



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**Factores que dificultan el establecimiento de la Alianza Terapéutica en la
Psicoterapia vía Videoconferencia bajo un modelo de psicoterapia
Constructivista Cognitivo.**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica Adultos

Estudiante: Eduardo Schilling, año de ingreso: 2021
Profesora Guía: Phd (c). Paula Vergara H.

Santiago de Chile, 2023

RESUMEN.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. Pregunta de Investigación.....	11
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
2.1. Objetivo General.....	12
2.2. Objetivos Específicos.....	12
3. MARCO TEÓRICO Y EMPÍRICO.....	13
3.1 PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA.....	13
3.2. ALIANZA TERAPÉUTICA (AT).....	26
3.2.1. Historia de la Alianza Terapéutica.....	26
3.2.2. La Alianza Terapéutica (AT) para el modelo de Terapia Cognitiva.....	31
3.2.3. La Alianza Terapéutica (AT) para el modelo de Terapia Constructivista..	34
3.2.4. Instrumentos para medir la Alianza Terapéutica.....	40
3.3. TELEMEDICINA DE SALUD MENTAL.....	41
3.3.1. Terapia Telefónica.....	42
3.3.2. Terapia Asistida Computacionalmente.....	43
3.3.3. Realidad Aumentada para Problemas Psicológicos.....	44
3.3.4. Terapia a Través de Texto.....	44
3.3.5. Terapia vía Videoconferencia.....	45
3.4. ALIANZA TERAPÉUTICA EN PSICOTERAPIA VÍA VIDEOCONFERENCIA....	46
3.5 VENTAJAS PSICOTERAPIA VÍA VIDEOCONFERENCIA.....	50
3.6 DESVENTAJAS DE LA PSICOTERAPIA VÍA VIDEOCONFERENCIA.....	50
3.6.1 Setting.....	51
3.6.2 Disconfort Físico y Psicológico del Terapeuta.....	52
3.6.3 Transmisión.....	53
3.6.4 Distanciamiento Emocional.....	53
3.6.5 Prejuicios del Terapeuta.....	54
3.7. ENTRENAMIENTO EN PVC.....	55
4. METODOLOGÍA.....	56
5. RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	62
5.1. Relación de resultados con edad.....	66
5.2. Relación de resultados con el género.....	66
5.3. Relación de resultados con el lugar de vivienda.....	67
5.4. Relación de resultados con el motivo de consulta.....	67
5.5. Relación de resultados con la plataforma utilizada.....	68
5.6. Relación de resultados con lugar de atención.....	69
5.7. Relación de resultados con dispositivo utilizado.....	69
5.8. Relación de resultados con calidad de internet.....	70
6. RESULTADOS CUALITATIVOS.....	71
6.1. Categoría 1: Factores Tecnológicos.....	73
1. Código 1.1: Conectividad.....	73
2. Código 1.2: Uso de plataformas.....	76
3. Código 1.3. Restricción visual.....	77
4. Código 4. Optimización de tiempo.....	78

6.2. Categoría 2: Factores Contextuales (setting).....	80
Código 2.1: Privacidad.....	80
Código 2.2: Distractores ambientales.....	81
Código 2.3: Condiciones valoradas.....	83
Código 2.4: Acceso a terapeutas de otras regiones.....	84
Código 2.5: Sensación de seguridad.....	84
6.3. Categoría 3: Gestión Terapéutica.....	85
Código 3.1: El terapeuta.....	86
Código 3.2: Encuadre.....	89
Código 3.3: Intervenciones.....	89
Código 3.4: Técnicas y herramientas.....	90
Código 3.5: Proceso Terapéutico.....	91
7. DISCUSIÓN.....	93
7.1 FACTORES QUE PROMUEVEN LA AT EN PVC.....	95
7.1.1 FACTORES DE LOS TERAPEUTAS.....	95
7.1.2 CAMBIOS EN LAS CREENCIAS.....	100
7.1.3 TELEPRESENCIA-EMOCIONALIDAD-VÍNCULO.....	102
7.2 FACTORES QUE DIFICULTAN EL ESTABLECIMIENTO DE LA AT EN PVC..	104
7.2.1 GESTIÓN TERAPÉUTICA.....	104
7.2.2 FACTORES TECNOLÓGICOS.....	106
7.2.3 FACTORES DEL CONTEXTO.....	106
7.3 RESOLUCIÓN DE DIFICULTADES.....	108
7.4 CONCLUSIÓN.....	110
7.4.1 LIMITACIONES Y FUTURAS INVESTIGACIONES.....	114
8. BIBLIOGRAFÍA:.....	116
9. ANEXOS.....	133

RESUMEN

La Alianza Terapéutica (AT) es una de las variables que se relacionan con el éxito en psicoterapia más investigadas. La mayoría de los estudios se han enfocado en la psicoterapia presencial, pero también han habido avances en la psicoterapia vía videoconferencia (PVC), los que han aumentado en los últimos años producto de la pandemia por COVID-19. Las investigaciones en PVC tienden a validar la posibilidad de establecer una buena AT en PVC, sin embargo, no hay estudios en el contexto natural del paciente, es decir, realizando la PVC desde el lugar que elijan los pacientes y con los dispositivos de su preferencia. Tampoco se han encontrado publicaciones sobre los factores que dificultan o promueven el establecimiento de la AT en PVC bajo un enfoque de psicoterapia Constructivista Cognitivo. **Objetivo:** El presente trabajo se propone identificar los factores que dificultan o promueven el establecimiento de una buena AT en PVC, desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos. **Método:** Para medir la AT se usará la adaptación chilena del Working Alliance Inventory (WAI), que es el inventario más ampliamente utilizado. Se medirá después de la tercera sesión, por ser la medición que predice más fuertemente el resultado terapéutico, independientemente del modelo de psicoterapia y de las variables que se midan. Se seleccionarán los procesos con una alianza débil para indagar por medio de una entrevista y utilizando la TF en los factores que dificultan o promueven el establecimiento de la AT.

PALABRAS CLAVE

Psicoterapia, Telemedicina, Alianza Terapéutica, Telepsicoterapia, Videoconferencia

1. INTRODUCCIÓN

La psicoterapia vía videoconferencia (PVC) se ha convertido en un área de interés para los estudios relacionados con la psicoterapia, hecho que puede verse reflejado en el patrón de incremento del número de publicaciones abocadas a esta temática y el aumento de su frecuencia, encontrándose entre el año 2000 y 2008 más del triple de publicaciones que en los 30 años previos (Backhaus et al., 2012). En noviembre de 2017 la revista *The Monitor on Psychology* propuso como uno de los diez temas tendencia en el campo de la psicología la integración de la tecnología a la práctica psicoterapéutica (Batastini et al., 2021). Por otro lado se ha mencionado a la PVC como la clave para resolver el problema de acceso a los tratamientos de salud en el siglo XXI (Frueh, 2015), o como una forma moderna de responder a la necesidad de promover la salud mental (Matthews, 2017).

La efectividad de la PVC ha sido una pregunta que se ha realizado desde el inicio de su práctica y en ese sentido se han llevado a cabo estudios que muestran que la PVC es igual de efectiva que la terapia presencial (Cohen & Kerr, 1999), tomando en consideración diversos diagnósticos como estrés post traumático (Poletti et al., 2020; Backhaus et al., 2012), trastornos de ansiedad (Poletti et al., 2020), depresión (de Bitencourt Machado et al., 2016), trastorno obsesivo compulsivo (Simpson, 2009), ataques de pánico y agorafobia (Poletti et al., 2020), bulimia nerviosa (Simpson, 2009, de Bitencourt Machado et al., 2016) y diagnósticos mixtos (Backhaus et al., 2012). Por otro lado también se ha visto que la PVC es más efectiva que las listas de espera (Klein & Richards, 2001; Lange et al., 2000; Lange, van de Ven, Schrieken, & Emmelkamp, 2001).

Sin embargo, a pesar del avance en las investigaciones en esta línea, la evidencia empírica de su efectividad sigue siendo escasa, más aún si se compara con la evidencia empírica respecto del formato presencial (Batastini et al., 2021). Por ejemplo, si en la psicoterapia presencial se pueden encontrar más de mil estudios publicados sólo referentes a la depresión (Cuijpers et al., 2013), en PVC al 2012 se encontraban 65 artículos con abstracts, enfocados en PVC y publicados en revistas revisadas por pares (Backhaus et al., 2012). Incluso algunos autores como Batastini et al. (2021) han llegado a plantear que la manera de ver la PVC como una herramienta promisoriosa y esperanzadora en sus resultados puede ser algo desproporcionada si se toma en cuenta el volumen real de investigación que la avala. En este sentido, si bien los resultados de las investigaciones en PVC son alentadores, siguen siendo escasos (Batastini et al., 2021) y muchos de los buenos resultados son acompañados con recomendaciones y advertencias. Es más, muchos de los estudios han podido

seleccionar en sus muestras pacientes con diagnósticos de menor gravedad y a los que les acomoda la virtualidad, lo que puede tener impacto en los generosos resultados obtenidos hasta ahora y deja la pregunta abierta sobre la generalización de su eficacia (Markowitz et al., 2020).

La Alianza Terapéutica (AT) es una de las variables que se relacionan con el éxito en psicoterapia más investigadas, independientemente de la orientación psicoterapéutica (Flückiger et al., 2018). Esto es válido para el formato presencial de psicoterapia, sin embargo, la pregunta sobre la posibilidad de desarrollar una adecuada AT en PVC ha guiado diversos estudios, encontrándose en la mayoría de ellos que no hay diferencias significativas en la calidad de la AT entre el formato de psicoterapia presencial y el formato vía videoconferencia (Simpson et al., 2014). En diversos estudios ha sido demostrada la existencia de una relación moderada pero confiable entre una buena alianza terapéutica y resultados positivos en psicoterapia (Horvath & Symonds, 1991). Estos resultados e investigaciones se han visto tanto en el formato presencial como en la PVC (Sucala et al., 2012). Incluso se ha planteado que la calidad de la alianza terapéutica es mejor predictor de resultados positivos en psicoterapia que el tipo de intervención que se realice, tanto en la población adulta como en pacientes jóvenes (Martin et al., 2000; Shirk and Karver, 2003; Karver et al., 2006). En el último metaanálisis dedicado a la AT en pacientes adultos (Flückinger et al., 2018) se expresa que existe robusta evidencia empírica para asumir que la alianza (medida durante la terapia) es un facilitador causal moderado para los resultados al final de la terapia. También existe una relación moderadamente alta entre resultados negativos de psicoterapia (y/o abandonos) y las medidas de AT. Se ha encontrado que la AT es mejor predictor de los resultados negativos en psicoterapia que cualquier otra medida demográfica como escolarización, nivel socioeconómico, pertenencia a minorías, etc. (Sharf et al., 2010).

El término Alianza es original de la literatura psicoanalítica (Zetzel, 1956), quién la definió como la parte sana del ego del paciente que se une al analista para cumplir las tareas terapéuticas. Posteriormente Greenson (1965), hizo una distinción entre Alianza de Trabajo, que se entendía como la habilidad del paciente para alinearse con las tareas terapéuticas, y la Alianza Terapéutica, que la veía como el vínculo personal que se creaba entre terapeuta y paciente (Horvath & Luborsky, 1993). Más adelante, Bordin (1976, 1989, 1994), propuso un acercamiento panteórico a la Alianza Terapéutica, tomando como referencia lo propuesto por Greenson.

