance positivo que realizan de la atención y construcción del diagnóstico con esta modalidad singular de trabajo. De los múltiples beneficios descritos por los terapeutas consultados, posiblemente la “accesibilidad” en sentido amplio sea la variable que subyace a la mayoría los aspectos contemplados como positivos, explicando en buena medida la inclinación que exhiben para seguir trabajando - de manera total o complementaria - con una modalidad virtual. La flexibilidad o compatibilidad horaria, la reducción de costos, la superación de las barreras geográficas y un menor ausentismo, serían algunos ejemplos de ello (Cabas-Hoyos, 2020; De la Rosa, 2021; Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2021; Olivos Aragón, 2020; Rees & Haythornthwaite, 2004; Soto-Pérez & Franco-Martín 2018; Soto-Pérez et al., 2016; Soto-Pérez et al., 2010).

Ahora bien, entre las desventajas, dejando de lado las cuestiones relativas a una mala utilización de la tecnología o fallas en los dispositivos que directamente imposibiliten el normal desempeño de la tarea profesional, los aspectos más negativos han sido las limitaciones a nivel de la comunicación no verbal, la falta de intimidad y la ausencia de un marco regulatorio que incluye

el tema de la “seguridad” (APA, 2013; De la torre Martí & Pardo Cebrián, 2018; Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2021; Martín et al., 2020).

En función de lo expuesto, queda claro que más allá de las limitaciones experimentadas por cada uno de los profesionales consultados, todos han demostrado poder habituarse a la modalidad de trabajo virtual y la consideran en mayor o menor medida una opción válida y eficaz a los fines diagnósticos, tal como se sugiere en diferentes investigaciones (Olivos Aragón, 2020; Soto-Pérez & Franco-Martín, 2018).

6.2 Limitaciones

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, se pueden señalar algunas cuestiones. Como se ha mencionado, la primera dificultad que se presentó ha tenido que ver con el acceso a la información, no sólo por el propio contexto de la pandemia que impide un contacto directo con los participantes, sino también por el hecho de que los profesionales - según refirieron en más de una oportunidad - se encontraban “sobrepasados por la demanda”. Esta situación llevó a contar con espacios de intercambio muy reducidos, teniendo que pautar unos pocos encuentros con excesiva antelación. Siguiendo el planteo anterior, la práctica profesional realizada en forma virtual ha condicionado la disponibilidad de la institución, haciendo que el tiempo se sitúe como una variable limitante y que la recolección de los datos e información pertinentes se convierta en una tarea verdaderamente compleja.

Por estas razones, en lo que hace al aspecto metodológico y operativo, no se ha logrado entrevistar de manera sincrónica a todos los terapeutas. Por otra parte, tampoco se pudo participar de varias entrevistas de admisión como hubiera sido deseable, puesto que no todos los admisores del centro accedieron a contar con la presencia del pasante a la hora de llevar adelante dichos procedimientos.

Desde otro lado, se pueden señalar limitaciones teóricas frente a la dificultad de encontrar material bibliográfico de producción local, por ejemplo, del Ministerio de Salud u otros organismos o entidades nacionales en los que se trate específicamente las cuestiones relativas a la seguridad de la información y el secreto profesional, y proporcione un marco ético concreto para el despliegue de la labor diagnóstica con una modalidad de atención virtual. Esto hubiera permitido establecer una línea base o de referencia óptima para delimitar otros puntos de contacto relevantes a la hora de valorar el desempeño profesional.