Para Bordin (1989) el centro de la alianza era una postura colaborativa enfocada en tres componentes: acuerdos en los objetivos y las tareas de la terapia por una parte y el

establecimiento de un vínculo entre terapeuta y paciente por otra. El vínculo se refiere a la red de conexiones entre paciente y terapeuta que incluye la confianza y la aceptación. La calidad del vínculo influye en el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta, lo que a su vez influye en su colaboración hacia el proceso terapéutico. Las tareas son entendidas como el acuerdo sobre los medios adecuados para conseguir los objetivos de la terapia. En una relación de buen funcionamiento ambas personas deben percibir las tareas como relevantes y eficaces. Las metas hacen alusión al grado de acuerdo entre las partes referentes a los objetivos del trabajo mancomunado. Una fuerte AT se caracteriza por un terapeuta y un paciente que respaldan las metas establecidas. Las tres dimensiones de la alianza se influyen unas a otras, así por ejemplo la calidad del vínculo media entre el grado en que el paciente y el terapeuta sean capaces de negociar un acuerdo sobre las tareas y metas, pero por otra parte este acuerdo media también la calidad del vínculo (Safran & Muran, 2000).

Safran & Muran (2000) derivan algunas implicaciones del concepto de AT: primero ponen el acento en la interdependencia de factores relacionales y técnicos de la psicoterapia, argumentando que el resultado de cualquier factor técnico puede entenderse sólo dentro de un contexto relacional. En segundo lugar reflexionan sobre la flexibilidad como un factor necesario para la construcción de la AT, sosteniendo que es preferible guiarse por el sentido que una tarea particular tiene para un paciente determinado en un momento dado, lo que iría en contra de tareas u objetivos fijos e invariables. En tercer lugar, posicionan el concepto de ruptura de la alianza como una puerta de entrada para la comprensión de los principios organizativos de los pacientes, por lo que no sería visto entonces como un problema en sí mismo. Por último y ligado a lo anterior, desde su conceptualización de la AT se subraya la negociación entre paciente y terapeuta sobre las tareas y objetivos de la terapia, vista no solo como una negociación superficial hacia el consenso, sino como negociaciones más profundas que se relacionan con la tensión entre la necesidad de agencia y la necesidad de afiliación.

Es posible sostener que la calidad de la alianza entre paciente y terapeuta es un predictor consistente de un resultado psicoterapéutico positivo, independientemente del enfoque teórico y del tipo de medidas que se usen para evaluar resultados (Horvath and Bedi, 2002; Norcross, 2002). Además, la evidencia sugiere que las medidas de la calidad de la alianza realizadas con los pacientes en las fases iniciales de la psicoterapia son el mejor predictor del resultado de la psicoterapia (Horvath & Bedi, 2002). La calidad de la AT medida en las fases iniciales de psicoterapia también tiene un valor predictivo de un resultado terapéutico negativo o del riesgo de abandono de tratamientos (Samstag et al, 1998). La relación en este segundo caso es inversa, es decir que mientras más baja la

calidad de la AT, mayor posibilidad de un resultado insatisfactorio o abandono de la terapia.

Casi la mitad de los estudios publicados sobre efectividad y AT en PVC han sido realizados desde el enfoque Cognitivo Conductual (Backhaus et al., 2012) y existe limitada evidencia sobre el funcionamiento de otros modelos psicoterapéuticos en PVC (Smith et al., 2022). No se han encontrado estudios sobre AT en PVC desde un enfoque Constructivista Cognitivo.

Desde un modelo de psicoterapia fundada en el paradigma Constructivista se considera a la realidad como solamente concebible desde la propia experiencia del sujeto. Se asume que cualquier observación que se realice no puede ser separada del observador (Maturana y Varela, 2009). En este mismo sentido, lo observado nos da más información sobre el organismo cognoscente que sobre lo conocido. El sí mismo puede ser concebido como un sistema que permite mantener cierta consistencia en su experiencia del vivir, a través de la explicación derivada de su conocimiento y autoconocimiento (Yáñez et al., 2001).

Un modelo de psicoterapia basado en este paradigma se entiende como un proceso interpersonal de tiempo limitado cuyo objetivo es el establecimiento de las condiciones favorables para el cambio en la organización psíquica del paciente (Yáñez, 2004).

Siguiendo a Yáñez (2004), el proceso de psicoterapia desde este enfoque debe cumplir con algunas condiciones: considerar al paciente en la totalidad de su funcionamiento como un sistema, debe ser un procedimiento estructurado y sistemático a nivel del proceso en general y de la sesión en particular, abarcar un espectro significativo de las demandas más frecuentes en psicoterapia, ser eficiente en cuanto al logro de metas terapéuticas para el paciente y respecto de su costo económico, debe considerar un sistema de formación permanente de profesionales expertos en el procedimiento y debe ser factible de ser basado en la evidencia.

Desde el modelo Constructivista Cognitivo se entiende al terapeuta y paciente como participando continuamente en una configuración relacional, que ellos mismos no pueden ver. El proceso conducente a la comprensión de esa configuración es un mecanismo central del cambio (Safran y Muran, 2000). Sin embargo el proceso no transita sin tensiones, sino que a menudo se presentan rupturas o tensiones en la alianza. La existencia de una ruptura en la alianza provee al terapeuta de una oportunidad única para explorar las creencias, expectativas, emociones, y procesos

evaluativos que juegan un rol central en la constitución de los esquemas relacionales del paciente. Los esquemas relacionales modelan las relaciones de las personas tanto con los otros como con ellos mismos, formando de esta manera las bases sobre las que se construyen los patrones intrapsíquicos e interpersonales que las personas representamos repetidamente. El proceso de resolución de la ruptura en la alianza puede ser una poderosa experiencia para desconfirmar el esquema relacional previo del paciente (Safran et al., 1990).

Desde este modelo la Alianza no depende del paciente o del terapeuta exclusivamente, sino que de la relación que se da entre ellos, donde probablemente se actualizan o repiten patrones de funcionamiento que el paciente posee y que lo llevan a padecer. De esto se derivan diversas implicaciones. Primero, que las formulaciones clínicas deben siempre ser revisadas y estar guiadas por lo que sucede en el aquí y el ahora, y no por conceptos teóricos rígidos donde el terapeuta tiene la ilusión de comprender de un modo definitivo la naturaleza de su participación en la relación. Segundo y ligado a lo anterior, el terapeuta debe explorar continuamente sus contribuciones a la interacción. Tercero, no es seguro asumir que lo que emerge dentro de la relación terapéutica sea un reflejo directo de los patrones de la vida diaria del paciente (Safran y Muran, 2000).

La mayoría de los estudios que han relacionado la AT con la efectividad en PVC han utilizado en WAI (Flückiger et al., 2018), instrumento elaborado por Adam Horvath y Leslie Greenberg (1986), basados en la conceptualización panteórica de la AT realizada por Bordin. El WAI es un instrumento de autorreporte, que en su versión original considera la percepción del paciente y del terapeuta respecto de la AT durante el proceso psicoterapéutico (Horvath & Greenberg, 1986).

El WAI es confiable al correlacionarse con medidas de resultado psicoterapéutico (Horvath & Greenberg, 1986; Simpson & Reid, 2014; Ardito & Rabellino, 2011) y fue traducido, adaptado y validado en Chile por Santibáñez en el 2001.

Ahora, si bien es cierto existe evidencia sobre la efectividad de la PVC, la relación entre la efectividad de psicoterapia y la AT, como también sobre la posibilidad de generar una buena alianza en la PVC, la investigación sobre qué rol juega la tecnología en la construcción de la relación entre paciente y terapeuta sigue siendo limitada (Cataldo et al., 2019, Cataldo et al., 2021).

Se piensa que uno de los factores que permiten el desarrollo y la mantención de una buena relación terapéutica en PVC se relaciona con la capacidad de elegir el formato,

que es acordado entonces como el formato preferente tanto para el paciente como para el terapeuta. Es decir, se piensa que parte de los buenos resultados se logran por la posibilidad de elegir la atención a distancia como la manera de realizar la psicoterapia. La investigación Pre-COVID se enfocó en poblaciones para las que era complejo recibir atención presencial, como adultos mayores con dificultad de movilidad, pacientes con ansiedad social, sobrevivientes de cáncer, mujeres con depresión post parto. Además se ha enfocado el estudio en poblaciones remotas o rurales, en las que encontrar a un profesional especializado puede ser imposible. Durante la pandemia provocada por el virus Sars Cov 2 el uso de la PVC ha sido una necesidad, más que una elección por parte de los terapeutas y pacientes (López et al., 2021) y la investigación existente, que muestra el valor de la PVC para personas que necesitan acceder al tratamiento a distancia, no puede simplemente generalizarse fuera de esa población específica (Smith et al., 2022).

El campo de la psicoterapia ha cambiado de la noche a la mañana, desde el setting presencial a la virtualidad, cambio que tendrá efectos duraderos (Markowitz et al., 2021) y permanentes (Batastini et al., 2021) en la práctica de la disciplina. Uno de los posibles efectos podría ser que la masificación de la PVC haya llegado para quedarse (Fernández y Fernández, 2021).

Por otra parte, todos los estudios sobre AT en PVC, antes de la pandemia causada por el Sars Cov 2, se realizaron en un setting hospitalario-clínico o universitario, con pacientes ambulatorios, pero también con pacientes hospitalizados (Grady et al., 2011, Weinberg & Rolnick, 2020). El setting hospitalario se entiende como un lugar especialmente adecuado para la atención psicoterapéutica del paciente, con todo lo que esto implica: recepción por parte de una secretaria, ocupación de un box especialmente diseñado para la conexión a distancia, resguardo de la no interrupción por parte de terceros de las sesiones, espacios adecuadamente isonorizados, etc. En este formato de estudio aún se mantienen factores externos que pueden influir en el logro de una buena alianza en PVC, como es la percepción por parte del paciente de un contexto psicoterapéutico que representa una pausa en su rutina. El paciente quiebra su cotidianeidad para dedicarse a la resolución de problemáticas internas en el espacio físico seguro del box psicoterapéutico (Verni, 2019).

En otro aspecto relevante, al parecer los psicólogos no se sienten cómodos con el formato a distancia, percibiendo a la PVC como un formato que interfiere en la capacidad para establecer el vínculo terapéutico (Nardi & Whittaker, 2002), que es uno de los ítems que toman en consideración diferentes tests de alianza. Sin embargo y a

pesar de la poca cercanía previa con la tecnología y el disconfort que este cambio forzado produce en los terapeutas, al parecer es más fuerte la necesidad de continuar con los tratamientos, siendo entonces preferible el nuevo formato a nada (Usher-Pines et al., 2020). Algunos de los factores que explican la dificultad percibida se relaciona con la pérdida de acceso a información del cuerpo y la mirada, siendo imposible hasta ahora lograr en PVC una mirada directa y recíproca entre paciente y terapeuta (Mlynár et al., 2018). Los factores paralingüísticos, no verbales y prosódicos pueden verse comprometidos, en tanto el acceso a ellos es limitado (Fernández & Fernández, 2021). El trabajo terapéutico puede ser percibido como física y psicológicamente extenuante en comparación con la psicoterapia presencial, sensación que podría explicarse por la necesidad de dedicar tiempo de la sesión a resolver ineficiencias técnicas de la comunicación como una conexión inestable, pantallas congeladas, delay en el audio o mala iluminación de los lugares. El hecho de dedicarse a resolver dificultades técnicas o el esfuerzo por adaptarse a ellas quita tiempo de concentración terapéutica o exige un mayor esfuerzo durante la sesión (Markowitz et al., 2021). Parte de la mayor demanda percibida por los terapeutas también se relaciona con dudas personales, ansiedad y la sensación de ser menos competentes, debido a la inexperiencia en el PVC (Fernández & Fernández, 2021).

Durante la actual pandemia se ha expandido la práctica PVC, siendo la única forma posible de llevar a cabo los tratamientos psicoterapéuticos en muchas circunstancias (Messina et al., 2021) y se ha transformado, sin lugar a dudas, en el modo más expandido de hacer psicoterapia en estos días (Fernández & Fernández, 2021). El trabajo psicoterapéutico ha debido llevarse a cabo en los contextos naturales tanto del paciente como del terapeuta, es decir desde sus propios dispositivos y desde sus propias casas. Hasta ahora no hay investigaciones que evalúen la posibilidad de establecer una buena AT en PVC en el contexto natural del paciente (Smith et al., 2022). En estos contextos las distracciones abundan y las recomendaciones terapéuticas de encontrar un espacio tranquilo y con resguardo de la confidencialidad no siempre son posibles de seguir. Las distracciones pueden provenir tanto desde el contexto físico como desde el dispositivo mismo que se utiliza para establecer la PVC (Markowitz et al., 2021), como por ejemplo las notificaciones de correo o WhatsApp que pueden aparecer en las pantallas mientras se está en sesión.

Por otro lado, según Smith et al., (2022), no hay estudios que se pregunten en profundidad sobre la experiencia de los pacientes acudiendo PVC, más allá de las puntuaciones que se obtengan en escalas de medición de AT. Esto limitaría nuestra posibilidad de entender qué factores ayudan y cuáles perjudican el establecimiento de

una buena AT en el medio ambiente virtual, lo que consecuentemente traería aparejado el riesgo de asumir que la evidencia desarrollada en la terapia presencial puede ser simplemente adoptada en la PVC.

Hasta el momento no se ha encontrado evidencia sobre si la PVC llevada a cabo en el ambiente cotidiano del paciente (casa, trabajo, etc), usando dispositivos propios como celulares, tablets, notebooks o computadores y desde un modelo Constructivista Cognitivo es capaz de proveer un espacio adecuado para la formación de una buena alianza terapéutica percibida desde el paciente y, en este sentido, hacer posible un tratamiento psicológico que consiga los resultados deseados. Tampoco, como ya se mencionó, se ha encontrado evidencia cualitativa sobre los factores que podrían dificultar o promover el establecimiento de una buena AT en PVC.

1.1. Pregunta de Investigación

Por lo tanto y a partir de lo anteriormente señalado la pregunta que guía esta investigación es la siguiente:

¿Es posible establecer una buena AT en PVC desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos? Y por otro lado, ¿Qué factores de la psicoterapia a distancia dificultan o promueven el establecimiento de una buena AT en PVC desde un enfoque Constructivista Cognitivo?

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivo General.

Evaluar la calidad de la AT en PVC desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos e identificar los factores que dificultan su adecuado establecimiento.

2.2. Objetivos Específicos.

- a. Medir la calidad de la AT en PVC desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes.
- b. Identificar y analizar factores interpersonales de la relación paciente-terapeuta que dificultan o promueven el establecimiento de una buena AT en PVC, desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos.
- c. Determinar qué elementos propios del contexto desde el que el/la paciente realizan la PVC dificultan o promueven el establecimiento de una buena AT en PVC, desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos.
- d. Identificar y analizar características de los dispositivos que dificultan o promueven el establecimiento de una buena AT en PVC, desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos.

3. MARCO TEÓRICO Y EMPÍRICO

3.1 PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA

La Psicoterapia Constructivista Cognitiva se enmarca dentro de las terapias consideradas postmodernas, que se unen entre ellas a través de la teoría del conocimiento, es decir a nivel epistemológico (Niemeyer, 2009). Si bien la mayoría de

los terapeutas que trabajan desde la perspectiva constructivista reconocen la existencia de un mundo más allá del lenguaje, que podría denominarse como mundo “real”, están más abocados a indagar en los matices en que las personas construyen su mundo, más que en indagar la veracidad de tales construcciones.

En este considerar al conocimiento como una estructuración activa del individuo más que una asimilación pasiva, los constructivistas han tomado como punto de partida concepciones filosóficas principalmente. El filósofo alemán Immanuel Kant (1724-1804) subraya el carácter transformador de la mente, la que necesariamente superpone a los fenómenos de la experiencia un orden espacial, temporal y causal. Por otro lado, Vaihinger (1924) afirma que las personas desarrollan ficciones operativas para ordenar sus mundos, trascendiendo los datos duros de la experiencia y estableciendo objetivos fundamentalmente humanos. Dos ejemplos de esto son el concepto de Dios o la infinitud matemática. Korzybski (1879 -1950) en el desarrollo de la semántica general pone el acento en el papel desempeñado por el hablante al asignar significados a los eventos, más que atender a los eventos en sí.

Para Neimeyer (2009), estos pensadores influyen en los constructivistas, que llegan a la conclusión de que las personas nos movemos sobre los constructos lingüísticos simbólicos que nos ayudan a relacionarnos con el mundo, pero sin conectarse directamente con él. Se centra la comprensión de lo humano en la interpretación, en un mundo organizado por categorías individuales y colectivas de significado por una parte, y por la estructura del mundo “objetivo” por la otra. Desde esta perspectiva el lenguaje no es una forma de representar al mundo, sino que es capaz de construir o dar forma a realidades sociales.

El otro pilar de la corriente terapéutica constructivista se relaciona con la concepción de la forma en que las personas construyen sus significados. Hasta el momento cognitivo existía un imperio de la racionalidad y era entonces la estructura del pensamiento la variable principal a cambiar. El rol del terapeuta era de autoridad educadora cuya principal tarea consistía en ayudar al paciente a adaptarse adecuadamente al mundo según ciertos supuestos racionales. Se apuntaba al cambio de significados a través del convencimiento, el “saber” y la racionalidad. Desde el constructivismo sin embargo, se pone de relieve el rol emocional en la construcción de mundo y significados personales y por lo tanto se conducen tratamientos más enfocados en la exploración del proceso emocional (Balbi, 2004). La atención del terapeuta se centra continuamente en los cambios en la experiencia del paciente y en su modo de procesarla, ya que se considera al paciente en un proceso continuo de organización de la experiencia y en la creación de

nuevos significados emocionales que lo ayudan a entenderse mejor y guiarse a sí mismo en la relación que establece con el mundo (Greenberg, Rice & Elliot, 1993).

La psicoterapia procedente desde una epistemología constructivista se desmarca de la pretensión única de disminuir síntomas indeseados o de la intención educativa y directiva que pretende enseñar habilidades, enfocándose primordialmente en intervenir el significado. El objetivo de la mayoría de las evaluaciones en el modelo constructivista busca poner de relieve el significado que hay detrás de las palabras, intentando revelar junto con el paciente los temas más profundos que se esconden en las historias que los pacientes se cuentan a sí mismos y a los otros.

Siguiendo a Yáñez (2005), en la relación terapéutica el terapeuta tiene el rol crucial de crear las condiciones adecuadas para el cambio en los sistemas de conocimiento del paciente y aliviar sus síntomas. El terapeuta hace esto a través de interacciones simbólicas basadas en el lenguaje y las experiencias del paciente. La principal responsabilidad del terapeuta es crear las condiciones para el cambio, que se manifiestan a través de la aplicación de acciones que permiten al terapeuta actuar como un perturbador estratégico. En la terapia constructivista cognitiva, esto implica interrumpir constantemente los procesos de construcción y deconstrucción del conocimiento personal del paciente.

La capacidad para hacer esto de manera estratégica depende de dos referencias: el referente emocional y el referente cognitivo. El referente emocional implica una sincronización emocional entre terapeuta y paciente, una adecuada adaptación al contexto y una inmersión emocional completa del paciente en su narrativa. El referente cognitivo requiere que el terapeuta tenga una comprensión constante de la dinámica del paciente y tenga conocimiento sobre su vida para intervenir adecuadamente.

Profundizando en el referente emocional, Safran y Greenberg (1989) sostienen que cuando el terapeuta, en base a una evaluación del modo actual de procesamiento emocional del paciente, decide que es terapéuticamente apropiado acceder a la emoción, pueden utilizarse los siguientes principios generales de intervención (Greenberg & Safran, 1987a): (a) dirigir la atención a la experiencia interna, (b) reenfoque en la experiencia interna, (c) fomentar la concentración en el presente, (d) analizar la expresión, (e) simbolizar la experiencia, y (f) establecer intenciones. Estos principios se basan en una especificación de las operaciones esenciales del terapeuta involucradas en la práctica de intervenciones enfocadas emocionalmente (Gendlin, 1981, Greenberg & Safran, 1987a) y guían las intervenciones momento a momento del terapeuta en un

enfoque de terapia que está altamente sintonizado con los cambios en el proceso experiencial en curso en el paciente.

Trabajando con estos principios, el terapeuta dirige el procesamiento de información del paciente de formas particulares, y esto profundiza la experiencia y promueve la generación de nuevo significado. La operación primaria implica dirigir la asignación de atención. Se accede a la emoción dirigiendo a los pacientes a atender a su experiencia interna. El terapeuta puede dirigir la atención del paciente sugiriendo directamente que preste atención a lo que está sintiendo, o preguntando "¿qué estás experimentando?" o dirigiendo una respuesta a la experiencia interna del cliente, como "Escucho cierta tristeza cuando dices esto".

Si los pacientes desvían su atención de su experiencia interna, el terapeuta reenfoca la atención de los pacientes hacia dentro para atender a la experiencia corporal sentida (Gendlin, 1981). El reenfoque implica notar cuando los pacientes se desvían de una descripción con alto impacto emotivo y lograr redirigirlos a ella. El enfoque en el acceso al afecto es predominantemente sobre lo que está ocurriendo en el presente en la experiencia de los pacientes. El afecto se está sintetizando en el presente a partir de elementos que están actualmente activados. Por lo tanto, el terapeuta lleva la atención de los pacientes a lo que está ocurriendo internamente en este momento que es el foco de mayor interés. Ya sea un recuerdo del pasado, una sensación presente o una anticipación del futuro: el cómo todo esto se revive en el presente es el material terapéutico más relevante.

Además de enfocarse en las experiencias corporales actuales, el terapeuta analiza cuidadosamente lo locutivo y lo ilocutivo, como una fuente importante de información sobre los estados afectivos. La expresión facial, postural y vocal revela mucho sobre lo que una persona está sintiendo. Cómo se dicen las cosas a menudo es tan informativo como lo que se está diciendo. Los suspiros, gestos, miradas y movimientos transmiten una gran cantidad de información sobre el estado de una persona. Es importante para el terapeuta éstas señales para reenfocar al paciente en su narrativa y la vivencia emocional asociada. El paciente, por lo tanto, es guiado a dirigir su atención y utilizar esta información dentro del contexto terapéutico. En términos técnicos, la observación más indirecta de expresiones no verbales resulta ser más efectiva. En lugar de instruir directamente al paciente a "tomar conciencia de su cara o postura", el terapeuta planteará preguntas como "¿Qué sientes cuando rizas tu labio o bajas la cabeza?". De igual manera, indagar sobre los sentimientos asociados al suspirar puede conectar

rápidamente a los pacientes con su experiencia interna. Esta forma de abordaje permite una mayor conexión emocional y facilita el proceso de reflexión en el paciente.

Los últimos principios del enfoque de intervenciones emocionales propuesto por Safran y Greenberg (1989) implican trabajar de manera colaborativa con los pacientes para simbolizar su experiencia actual y formular intenciones basadas en sus necesidades o deseos. Estos principios tienen como objetivo fomentar la creación de nuevos significados y proporcionar un sentido de dirección para la acción en el mundo.

La simbolización de la experiencia permite que el mundo interno del paciente se vuelva más accesible para la clarificación y la elaboración, y también más disponible para el recuerdo. En este proceso, los patrones de significado emergen de la experiencia en lugar de ser impuestos sobre ella.

Una vez que el paciente ha tomado conciencia de sus sentimientos y ha comenzado a simbolizar su experiencia, el terapeuta guía al paciente hacia la formulación de declaraciones de intención. Solo después de que los sentimientos están conscientes, se pueden percibir las tendencias de acción asociadas con ellos. De esta manera, se facilita una comprensión más profunda y significativa de la experiencia del paciente.