6.3 Aporte personal y perspectiva crítica

Tal como ha sido señalado Arias Beatón (1999), el diagnóstico en psicología es un proceso dinámico, necesario y complejo, que debe ser capaz de capturar y contemplar al mismo tiempo la diversidad y las características singulares de cada sujeto implicado. En primer lugar, siendo este el punto de partida de toda labor terapéutica adecuada que se precie de ser clara y ordenada (Colín et al., 2009) y, teniendo en cuenta muchas de las limitaciones iniciales referidas por los participantes en la ejecución de dicho procedimiento en forma remota, se establece la necesidad de contar con dos tipos de encuadre bien diferenciados para cada modalidad - a distancia o presencial -. Esto implica fijar de antemano una serie de requisitos técnicos y operativos, tanto para el consultante como para el terapeuta - al margen de las aclaraciones menores sobre la necesidad de contar con determinado programa o aplicación en los dispositivos -, dando un paso hacia adelante en la construcción de la labor diagnóstica y terapéutica con este formato.

De lo anterior, se desprende otro punto a considerar que guarda relación con la ausencia de lineamientos teóricos y prácticos - al menos ofrecidos desde el propio centro -. Cabe preguntarse si se podrían elaborar e implementar guías de orientación con una adaptación idiosincrática para todos aquellos profesionales que estén buscando mantener o incorporar a su práctica, una modalidad de atención virtual. En un mismo sentido, se podrían brindar cursos o talleres de formación y capacitación que abarquen los aspectos necesarios para un uso adecuado de la tecnología y el óptimo desempeño de la tarea profesional, por ejemplo, en los mismos espacios que reserva la institución observada para efectuar las jornadas de actualización todos los meses.

Por último, con respecto al secreto profesional y la seguridad de la información (APA, 2013; Martín et al., 2020), se hace hincapié en la necesidad de aunar criterios entre los diversos agentes u organismos locales comprometidos con el cuidado de la salud mental, para sistematizar la información disponible sobre estos temas y confeccionar una especie de tratado que logre delimitar las consideraciones éticas regulando la práctica. Por otra parte, se podrían pensar en la creación de plataformas o aplicaciones que estén específicamente diseñadas para la telepsicología, cuyo proceso de desarrollo contemple la perspectiva de los usuarios - pacientes - para que sean más accesibles e intuitivas, sin dejar de lado el aspecto fundamental que hace a la confiabilidad, seguridad o protección de los datos. Todo esto permitiría disponer de un marco de referencia que

propicia reglas claras y promueve la responsabilidad y transparencia en el ejercicio de la psicología clínica con esta modalidad de atención alternativa que ha llegado para quedarse.

6.4 Futuras líneas de investigación

Para el desarrollo de nuevas líneas de estudio, a criterio de este pasante, habría que continuar profundizando en las limitaciones que han experimentado los profesionales psicólogos y, también los pacientes, de diversas zonas de la Argentina durante el período de transición a la virtualidad como consecuencia de pandemia; puesto que el presente trabajo no logra encerrar la complejidad que supone, desde el punto de vista teórico y técnico, la realidad vivida en otras regiones del país. Desde otra perspectiva, a pesar de que la modalidad virtual ha evidenciado resultados prometedores desde hace décadas, todavía no se ha demostrado que su eficacia sea superior al formato presencial, o bien, que sea indicado para el abordaje de todo tipo de cuadros psicopatológicos (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2021). Adicionalmente, a nivel local se puede considerar que esta práctica es todavía incipiente, por lo que el contexto actual debería ser tomado como una oportunidad para promover la formación y el desarrollo de investigaciones futuras. Ambas cuestiones serán aspectos claves para lograr un avance en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales incrementando, a su vez, las posibilidades de acceso.