Así, en una intervención enfocada emocionalmente, el terapeuta sigue la experiencia momento a momento del paciente. El terapeuta trabaja continuamente para destacar y desarrollar aspectos de la experiencia del paciente.

Sin un vínculo seguro o una AT fuerte en el que los pacientes se sientan aceptados, seguros y apoyados, no se logrará la exploración de sus sentimientos. Además de este sentido de aceptación en un ambiente "suficientemente seguro", una buena alianza de trabajo requiere que los pacientes sientan que están trabajando junto con sus terapeutas para superar los obstáculos en sus caminos y que se sientan esperanzados y optimistas de que lo que están haciendo en la terapia les ayudará (Alexander & Luborsky, 1986; Greenberg & Pinsof, 1986). Para promover el trabajo afectivo en la terapia, los pacientes deben sentir que están de acuerdo con sus terapeutas en cuanto a los objetivos de la terapia y que las tareas afectivas en las que están comprometidos son relevantes para estos objetivos (Bordin, 1979; Horvath & Greenberg, 1986).

El terapeuta debe sumergirse en la vida del paciente con asombro, incertidumbre y aventura, y ser capaz de reorganizar los contenidos de manera original y novedosa, poniendo de manifiesto los mecanismos defensivos del paciente. Además, el terapeuta

debe estar técnicamente ajustado a su relación con el paciente, siendo un "observador participante" y estableciendo una alianza terapéutica que se ajuste a las exigencias técnicas y generales (Yáñez, 2005).

Esta actitud de ser un perturbador estratégicamente orientado es fundamental para la creación de las condiciones de cambio en la terapia. Las competencias técnicas y personales de un terapeuta son el resultado de una formación clínica que le proporciona una identidad como terapeuta.

La mayor atención y relevancia de los procesos emocionales que se toman en consideración dentro del constructivismo, ha llevado a plantear el concepto de postracionalismo, en el sentido que se aleja de entender al humano y sus complejidades desde el fundamento meramente racional. El postracionalismo, específicamente desde la obra de Vittorio Guidano, conceptualiza la psicopatología en términos de procesos de significado personal y tiene una estrategia psicoterapéutica no instructiva ni persuasiva. A las emociones se les otorga central relevancia como formas de conocimiento, como constitutivas del proceso de la conciencia, como factor central interviniente en los procesos de cambio humano y por lo tanto como un elemento imprescindible de ser tomado en cuenta dentro de la psicoterapia (Balbi, 2004).

Lo anterior no significa que las emociones lo sean todo. Por el contrario, la singularidad humana radica en que poseemos un sistema de procesamiento doble. Esto quiere decir que poseemos un procesamiento emocional que tiene como característica el ser automático y a priori. Nos aparece con él un sentido inmediato e indiscutibles de cómo estamos en la realidad. Pero además de este conocimiento poseemos un procesamiento racional. El doble procesamiento nos permite ordenar y reordenar nuestra vivencia (Zagmutt, 2010).

Habiendo recorrido las características propias del terapeuta, desde el modelo se propone como aspecto crucial del paciente en el proceso terapéutico la autonomía, como el principal impulsor de su propio cambio. Este se encuentra continuamente y de manera intensiva, comprometido en su proceso de reorganización personal y auto proyección. Es altamente recomendado y de gran valor que el paciente perciba este cambio como un proceso autónomo, promoviendo así su independencia respecto a la terapia y el terapeuta. El papel del terapeuta es uno indirecto, actuando como un catalizador que facilita las condiciones interpersonales y simbólicas necesarias para la autogestión. Por lo tanto, y aunque pueda parecer paradójico, la señal más clara del

éxito del terapeuta es la ausencia de reconocimiento explícito por parte del paciente (Yáñez, 2005).

Ahora bien, la relación terapéutica que se establece entre paciente y terapeuta es el encuentro acordado entre ellos destinado a incitar cambios en uno o más de los participantes. Esta relación da lugar a la AT, una base de apego segura formada por las características técnicas y personales de los involucrados, permitiendo la exploración y reorganización de la experiencia inmediata en un contexto seguro y profesional.

La relación terapéutica es única en su tipo y contracultural, mediada por el deseo de cambio del paciente y la disposición del terapeuta para ayudar. El intercambio se centra en los contenidos más íntimos y significativos del paciente. La terapia tiene un carácter unidireccional, formal, temporalmente limitado y centrado en un servicio profesional.

La alianza terapéutica constructivista cognitivo requiere la aceptación del vínculo y su mantenimiento dentro de un marco establecido, acuerdos sobre metas generales, la distribución compartida de responsabilidades, un "enfoque crédulo" mutuo, la explicación constante de eventos en el contexto de referencias teóricas y metateóricas, y una actitud de exploración de los contenidos del paciente, manteniendo siempre un contraste con la experiencia y los hechos (Yáñez, 2005).

Como marco establecido sobre el cual se desarrolla la danza terapéutica, encontramos el encuadre, que es definido desde Yáñez (2005) como un factor técnico crucial en la práctica psicológica. Proporciona la base para el despliegue de elementos específicos como el diagnóstico, técnicas y tratamiento, así como elementos no específicos como la alianza terapéutica y la comunicación. Este marco, cuando está bien definido y establecido, es esencial para el progreso de la psicoterapia y el cambio en el paciente.

En el modelo constructivista cognitivo, un encuadre riguroso es central para el cambio personal. Este modelo carece de reglas explícitas para regular la relación terapéutica, pero enfatiza la importancia de regular el papel del terapeuta en los procesos de cambio. El encuadre constructivista cognitivo se refiere a las reglas interpersonales que regulan la relación terapéutica, proporcionando un contexto relacional estable y seguro para alcanzar los objetivos terapéuticos. La operación de estas reglas facilita las condiciones para que el paciente y el terapeuta establezcan una relación sólida que incorpore elementos técnicos y personales, fomentando el desarrollo de la alianza terapéutica.

Desde un punto de vista teórico y metodológico, el encuadre regula y controla las variables presentes en la relación entre paciente y terapeuta. Esta regulación puede explicar una gran parte del cambio personal del paciente. Para mejorar la eficacia de la psicoterapia, es vital abordar elementos no específicos, como la alianza terapéutica, e investigar su papel en el cambio para transformarlos en factores específicos que se pueden incorporar a las habilidades terapéuticas y utilizarlos en las intervenciones durante el proceso de cambio.

El modelo constructivista cognitivo distingue entre un encuadre explícito e implícito, ambos responsables de regular la relación terapéutica de diferentes maneras. Estos dos tipos de encuadre son interdependientes en su operación y función, pero es útil distinguirlos ya que presentan diferentes requisitos para la formación y aplicación.

a) Encuadre Explícito: Este término se refiere a las reglas establecidas para el proceso de psicoterapia, generalmente dictadas por el terapeuta, para marcar los límites de la relación terapéutica y orientar el logro de objetivos. Se asemeja a un contrato terapéutico, donde se definen metas, objetivos y medios para alcanzarlos. También es la descripción clara de las condiciones y el estilo del terapeuta dentro del modelo de terapia.

En un nivel más detallado, se acuerdan aspectos como los costos, duración de las sesiones, frecuencia, ausencias, retrasos, formas de comunicación fuera de la sesión, entre otros. Estos deben aclararse completamente en la primera sesión.

b) Encuadre Implícito: Este término se refiere a las reglas no explícitas que rigen la relación terapéutica. Estas pueden venir de dos fuentes: el comportamiento no verbal del terapeuta y las normas culturales o subculturales.

Se espera que el terapeuta tenga tres actitudes claves: Intención de Neutralidad (no reaccionar emocionalmente a los contenidos del paciente), Intención de Abstinencia (no revelar contenidos personales del terapeuta) e Intención de Receptividad (mantenerse en sintonía con el paciente).

En general, los encuadres explícito e implícito proporcionan un marco que guía la conducta del terapeuta y ayuda a crear las condiciones para el cambio del paciente. También protege la salud mental del terapeuta dentro del marco ético y técnico de la terapia.

Para el propósito de la siguiente investigación se piensa que el foco del terapeuta puesto en la experiencia, el significado y la emocionalidad del paciente, junto con un entendimiento de un paciente autónomo e impulsor de su propio cambio, trabajando en conjunto bajo un encuadre técnico y seguro, son características del modelo constructivista cognitivo que pueden constituirse en elementos favorecedores del establecimiento de la Alianza Terapéutica en PVC, debido a que, como se argumentará posteriormente, la posibilidad de una buena AT en PVC parece estar mediada por la sensación de telepresencia y esta, por su parte, parece estar fuertemente influida o vehiculizada por la ocurrencia de una vivencia emocional intensa.

Técnicamente el terapeuta Constructivista Cognitivo cuenta con herramientas que permiten generar una vivencia en la persona que consulta. Yáñez (2004) propone dos técnicas procedurales, que son entendidas como procedimientos propios de la metateoría y teoría clínica del modelo Constructivista Cognitivo.

Por una parte se encuentra la técnica procedural de Exploración Experiencial (Ex-Ex). El motivo de inicio está íntimamente relacionado con la emocionalidad vivida por uno o por los dos integrantes de la díada paciente terapeuta. Puede considerarse por ejemplo un relato con mucha conmoción emocional por parte del paciente, o un relato poco comprensible y confuso. También puede motivar la Ex-Ex una mezcla de los dos factores anteriores o alguna perturbación emocional o cognitiva por parte del terapeuta.

En cuanto a las etapas de la Ex-Ex se encuentra primero que nada un relato panorámico de los acontecimientos por parte del paciente, que luego dará paso a una descripción más detallada de los acontecimientos tomando en consideración el contexto ambiental, interpersonal y los hechos ocurridos en la escena. En esta etapa el trabajo terapéutico intenta promover en el paciente el entendimiento en al menos 3 niveles: la experiencia que tuvo de los acontecimientos, el efecto emocional que le produjeron y la interpretación que realiza de los hechos. Una tercera etapa dice relación con las operaciones del terapeuta, que son ordenadas de la siguiente manera:

1. Detectar contenidos reveladores.
2. Instigar una exploración abierta de esos contenidos.
3. Explorar técnicamente las escenas.
4. Cuestionar interpretaciones que no sean consistentes con la experiencia en curso del paciente.
5. Perturbar con proposiciones alternativas.

6. Propiciar movilizaciones a nivel superficial de las dimensiones operativas¹.
7. Facilitar la creación de condiciones interpersonales para la integración de la simbolización emergente.

La última etapa de la Ex Ex se refiere a la reorganización sistémica, que se produce luego de la creación y vivencia de una nueva relación entre la explicación y la experiencia inmediata.

Los niveles de análisis dentro de una Ex-Ex se elaboran de acuerdo a 4 pilares: los hechos propiamente tales, la interpretación que el paciente realiza de esos hechos, la forma en que construye su relato tomando en consideración tanto los factores locutivos como los ilocutivos del paciente y por último el impacto cognitivo y emocional del terapeuta.

La segunda técnica procedural del modelo Constructivista Cognitivo (Yáñez 2004) es el acto de Metacomunicación. En esta técnica lo central es hacer referencia a la vivencia interpersonal en curso dentro de la relación terapéutica, considerando las transacciones y sus efectos. La función principal es promover la toma de conciencia por parte del paciente sobre los efectos que él puede producir en los otros. Si la Ex Ex pone el énfasis en el eje diacrónico, esta segunda técnica se centra en el eje sincrónico, o sea en el aquí y el ahora.

Para implementar un acto metacomunicativo y lograr resultados eficientes se hacen necesarias algunas condiciones:

1. El terapeuta debe tener algunas competencias técnicas:
 - a. Reconocer el marcador interpersonal².

¹ Las dimensiones operativas son polaridades que expresan el funcionamiento del sujeto. Las dimensiones operativas propuestas en el modelo son: concreción-abstracción, flexibilidad-rigidez, inclusión-exclusión, proactividad-reactividad, exposición-evitación.

² Un marcador interpersonal es un término propuesto por Safran y Segal (1990) que se refiere a un evento, gesto o comportamiento específico que tiene un significado simbólico y emocional para la persona involucrada. Estos marcadores pueden ser positivos o negativos y pueden tener un impacto significativo en la dinámica relacional y emocional con un otro.

Los marcadores interpersonales se utilizan para identificar patrones y temas recurrentes del paciente. Pueden estar asociados con comportamientos comunicativos o reactivos específicos, como el uso de ciertas palabras o expresiones, gestos corporales o patrones de interacción.

La importancia de los marcadores interpersonales radica en que pueden evocar respuestas emocionales intensas y desencadenar patrones repetitivos de interacción y comunicación los otros. Al identificar y comprender estos marcadores, los terapeutas pueden ayudar a las personas a explorar los significados subyacentes, las necesidades emocionales y los patrones de respuesta que pueden estar contribuyendo a la dinámica problemática en sus relaciones interpersonales.

- b. Abstenerse de entrar en interacción disfuncional.
 - c. Contener al paciente.
 - d. Enganchar para reconocer la magnitud del impacto.
 - e. Desenganchar.
 - f. Intervenir.
2. Debe existir una AT fuerte.
Al ser una intervención que apela directamente a la relación entre los dos integrantes de la díada, se requiere que la alianza esté bien establecida.
 3. Tener un buen nivel de conocimiento conceptual y empático del paciente.
 4. Siempre se inicia a partir de un marcador interpersonal en curso.
 5. Se requiere conciencia del impacto personal que ha provocado el marcador del paciente en el terapeuta.
 6. Debe usarse siempre un lenguaje proposicional.
 7. La intervención debe ser técnica, contingente e intencionada.

La Metacomunicación, como procedimiento terapéutico puede ser dividida en seis fases:

1. Impacto vivencial.
Se refiere a la toma de conciencia por parte del terapeuta del impacto vivencial que le produce lo dicho o lo actuado por el paciente. El impacto puede producirse a nivel cognitivo, conductual o emocional.
2. Despliegue.
Con el despliegue se comienza el acto metacomunicativo. Se trata de exteriorizar el estado del terapeuta en un momento determinado y en relación a algo que ocurre en la relación terapéutica en un momento dado. La intención es promover la toma de conciencia por parte del paciente sobre el impacto que él pudiese generar en otros. También se busca acá promover la expresión directa de sentimientos y emociones.
3. Exploración.
La idea es propiciar la búsqueda y reflexión por parte del paciente sobre el efecto que pueden tener sus palabras o sus actos sobre los otros.
4. Señalamiento del marcador interpersonal.
Se propone el desencadenante del estado del terapeuta, es decir se transparenta lo que el terapeuta propone como un marcador interpersonal.
5. Interpretación.

En esta fase, de alta exigencia terapéutica, se propone la percepción terapéutica sobre el estado emocional y cognitivo del paciente, se conectan episodios específicos con un funcionamiento más general del paciente, y por último se le comunica al paciente una hipótesis acerca de su funcionamiento general.

6. Integración.

El rol del terapeuta aquí es contener los impactos emocionales que se producen en el paciente.

Como puede verse, las técnicas procedurales que dan el sello al modelo Constructivista Cognitivo apelan primariamente a la experiencia personal, ya sea en el eje diacrónico en el caso de la Ex-Ex, o en el eje sincrónico en el caso de la metacomunicación. Su objetivo se relaciona con crear las condiciones necesarias para lograr el cambio terapéutico (Yáñez, 2005).

Desde el modelo Constructivista se busca estar lo más cerca posible del esquema generado por la experiencia personal del paciente, cuya característica central es estar cargada emocionalmente y no ser una representación de hechos de la realidad externa. En la terapia se intenta promover la comprensión de aquello que las emociones indican acerca de cómo las personas conducen sus vidas y parte del rol terapéutico tiene que ver con ayudar a los pacientes a atender y simbolizar su experiencia emocional, que les servirá para crear nuevos significados (Greenberg & Paivio, 1997). Es un trabajo que se realiza mancomunadamente en una relación que implica tanto al terapeuta como al paciente y que está atravesada por componentes vinculares que lo permiten y que son la base de su efectividad en la promoción del cambio.

Las Técnicas Procedurales antes descritas, son un paraguas bajo el cual pueden ser especificadas una serie de intervenciones propias del modelo, que nombraremos y explicaremos brevemente a continuación, siguiendo a Yáñez, J, 2004:

1. La Escucha Terapéutica: es un acto complejo en el que el terapeuta presta atención a las respuestas conductuales, emocionales y cognitivas del paciente. Se centra en dos ejes: la disposición incondicional para atender al paciente y la autoescucha relacionada con el impacto de los contenidos del paciente en el terapeuta. Esta habilidad de escucha permite al terapeuta detectar fracturas e inconsistencias en el discurso del paciente y realizar intervenciones productivas y relevantes en el proceso terapéutico.

La efectividad de una intervención depende de la habilidad de escucha del terapeuta, que puede verse afectada por la interferencia de sus propios estados internos. Desde la perspectiva constructivista-cognitiva, el modelo de comunicación se basa en la interacción entre hablantes-oyentes simultáneos, con el objetivo de generar consenso en la intención comunicativa, aunque no necesariamente en los contenidos. Los errores en el procesamiento del mensaje pueden deberse a sesgos o puntos ciegos del terapeuta que le impiden apreciar o interpretar el mensaje correctamente. En estos términos la escucha terapéutica es una intervención clave para que el terapeuta pueda desarrollar su rol de perturbador estratégicamente orientado.

2. La Exploración: se enfoca en obtener información relevante de áreas no abordadas espontáneamente por el paciente. El objetivo principal es recopilar información sobre el paciente, distinguiéndose de la exploración experiencial, que se enfoca en la forma en que el paciente organiza y significa sus vivencias cotidianas.

La exploración se realiza a través de preguntas generales para abrir áreas amplias de funcionamiento del paciente sin alterar la espontaneidad de su relato. Estas áreas pueden incluir: familia, relaciones sociales e interpersonales, educación y trabajo, afectividad y sexualidad, y salud. La información recopilada en estas áreas es esencial para comprender los procesos interpersonales y la construcción de la identidad del sujeto, así como para determinar si es necesario derivar al paciente a otras especialidades médicas. La exploración es una escucha dirigida o intencionada, en la que el terapeuta participa de manera restringida para recopilar información general.

3. La Aclaración: es esencial en el proceso terapéutico y se puede usar en cualquier momento. Su objetivo es establecer consenso entre lo dicho por el paciente y lo entendido por el terapeuta, precisando categorías conceptuales y descripciones de situaciones. Ayuda a aclarar aspectos como contexto y temporalidad. Se recomienda su uso en casos de ambigüedad o confusión. Esta intervención garantiza un proceso terapéutico basado en datos precisos y evita malentendidos o efectos indeseados en la terapia debido a suposiciones o distorsiones no corregidas.

4. La Paráfrasis: es una intervención terapéutica que se enfoca en el contenido expresado por el paciente. Su propósito es establecer consenso y comprensión mutua en torno a conceptos y experiencias, así como evaluar la concordancia entre la categoría conceptual empleada por el paciente y su intención o experiencia vivida. La paráfrasis implica que el terapeuta repita las ideas clave del paciente en sus propias palabras, permitiendo al paciente escuchar su discurso desde un punto de vista externo.

Esto puede llevar a reacondicionamiento, redefinición o reafirmación de las categorías conceptuales utilizadas. El terapeuta debe utilizar elementos no verbales, como expresión corporal y facial, para apoyar la fuerza de la intervención.

5. El Reflejo Ilocutivo: es una intervención en la que el terapeuta se enfoca en la intención de lo dicho por el paciente, destacando la acción del verbo y su categoría ilocutiva. La intervención permite al paciente reflexionar sobre la idea que está promoviendo y cuestionar su atribución.

6. El Señalamiento: es una intervención que requiere del terapeuta prestar atención a las temáticas insuficientemente tratadas o reprimidas en el discurso del paciente, pero que se perciben en el subtexto. Esta intervención se centra en aspectos sensibles del discurso y suele responder a interrogantes de cómo y con quién. El terapeuta debe respaldar la intervención con habilidades comunicativas no verbales y encontrar el momento oportuno dentro de la sesión para aplicarla, permitiendo al paciente explorar el contenido y cerrar el análisis del tema señalado.

7. La Metacomunicación: es una intervención que surge del efecto que el relato del paciente produce en el terapeuta. A diferencia de la técnica de metacomunicación, la intervención no tiene la intención de reorganizar la experiencia del paciente, sino de explorar, aclarar, profundizar o revelar el contenido. La metacomunicación se utiliza para reforzar la alianza terapéutica y mostrar empatía.

8. La Adlaterización: es una intervención que consiste en exagerar, amplificar o caricaturizar lo dicho por el paciente. Se utiliza cuando otras intervenciones de menor impacto no son posibles debido a la rigidez o defensas del paciente en su relato. La función de la adlaterización es revelar y desarticular las defensas presentes en el contenido del relato.

9. La Rotulación: es una intervención en la que el terapeuta propone una categoría conceptual para describir al paciente o a alguien significativo en su relato. Se utiliza para sintetizar e integrar ideas y atributos en una categoría conceptual compartida entre terapeuta y paciente.

10. La Confrontación: consiste en presentar una hipótesis alternativa a la interpretación del paciente sobre un acontecimiento. Se utiliza para estimular la construcción de interpretaciones alternativas y facilitar la integración de nuevos contenidos en el sí

mismo del paciente. La confrontación debe realizarse en un contexto de alianza terapéutica sólida y estable.

11. La Bisociación: es una intervención avanzada que relaciona dos contenidos o explicaciones significativas del paciente que originalmente no estaban conectados. Se utiliza para integrar contenidos parcialmente incorporados a la coherencia sistémica del paciente. Requiere una alianza terapéutica fuerte y estable, contenidos significativos disgregados en el discurso del paciente y un alto compromiso emocional.

12. La Interpretación: es una intervención en la que el terapeuta establece una relación entre una hipótesis general del funcionamiento del paciente y un contenido específico. Aunque es una herramienta eficiente y perturbadora, es preferible que el paciente realice sus propias interpretaciones en lugar de que el terapeuta intervenga con ellas. La interpretación se aplica a contenidos saturados en el discurso del paciente y aquellos que revelan su funcionamiento general. Para asegurar un efecto terapéutico, la interpretación debe realizarse en un contexto de fuerte y estable alianza terapéutica, con un lenguaje altamente proposicional y un alto nivel de compromiso emocional.

La función de la interpretación es facilitar la integración de contenidos que provienen de la dinámica de la ipseidad hacia los procesos de mismidad, elevando los niveles de generatividad intrapersonal y complejidad sistémica. Además, la interpretación puede mejorar la alianza terapéutica, identificar relaciones entre mensajes implícitos y explícitos, permitir al paciente examinar su conducta desde una perspectiva diferente y favorecer el cambio de conductas inefectivas por conductas funcionales.