7. Referencias Bibliográficas

- American Psychological Association. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. doi: 10.1037/a0035001
- Argüero Fonseca, M., Cervantes Luna B., Martínez Soto, J., De Santos Ávila, F., Aguirre Ojeda, D., Espinosa Parra, D., & López Beltrán I. (2021). Telepsicología en la pandemia Covid-19: una revisión sistemática. *Uaricha, Revista de Psicología*, 18, 1-10.
- Arias Beatón, G. (1999). El diagnóstico en la psicología. *Revista cubana de psicología*, 16(3), 188-193.
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J., & Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: a systematic review. *Psychological Services*, 9(2), 111-131. doi: 10.1037/a0027924
- Bas Ramallo, F. (1981) Las terapias cognitivo-conductuales: una revisión. *Estudios de Psicología*, 2(7), 91-114. doi: 10.1080/02109395.1981.10821272
- Beck, A. T. (1991). Cognitive Therapy as the Integrative Therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(3), 191-198. doi: 10.1037/h0101233
- Beck, J. (1995/2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización* (A. Ruiz, Trad.). Barcelona: Gedisa. (Obra original publicada en 1995).
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología: Vol. I* (ed. rev.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Benjamin, C. L., Puleo, C. M., Settapani, C. A., Brodman, D. M., Edmunds, J. M., Cummings, C. M., & Kendall, P. C. (2011). History of cognitive-behavioral therapy in youth. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 20(2), 179-189. doi 10.1016/j.chc.2011.01.011
- Bernardi, R. (2014). La formulación clínica del caso: su valor para la práctica clínica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78(2), 157-172.
- Bertini, J. R. (1981). El diagnóstico psicológico en la clínica psiquiátrica. *Revista de Psicología*, 8, 16-21.
- Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica su empleo en el diagnóstico y la investigación. En *Temas de psicología: Entrevista y grupos*. (pp. 9-38). Buenos aires: Nueva Visión.

- Cabas-Hoyos, K. (2020). Eficacia de la Telepsicología en intervenciones del área clínica y de la salud: Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 13(3), 92-201.
- Camacho, J. M. (2003). El ABC de la Terapia Cognitiva. *Fundación Foro*. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/uploads/pdfs/archivo23.pdf>
- Camacho, J. M. (2006). Los diagnósticos y el DSM-IV. *Fundación Foro*. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo15.pdf>
- Caro, C. & Montesano, A. (2016). Una mirada a la formulación de caso en psicoterapia: Introducción conceptual y perspectiva de futuro. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 5-22.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Casullo, M. M. (1996). *Evaluación Psicológica y Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Catálogos.
- Colín Gorráez, M., Galindo Leal, H., & Saucedo Pérez, C. (2009). *Introducción a la entrevista psicológica*. México: Trillas.
- Dahab, J., Minici, A., & Rivadeneira, C. (2016). Técnicas conductuales para la modificación de cogniciones. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, (29), 1-10.
- De la Rosa, A. (2021). Telepsicología: beneficios en el proceso de intervención y consideraciones éticas. *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 3(1), 32-28. doi: 10.22402/j.redes.unam.3.1.2021.370.32-38
- De la Torre Martí, M., & Cebrián, R. P. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Díaz, I. M., Ruiz, M. A., & Villalobos, A. (2017). *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Federación Europea de Asociación de Psicólogos (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Fernández-Álvarez J., & Fernández-Álvarez H. (2021). Videoconferencing Psychotherapy During the Pandemic: Exceptional Times With Enduring Effects? *Frontiers in Psychology*, 12, 1-8. doi: 10.3389/fpsyg.2021.589536
- Fernández-Álvarez H., Consoli, A. J., & Gómez, B. (2016). Integration in Psychotherapy: Reasons and Challenges. *American Psychologist*, 71(8), 820-830. doi: 10.1037/amp0000100