3.2. ALIANZA TERAPÉUTICA (AT)

3.2.1. Historia de la Alianza Terapéutica

El interés por la relación que se establece entre terapeuta y paciente ha estado en el centro de las consideraciones clínicas desde el comienzo de la disciplina psicológica. Freud (1913), en trabajos iniciales sobre la transferencia proponía la importancia de mantener como terapeuta el interés y una actitud comprensiva con el paciente. Esto ayudaría a que la parte más saludable de la persona que consulta estableciera un tipo de relación positiva con el terapeuta. En estudios posteriores comienza a conceptualizar la transferencia positiva como una dificultad en la terapia, pero en ambos momentos de su teorización pone de relieve el hecho de que lo que sucede entre terapeuta y paciente debe ser atendido (Corbella & Botella, 2003).

En el trabajo de Safran y Muran (2000a) sobre la conceptualización de la alianza terapéutica, se establecen dos vías de desarrollo histórico. La primera es la desarrollada por Ferenczi (1931), quien sugería que el paciente no solo debía recordar las vivencias en la terapia, sino que también era relevante que las repitiera en la relación con el terapeuta. Estos planteamientos luego desembocaron en la idea de una experiencia emocional correctiva (Alexander y Fench, 1946). La segunda vía de desarrollo que identifican Safran y Muran dentro del contexto psicoanalítico se relaciona con la Psicología del Ego y que tiene relación con la adaptación del Ego a su entorno, que en el caso de la terapia sería el entorno interpersonal psicoterapéutico. Esta pieza sería base importante del desarrollo psicoanalítico desarrollado por Ana Freud (1936).

Dentro del mismo contexto psicoanalítico, Zetzel (1956) es el primero en establecer una clara diferencia entre el concepto de transferencia y el de alianza. Sugirió que la alianza descansaba sobre la idea de un vínculo con la parte no neurótica del psiquismo del paciente, que posibilitará el progreso psicoterapéutico.

Contemporáneamente la búsqueda de neutralidad y abstinencia dentro de la práctica psicodinámica ha ido dejando paso a la atención a la interacción entre terapeuta y paciente, dando cabida a la espontaneidad y autenticidad por parte del psicólogo (Mitchell, 1997).

Si bien el concepto nace y se desarrolla dentro del contexto psicoanalítico, éste ha sido incorporado por la mayoría de las escuelas de psicoterapéuticas, pero alejándose de la interpretación transferencial original y acercándose mucho más a los acontecimientos interpersonales (Corbella & Botella, 2003).

El primer y mayor esfuerzo hasta el momento por generalizar el concepto de AT desde su origen psicoanalítico hacia otras, sino todas las corrientes psicoterapéuticas fue realizado por Bordin (1979). Ya en ese entonces se podían contabilizar 36 tipos de corrientes psicoterapéuticas (Harper, 1959), cada una desarrollando teorías y métodos diferentes, sin puentes de comunicación visibles entre ellas. Esto sin duda aumentaba el riesgo de solipsismo, o sea que finalmente cada terapeuta termine haciendo lo que le parezca lo mejor de hacer.

En este contexto comienzan a aparecer esfuerzos por encontrar cierta convergencia, si no en la teoría, al menos en algunos puntos investigativos. Bordin propondrá que la relación entre la persona que busca realizar un cambio en su vida (paciente) y el promotor de la ocurrencia de los cambios (terapeuta) es una de las claves, o "la clave"

del éxito psicoterapéutico (Bordin, 1979). El beneficio del concepto de alianza es que puede ser elaborado para su aplicabilidad universal y por lo mismo puede ser valioso para la integración del conocimiento generado dispersamente por las distintas corrientes psicológicas.

Para Bordin (1979) la alianza terapéutica consiste en 3 elementos centrales: acuerdos sobre los objetivos del tratamiento, sobre las tareas y el vínculo. Los objetivos del tratamiento serán aportados tanto por el paciente como por el acercamiento teórico que tenga el terapeuta. Así por ejemplo un objetivo terapéutico psicoanalítico clásico podría ser que el paciente reflexione y haga consciente algunas formas de pensar y ser que influyen en su padecer actual, enfocándose así en un análisis que busca el entendimiento para el cambio. Por otro lado, un objetivo conductual será más cercano al cambio de un hábito que está a la base del padecer, posiblemente sin la necesidad reflexiva sobre los significados subyacentes de esos hábitos.

Si bien los objetivos que se proponen en una terapia son únicos para cada caso, éstos se enmarcan bajo las teorías que tenga el terapeuta de la díada, teoría que influirá también en los contenidos que sean más probables de emerger dentro de las sesiones terapéuticas. Así por ejemplo es más probable que en una terapia psicoanalítica clásica aparezcan más referencias a la infancia recordada que en un acercamiento conductual, en el que más probablemente el acento esté puesto en las conductas actuales y el contexto presente que posibilita la continuidad del malestar.

En relación a las tareas, Bordin explicita en principio que la relación terapéutica es una relación contractual, antes que nada. El paciente acude a un profesional al que remunera por sus aptitudes y por su esfuerzo. En este contexto relacional, las tareas de cada proceso psicoterapéutico varían enormemente, tanto las asignadas al paciente, como las tareas o mandatos técnicos que persigue el terapeuta.

Por ejemplo, en psicoanálisis clásico una tarea que se hace necesaria por parte del paciente es la ejecución en la sesión de la asociación libre. Para promover esto el terapeuta tiene la tarea de no interferir en el campo visual del paciente ni interrumpir indebidamente su trabajo asociativo. En un modelo cognitivo una posible tarea sería prestar atención al desarrollo de los pensamientos en algunos momentos que el paciente relate, mientras que en el modelo conductual probablemente las tareas puedan ir de la mano con la observación y tabulación de ciertas circunstancias que rodean una acción.

Nuevamente aquí Bordin (1979) realiza un amplio recorrido por las diferentes corrientes terapéuticas, pero establece un denominador común: si bien las tareas pueden ser muy diferentes entre los modelos, todos los modelos usan las tareas en el desarrollo de su trabajo clínico. La efectividad de las tareas y su utilidad en la consecución del objetivo que paciente y terapeuta se propusieron en la terapia estará influida por la habilidad terapéutica de unir la pertinencia de las tareas con el deseo de cambio o superación de dificultades que vive el paciente.

La variable vínculo de la AT está íntimamente relacionada con la naturaleza humana de la relación que se desarrolla entre paciente y terapeuta. En esta relación, tener algún nivel de confianza básico es indispensable para el correcto desarrollo del trabajo mancomunado. Mientras más profundo el cambio terapéutico, más nivel de confianza parece necesitarse. Acá nuevamente hay diferencias, el vínculo que se establece entre un terapeuta que es participativo en las sesiones y que se pone en frente del paciente mirándolo a los ojos es diferente al vínculo que se establece si el paciente no tiene acceso a su mirada. También la naturaleza del vínculo entre una terapia que usa tareas entre sesiones y el rellenado de formularios y test es diferente al vínculo que se desarrolla sin esas tareas. No es que haya mejores o peores vínculos, lo que pone de manifiesto Bordin (1979), es que son de diferente naturaleza.

Ya en 1979, Bordin hipotetiza que la fuerza de la AT sería un marcador importante de éxito y basa su argumento en el estudio comparativo de diferentes corrientes realizado por Horwitz (1974), en el que revisó a 48 casos de diferentes corrientes psicoterapéuticas, llegando a la conclusión de que si bien no existían diferencias significativas entre los modelos, sí había una indicación sobre la importancia central de la fuerza de la AT, que ya no se propuso como un prerrequisito para el trabajo terapéutico, sino como el principal vehículo de cambio.

En resumen, Bordin entiende a la AT como una característica que le permite al paciente aceptar, seguir y creer en la terapia. En este sentido no es la característica que sana por sí misma, sino que permite las condiciones para que un tratamiento sea exitoso. Actualmente se está de acuerdo en que la AT representa elementos colaborativos e interactivos de la relación entre paciente y terapeuta, como por ejemplo estar de acuerdo en las tareas y los objetivos de la psicoterapia, todo esto dentro de un contexto de un vínculo afectivo (Constantino et al., 2002). También se piensa a la AT como una relación colaborativa entre paciente y terapeuta en la que se lucha mancomunadamente en contra del sufrimiento y las conductas autodestructivas del paciente (Ardito & Rabellino, 2011).

Se ha conceptualizado la AT como un factor subyacente esencial para el éxito de las psicoterapias de diferentes modelos teóricos (Simpson & Reid, 2014; Bouchard et al., 2011) y con el paso del tiempo se ha convertido en el factor de cambio más frecuentemente estudiado desde las investigaciones empíricas (Castonguay et al, 2006; Flückiger et al., 2018). La correlación positiva entre AT y cambio o éxito terapéutico aparece como un factor común a diferentes tipos de terapia y también como factor común a diferentes perspectivas teóricas y motivos de consulta de pacientes (Castonguay et al, 2006).

Teóricos de diferentes corrientes psicoterapéuticas han reconocido desde hace mucho tiempo el factor crucial que juega la alianza entre terapeuta y paciente en los procesos de cambio (Castonguay et al, 2006) y la AT ha podido proveer un puente de unión óptimo entre investigadores y la práctica clínica, en tanto ha puesto de manifiesto lo que muchos desde la práctica intuían: que la relación importa. En este sentido y gracias a sus esfuerzos de conciliación puede pensarse la AT como el buque insignia del modelo científico-práctico (Constantino et al. 2002).

Siguiendo la historia del desarrollo del concepto tenemos que desde el movimiento humanista se ha prestado una especial atención al papel de la alianza terapéutica en el proceso psicoterapéutico. Para Carl Rogers (1957), la AT es definida como la colaboración y conexión positiva entre el terapeuta y el cliente, donde ambos trabajan juntos para lograr los objetivos terapéuticos.

Para Rogers, la calidad de la relación terapéutica es una pieza fundamental en el proceso de cambio y crecimiento personal del cliente. Sostiene que el terapeuta debe cultivar tres características fundamentales para fomentar una alianza terapéutica sólida: empatía, congruencia y aceptación incondicional.

La empatía implica que el terapeuta sea capaz de comprender y sentir genuinamente las experiencias y perspectivas del cliente. Esta capacidad de sintonizarse con la realidad subjetiva del cliente permite establecer una conexión emocional significativa y un sentimiento de ser comprendido y validado. La empatía contribuye a construir una base sólida para la alianza terapéutica, ya que el cliente se siente escuchado y acompañado en su proceso de autodescubrimiento y cambio.

La congruencia o autenticidad del terapeuta es otra característica necesaria para establecer una alianza terapéutica efectiva. Implica que el terapeuta sea genuino y

transparente en su comunicación, alineando sus sentimientos, pensamientos y acciones. Cuando el terapeuta es congruente, transmite sinceridad y confianza, lo cual ayuda a que el cliente se sienta seguro y cómodo en el proceso terapéutico.

La aceptación incondicional es la tercera característica clave propuesta por Rogers para la construcción de la alianza terapéutica. Se trata de aceptar al cliente sin juicio ni condiciones, valorándolo como persona independientemente de sus acciones, pensamientos o sentimientos. Esta aceptación incondicional proporciona un espacio de seguridad emocional en el que el cliente puede explorar y expresar libremente sus vivencias y emociones sin temor a ser rechazado o juzgado. La aceptación incondicional refuerza la confianza en la relación terapéutica y fortalece la alianza entre el terapeuta y el cliente.

En conjunto, la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional según Rogers crean una base sólida para la alianza terapéutica, brindando un ambiente seguro y de apoyo para que el cliente se explore y crezca. Estas características son esenciales para establecer una relación terapéutica basada en el respeto, la autenticidad y la colaboración mutua. La alianza terapéutica fortalecida facilita la apertura y la disposición del cliente para trabajar en su proceso de cambio, promoviendo así resultados terapéuticos positivos.