- Fernández-Álvarez H., & Fernández-Álvarez J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 157-169. doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (2ª ed.). Madrid: Pirámide.
- García, H. D., & Fantin, M. B. (2012). Integración en psicoterapia, consideraciones para el desarrollo de un modelo metateórico. *Revista Interamericana de Psicología*, 46(3), 447-458.
- Johnstone, L., & Dallos, R. (2014). Introduction to formulation. En L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in Psychology and Psychotherapy. Making sense of people's problems* (2ª ed.). (pp. 1-17). New York: Routledge.
- Macías Morón, J. J., & Valero Aguayo, L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(2), 107-113.
- Martin, J. N., Millán, F., & Campbell, L. F. (2020). Telepsychology practice: Primer and first steps. *Practice Innovations*, 5(2), 114–127. doi: 10.1037/pri0000111
- Mueller, F. (1963/2015). *Historia de la psicología: de la Antigüedad a nuestros días* (F. González Aramburo, Trad.). México: Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1963).
- Muñoz, M., Ausín, B., & Panadero, S. (2019). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica* (2ª ed. rev.). Madrid: Síntesis.
- Nelson, E. L., Bui, T. N., & Velásquez, S. E. (2011). Telepsychology: research and practice overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(1), 67-79. doi: 10.1016/j.chc.2010.08.005
- Olivos Aragón, P. (2020). Eficacia y mejores prácticas en psiquiatría y psicoterapia online. *Psiquiatría y Salud Mental*, 37(3/4), 137-146.
- Ortiz-Tallo, M. (2019). *Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-5* (2ª ed.). Madrid: Pirámide
- Persons, J. B. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Prada Villalobos, S. (2013). Corrientes cognitivas y sistémicas en psicoterapia: integración y paradigma. *Reflexiones*, 92(2), 155-161.

- Rachman, S. (2015). The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *64*, 1-8. doi: 10.1016/j.brat.2014.10.006
- Rees, C. L. & Haythornthwaite S. (2004). Telepsychology and videoconferencing: Issues, opportunities and guidelines for psychologists. *Australian Psychologist*, *39*(3), 212-219. doi: 10.1080/00050060412331295108
- Regueiro, V., McMartin, J., Schaefer, C., & Woody, J. M. (2016). Efficacy, Efficiency, and Ethics in the Provision of Telepsychology Services: Emerging Applications of International Workers. *Journal of Psychology & Theology*, *44*(4), 290-302.
- Rubistein, A. (2014). *Consulta, admisión, derivación*. Buenos Aires: Eudeba.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría* (11^a ed.). Barcelona: Wolters Kluwer.
- Sánchez, J., Rosa, A. I., & Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, *11*(3), 641-654.
- Scharfetter, C. (1988). *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Morata.
- Sierra J. C, Buela-Casal. G., Garzón, A. & Fernández, M. A. (2001). La entrevista clínica. En G. Buela-Casal & J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 41-66). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Soave, M., & Juaneu, L. (2018). Entrevista de admisión: implementación y características teórico técnicas. *Revista Temas*, *3*(12), 35-45. doi: 10.15332/rt.v0i12.2032
- Soto-Pérez, F., & Franco-Martín (2018). Atención psicológica y Tecnologías: oportunidades y conflictos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, *11*(3), 109-120.
- Soto-Pérez, F., Franco-Martín, M., & Monardes Seeman, C. (2016). Ciberterapias: tratamientos mediados por ordenador y otras tecnologías. *FOCAD*, *29*(1), 1-29.
- Soto-Pérez, F., Franco-Martín, M., Monardes Seeman, C., & Jiménez, F. (2010). Internet y psicología: Revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *15*(1), 19-37.
- Vallejo Pareja, M. A. (2010). Terapia de Conducta de Tercera Generación. *Clínica Contemporánea*, *1*(1), 49-54. doi: 10.5093/cc2010v1n1a6
- Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (7^a ed.). Barcelona: Elsevier Masson.

- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services, 16*(4), 621-635. doi: 10.1037/ser0000239
- Vásquez Muriel, J. G. (2012) Reflexión sobre cómo los psicólogos perciben las intervenciones psicológicas online. *Revistas Virtual universidad Católica del Norte, (35)*, 346-365.
- Wainstein, M. (2002). *Comunicación: Un paradigma de la Mente* (2ª ed.). Buenos Aires: Eudeba.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Zundel, K. M. (1996). Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. *Bulletin of the Medical Library Association, 84*(1), 71-79.