Para el conductismo, por otra parte, que pensaba la terapia como un proceso en el que el paciente aprende a modificar ciertas conductas o hábitos, lo esencial eran las características técnicas del terapeuta, poniendo especial énfasis en la calidad de las intervenciones, tareas, etc. Sin embargo la revolución cognitiva trajo consigo una revitalización del interés en la alianza terapéutica dentro de este modelo. La orientación cognitiva, y más específicamente las perspectivas constructivistas, han llegado a considerar la alianza como una parte esencial del proceso terapéutico (Safran, 1998).

3.2.2. La Alianza Terapéutica (AT) para el modelo de Terapia Cognitiva

El entendimiento y la conceptualización de la AT desde la terapia cognitiva (TC) ha evolucionado con el paso del tiempo. Los primeros escritos presentan a la AT como un fenómeno casi dado dentro del proceso terapéutico, o sea visto como algo que se daba naturalmente sin la necesidad de esfuerzo. Se veía como algo rutinario, fácil de establecer y que otorgaba un background positivo al correcto desarrollo de la terapia (Safran y Muran, 1998)

El terapeuta cognitivo debía proveer de calidez en la comunicación, respeto, ser genuino y entregar confianza en la terapia y se pensaba que bastaba esto para que el paciente respondiera de forma positiva y se lograra establecer una buena AT. Luego de este establecimiento se asumía que esta relación positiva y sin complicaciones se mantenía como un hecho dado hasta el final de la terapia. Por esta razón en un comienzo no se le otorgaba un rol a los procesos de mantención y reparación de la AT (Safran y Muran, 1998).

De todas formas, esta concepción de la AT se relaciona con el comienzo de la TC, que fue concebida por Beck (1976) como un tratamiento de corta duración para pacientes ambulatorios padeciendo de depresión. Beck (1979) concebía a la relación terapéutica como un empirismo colaborativo, en el que el terapeuta promueve la sensación de equipo de trabajo con el paciente, para que en conjunto puedan investigar la vida del paciente y formular hipótesis sobre las causas de los problemas que han aparecido en su vida. También en conjunto tienen la tarea de probar diferentes soluciones. Cada uno de los participantes de la díada se beneficia del trabajo mancomunado, en tanto el terapeuta es experto en TC y el paciente es el experto de su historia de vida.

Con la expansión de la TC hacia el tratamiento de otro tipo de trastornos psicológicos como los trastornos de personalidad borderline o el abuso de sustancia, donde es más probable que los pacientes experimenten dificultades interpersonales crónicas, el acercamiento de la TC a la AT se fue complejizando y evolucionando (Safran y Muran, 1998). Empieza a considerarse entonces a la AT como una fuente de acceso a la información sobre las formas interpersonales propias del paciente, incluyendo sus creencias centrales y esquemas relacionales. También la relación terapéutica puede pensarse como la base fundamental del cambio y comienza a escribirse sobre la necesidad de la autoconciencia por parte del terapeuta del rol que él juega dentro de la relación, para evitar así entrar en los ciclos disfuncionales de los pacientes (Safran & Segal, 1990).

Para el establecimiento de una buena alianza en TC a veces pueden utilizarse instrumentos de medición previos a la primera consulta. La recolección previa de datos a través de cuestionarios como el Sociotropy-Autonomy Scale (SAS: A.T. Beck, Epstein & Harrison, 1983) puede promover un establecimiento de una AT rápida y precisa, en la medida en que proporcionan información sobre la historia y/o las sensaciones y síntomas de la persona que consulta. El que el terapeuta tenga esta información previa puede ayudarlo a establecer formas de relación con el paciente que promueva la

sensación de adecuación entre paciente y terapeuta, o sea hace más probable que los pacientes sientan que han elegido al profesional adecuado (Safran y Muran, 1998).

Siguiendo a Safran y Muran (1998), para el mantenimiento de una buena AT, desde la TC se realizan una serie de recomendaciones, como el transmitir esperanza y actitud positiva, que el terapeuta se mantenga enfocado en su trabajo, mantener registros escritos o de audio por parte del paciente, tener sesiones de refuerzo o determinar frecuencias diferentes a las más establecidas sesiones semanales.

El transmitir esperanza y tener como terapeuta una actitud positiva significa creer en el paciente, de manera que luego él también vaya creyendo en sí mismo. En la TC el terapeuta debe ser activo, directivo y rápido en el compartir conocimiento, además de estar esperanzado en la recuperación de la persona que consulta.

Que el terapeuta haga su labor, desde la TC significa que muestra una fuerte ética de trabajo en la que la variable del tiempo es tomada en serio. Por lo mismo se tiene en mente la sensación de cierta urgencia en el tratamiento y en la necesidad de conseguir objetivos en plazos razonables. También ayuda mucho al mantenimiento de una buena alianza que el terapeuta recuerde los temas centrales y los detalles importantes de cada paciente.

Como en la TC es algo usual el uso de tareas fuera de las sesiones semanales, otro aspecto que ayuda a mantener la alianza terapéutica es seguir estas indicaciones, que son otra forma de acceder a la vivencia del paciente, y de progresar más rápidamente en el alivio y el logro de objetivos. Por esto algunos pacientes son invitados a tomar notas dentro de la sesión, o anotar sensaciones específicas entre sesiones. Algunos usan una carpeta en la que van organizando las diferentes tareas y los diferentes temas trabajados en la terapia, otros pueden incluso grabar las sesiones para revisarlas cuando lo necesiten. Todo esto puede hacer que la sensación de estar haciendo algo en conjunto con el terapeuta se fortalezca, lo que influye directamente en la sensación de vínculo que el paciente puede percibir.

Con determinar frecuencias diferentes en las sesiones, la TC busca proporcionar tranquilidad en los términos de las terapias, así entonces es común que se hagan sesiones de seguimiento, ya sea presenciales o telefónicas, algunas semanas y algunos meses después de terminada la terapia. Explicitar esto puede ayudar a darle la confianza al paciente de que, a pesar de que la TC puede ser de corto aliento, la relación

puede extenderse en el tiempo hasta que la persona se sienta lo suficientemente aliviada y capaz para continuar sola.

En la TC también se ha investigado y teorizado sobre las rupturas en la AT, evidenciando algunos tópicos que pueden llevar a la ocurrencia de esta complicación de la relación terapéutica. Por ejemplo, los pacientes pueden sentirse sobrepasados con la sobreactividad o el sobre optimismo por parte del terapeuta. Como desde la TC se promueve un terapeuta más activo y enfocado en objetivos y tareas, el promoverlas y perseguirlas debe considerar la voluntad y los tiempos del paciente. Cuando los terapeutas comienzan a marcar su propio tiempo y pierden la cercanía con el paciente en este aspecto, la alianza puede verse muy resentida (Safran y Muran, 1998).

Otro factor que puede complicar el establecimiento de una buena AT en TC es la competencia por el control. El terapeuta no debe olvidar que el paciente es el experto en sí mismo y en su historia, es el único que tiene real acceso a sí. Tomando esto en consideración es que las percepciones del paciente deben tomarse en serio, y no proponer relatos alternativos que descienden de los conocimientos teóricos que, como experto en TC, domina el terapeuta (Safran y Muran, 1998).

Por último, la anticipación del término de la terapia también puede convertirse en una dificultad para el mantenimiento de una buena AT en TC. En ocasiones la TC tiene definido un número de sesiones para los tratamientos y cuando esto ocurre a veces el pensar en el término de las sesiones puede ser un tema que impida el correcto desarrollo de la confianza y la seguridad necesarias para el trabajo terapéutico. En la TC se recomienda que, cuando aparece esta dificultad, el terapeuta se tome algunas sesiones para trabajar este tema, no dejándolo como algo secundario o no digno de atención (Safran y Muran, 1998).

3.2.3. La Alianza Terapéutica (AT) para el modelo de Terapia Constructivista

El desarrollo de la conceptualización y el estudio de la AT en el modelo constructivista ha puesto el acento de forma primordial en las rupturas y reparaciones de la alianza. Las rupturas consisten en el deterioro o fluctuación de la calidad de la alianza existente entre el terapeuta y el paciente (Safran, 1993). Las características de las rupturas varían en intensidad, duración y frecuencia, dependiendo de cada caso. En los casos más extremos la ruptura de la alianza puede verse en la expresión directa de malos sentimientos del paciente hacia el terapeuta o incluso la finalización prematura del

proceso terapéutico. Las fluctuaciones menores en el otro polo pueden ser extremadamente difíciles de reconocer por un observador externo o incluso por el mismo terapeuta.

El foco en este modelo está puesto en la ruptura y reparaciones porque se ha visto que incluso los procesos terapéuticos más exitosos pasan por al menos una ruptura durante el desarrollo de la terapia (Safran et al., 1990). Siendo la calidad de la AT un factor de gran relevancia para el éxito terapéutico, el desarrollar conocimiento que permita entender las rupturas y las formas de reparar la AT ayudará a lograr mejores tratamientos. Por otro lado las rupturas en la AT nos entregan información sobre los principios organizativos del paciente, nos muestran su forma de interpretar y de relacionarse con otros. Por último, las dificultades en la AT y su reparación puede impactar positivamente en el paciente, debido a que vive la experiencia que desconfirma modos previos de reaccionar y relacionarse (Safran, 1993).

La distinción tradicional entre técnicas de tratamiento y los factores relacionales del mismo era bastante clara en la farmacoterapia, sin embargo en la psicoterapia los factores técnicos están siempre mediados por los factores relacionales (Butler & Strupp, 1986). Para Butler y Strupp (1986), la complejidad y las sutilezas de la psicoterapia no puede ser reducida a una serie de ejercicios técnicos incorpóreos no encarnados, porque la técnica gana su significado y su efectividad dentro de una relación interpersonal particular.

Así, el impacto que genera en el paciente una conducta del terapeuta debe ser entendido en términos del significado que el paciente le entrega a esa acción, y el significado que el paciente le entrega está fuertemente influido por su única y singular historia de vida. La misma intervención terapéutica puede ser interpretada de diversas formas por distintos pacientes. Así alguno por ejemplo podrá significar la tarea de llevar registro de las emociones fuera de la sesión como un acto de preocupación y trabajo dedicado por parte del terapeuta, mientras que otra persona lo podrá sentir como una intromisión y un afán inadecuado de controlarlo fuera del encuentro en las sesiones. Por esta razón es que entender la forma en que el paciente significa lo que ocurre en la terapia y en su cotidianidad es crucial para el éxito terapéutico (Safran et al., 1990).

Algunos autores plantean que el significado que se le atribuye a las acciones de los otros es organizado en un esquema cognitivo central (Guidano & Liotti, 1983). El esquema cognitivo central puede ser pensado como la generalización de expectativas relacionales o como esquemas interpersonales que se han formado a través de la

historia vivida de cada sujeto (Safran, Segal, Hill & Whiffen, 1990). Los esquemas interpersonales pueden producir dificultades, lo que significa que activan ciclos interpersonales disfuncionales en el que las expectativas que la persona tiene de la interacción lo lleva a actuar de una manera que hace más probable que la otra persona actúe de una forma que confirma las expectativas disfuncionales. Un ejemplo de esto podría ser una persona que teme ser abandonado por los otros y para evitarlo recurre a actitudes invasivas y demandantes con los otros, lo que aumenta la posibilidad de cansarlos y de este modo confirmar el esquema central de ser una persona "abandonable".

Los ciclos interpersonales se producen en todas las relaciones que establecemos, no quedando fuera la psicoterapia. Cuando un terapeuta actúa de una forma que confirma el ciclo interpersonal disfuncional del paciente, lo que se produce como consecuencia es la perpetuación del ciclo. De manera opuesta, si el terapeuta logra no participar del ciclo interpersonal disfuncional se experimenta por parte del paciente la posibilidad de desafiar o cambiar las creencias disfuncionales (Safran et al., 1990).

Tanto la teoría como las investigaciones sugieren que las intervenciones terapéuticas que desconfirman las creencias disfuncionales del paciente sobre las interacciones que establecen con otros, promueven la colaboración en las tareas y objetivos terapéuticos, como subtemas de la AT. Por otro lado, las intervenciones que confirman las creencias disfuncionales perpetúan el ciclo interpersonal disfuncional y hacen más complejo el trabajo mancomunado hacia el logro de las tareas y objetivos terapéuticos propuestos (Safran et al., 1993).

Ya que en todo proceso terapéutico se producirán rupturas de la AT, puede pensarse esta como una oportunidad única para que el terapeuta pueda explorar las creencias, emociones y expectativas de los pacientes, a través de la exploración fenomenológica o exploración experiencial. La exploración permitirá acercarnos a los factores centrales que mantienen los ciclos interpersonales disfuncionales de los pacientes. El restablecimiento de una adecuada AT después de una ruptura puede ser uno de los eventos promotores de cambio más potentes. La resolución adecuada de la dificultad logra ayudar a la desconfirmación de algunas creencias centrales del paciente que lo acercan al sufrimiento (Safran et al., 1990). En este sentido el logro de la resolución y posterior generalización a otras áreas de lo cotidiano aumenta los grados de libertad del paciente y lo ayuda así en su proceso de cambio.

Un acercamiento a las rupturas y reparaciones de la AT puede verse en las investigaciones realizadas por Tronick (1989), quien estudió la descoordinación y la reparación de la interacción madres-infantes. Tronick vio que cuando las madres no sintonizan con una emoción del infante, como por ejemplo la pena, el niño respondía con una emoción secundaria, como por ejemplo la rabia. En las díadas saludables las madres logran sintonizar con esta emoción secundaria, lo que permite que la relación entre ambos sea nuevamente coordinada. En las díadas disfuncionales las madres no logran sintonizar con la emoción primaria y tampoco lo hacen con la secundaria, lo que lleva al mantenimiento de la descoordinación entre ellos.

Tronick y Cohn (1989) plantean la hipótesis de que la alternancia constante y repetida entre momentos de conexión y desencuentro emocional ayuda al niño a desarrollar la expectativa de que los desajustes emocionales pueden ser corregidos y que las experiencias negativas eventualmente se transformarán en positivas cuando se restablece la sintonía emocional. Esto permite que los niños desarrollen una representación interna de su capacidad para interactuar con los demás y perciban a la figura materna, por ejemplo, como una persona confiable. Esta representación interna es crucial para mantener relaciones interpersonales durante momentos de estrés o dificultad. En cambio, las dinámicas disfuncionales en las interacciones no permiten que los niños desarrollen esta representación de sí mismos como capaces ni vean a los demás como confiables. Como resultado, pueden experimentar dificultades para mantener compromisos y vínculos con otros en situaciones evaluadas por ellos mismos como subóptimas.

Safran & Segal (1993) proponen que estas experiencias del desarrollo tendrán un impacto en la relación que las personas establecen con los otros, y particularmente en la relación que el paciente establece con el terapeuta. En este sentido si el psicólogo es capaz de empatizar adecuadamente con la emoción, la alianza se verá fortalecida y el paciente logrará con el correr del tiempo acceder de mejor manera a las emociones e ir desconfirmado los ciclos interpersonales³ previos.

³ El concepto de ciclos interpersonales desde Safran y Seagal (1993) se refiere a los patrones recurrentes y dinámicas que se establecen en las relaciones interpersonales. Estos ciclos se caracterizan por interacciones repetitivas y predecibles que ocurren en las relaciones interpersonales.

Safran y Segal sostienen que estos ciclos interpersonales son influenciados por las historias individuales de cada persona, sus creencias, expectativas, necesidades y miedos. Los ciclos pueden involucrar una serie de eventos, respuestas emocionales y comportamientos que se repiten en un patrón predecible.

Estos ciclos interpersonales pueden tener una dinámica negativa o desafiante, en la cual las interacciones están llenas de conflictos, malentendidos o desconexiones emocionales. Por otro

Sobre las rupturas de la AT, Safran & Segal (1990) realizan una lista de siete marcadores que ayudan a identificar y posteriormente resolver las dificultades relacionales.

1. La expresión directa por parte del paciente de sentimientos negativos hacia el terapeuta.
2. La comunicación indirecta o tangencial de los sentimientos negativos hacia el terapeuta. Los sentimientos negativos podrían ser actuados por ejemplo a través de actitudes pasivo agresivas, como la negativa a cooperar o los silencios sostenidos.
3. Otro factor que permite identificar la ruptura de la AT es el estar en desacuerdo con los objetivos y las tareas propuestas en la terapia. En línea con lo planteado por Bordin (1979), el estar en desacuerdo en estos aspectos influye negativamente en el vínculo que se establece en la díada paciente-terapeuta.
4. La complacencia por parte del paciente a todo lo que propone el terapeuta. Los autores observaron que cuando los pacientes asienten a todo lo que el terapeuta propone, muchas veces está funcionando en ellos el miedo a arriesgar la relación con el terapeuta si se niegan a algo. Signo de este marcador es la rapidez con la que se llegan a acuerdos, pero sin un impacto posterior real. De cierta forma se accede a la idea declarativamente, aunque interiormente la persona no esté interesada en el rumbo que se propone.
5. Las maniobras evasivas, que se evidencian en las estrategias del paciente para protegerse de temas potencialmente profundos. Una forma de evasión puede ser el cambiar muchas veces de tema dentro de una misma sesión, el no responder o responder fríamente a las interpretaciones terapéuticas o también se consideran acá el llegar tarde o cancelar citas.
6. Las estrategias defensivas a través de racionalizaciones o abstracciones. Acá se ve a los pacientes respondiendo defensivamente a las intervenciones terapéuticas, justificándose o engrandeciéndose. También puede verse acá el escape hacia las explicaciones racionales en los momentos en que la sesión toca lugares sensibles del paciente.
7. El último marcador propuesto es la no responsividad a las intervenciones terapéuticas. En este último elemento se propone una secuencia de eventos en la que el paciente no responde positivamente al trabajo terapéutico.

lado, también pueden existir ciclos interpersonales más positivos y saludables, en los que las interacciones están marcadas por la comprensión mutua, el apoyo y la cooperación.

La comprensión de los ciclos interpersonales es relevante para la terapia, en tanto permite a los pacientes y a los terapeutas identificar y comprender los patrones disfuncionales o dañinos que pueden estar afectándolos. Al tomar conciencia de estos ciclos y explorar sus orígenes y significados subyacentes, se puede trabajar para interrumpir los patrones negativos y promover el cambio.

Importante señalar que si bien las rupturas de la AT han sido estudiadas desde el paciente en los puntos anteriores, la AT, y por supuesto las dificultades y las rupturas de ellas es siempre un fenómeno interpersonal, en el que tanto paciente como terapeuta participan.

Se han esbozado 5 principios generales que ayudan a resolver las rupturas de la AT (Safran & Segal, 1990).

1. El primero de ellos es la labor terapéutica de poner atención a las fluctuaciones de la relación, para así poder ser consciente de las rupturas de la AT cuando estas ocurran. Como la única forma de resolver las rupturas es percibiéndolas, se hace deseable que el terapeuta se encuentre siempre presto a identificarlas.
2. Atender a los propios estados emocionales. Las emociones del terapeuta proporcionan primero que nada un buen barómetro del estado relacional de la díada. Si el paciente siente la confianza suficiente para acceder a su mundo interno, la emoción del terapeuta tiende a ser la empatía. Si la empatía no está, es probable que la AT esté de alguna forma resentida. Además de eso, cuando el terapeuta está consciente de su propio estado emocional, puede ocupar esta información en los actos metacomunicativos. Por último, el estar atento a los propios estados emocionales ayuda a los terapeutas a ser más conscientes de su responsabilidad en los quiebres de la AT.
3. Aceptación de la responsabilidad. Para algunos este es una de los factores claves para la reparación de la AT (Kiesler, 1982). Es un acto que permite romper un ciclo en el que comúnmente terapeuta y paciente se encuentran bloqueados compitiendo entre sí e intentando validarse a sí mismos. Un ejemplo de esto podría ser: " Siento que estamos entrampados en una discusión en la que nos intentamos convencer mutuamente, no sé si tú sientes en este momento algo similar" El hablar desde el nosotros en este aspecto es crucial, ya que reconoce el aporte del terapeuta a la dificultad relacional que protagonizan ambos.
4. Empatizar con la experiencia del paciente. Empatizar en este principio se entiende como validar la emoción del paciente. Por ejemplo si lo que vive el paciente en un momento determinado parece ser rabia con el terapeuta, éste podría esbozar "creo que en tu caso yo también estuviese molesto".
5. Mantener la posición de observador-participante. Este aspecto toma máxima relevancia en el momento en el que se está usando la metacomunicación para resolver las dificultades en la AT. Al ser la metacomunicación un evento en que el terapeuta expone sus sensaciones, a menudo puede ocurrir que se pierde la capacidad de seguirse observando a sí mismo. Es importante pensar si lo que se

está haciendo en ese momento, con ese paciente y con esa intervención, estará siendo de utilidad o al contrario, está complicando aún más las cosas.

3.2.4. Instrumentos para medir la Alianza Terapéutica

Como consecuencia de muchos años de investigación sobre la AT, se han desarrollado varios instrumentos para medir este constructo desde el paciente, el terapeuta o a través de la perspectiva de un observador, siendo los más usados el WAI, CALPAS y la Escala de Penn (Ardito & Rabellino, 2011).

Si bien muchas de las escalas y test surgen desde la teoría psicodinámica, por lo menos uno de ellos (WAI) se ha desarrollado desde una perspectiva transteórica, por lo que la alianza puede ser medida desde cualquier modelo psicoterapéutico (Castonguay et al., 2006).

El WAI es un instrumento elaborado por Horvath y Greenberg (1986) sobre la base de la conceptualización teórica de Bordin acerca de la AT. Es un instrumento de autoreporte que considera la percepción, tanto del terapeuta como del paciente respecto de la AT durante el proceso de psicoterapia (Howard y Greenberg, 1986). Fue traducido, adaptado y validado en Chile el año 2001 por Patricia Santibañez. Las versiones nacionales poseen adecuada confiabilidad, medida a través del coeficiente alfa de Cronbach y una moderada validez de constructo convergente de ambas versiones, paciente y terapeuta (Santibañez, 2001).

Al relacionar los resultados de los test de alianza con los resultados terapéuticos se ha visto que las medidas realizadas al inicio, en especial en la tercera sesión, han sido fuertes predictores de los resultados (Simpson & Reid, 2014; Ardito & Rabellino, 2011). Así también se encuentra que son un mejor predictor las evaluaciones de autoreporte realizadas en pacientes con instrumentos como el WAI, el que al tener una perspectiva transterórica permite realizar la medición independientemente del modelo terapéutico desde el que se trabaje (Castonguay et al., 2006).

3.3. TELEMEDICINA DE SALUD MENTAL

En consonancia con lo que se ve en otros países, en Chile la posibilidad de recibir una atención especializada en salud mental es un beneficio al que se puede acceder

mayormente en las ciudades. La realidad centralizada del país hace que sea mucho más probable tener acceso a un tratamiento psicológico adecuado en la Región Metropolitana que en cualquier otra región. Al 2017 la ciudad de Santiago concentraba el 40.47% de la población (Instituto Nacional de Estadística, 2017). En esa misma dirección, actualmente el 44.3% de los psicólogos del país se forman y trabajan en la región Metropolitana (Denegri et al., 2021).

Según datos de la Superintendencia de Salud, al mes de marzo de 2019 había 59.966 psicólogos inscritos en el registro de prestadores de salud. Esto deja una proporción en nuestro país de aproximadamente 1 psicólogo cada trescientas personas, siendo los habitantes de zonas rurales los más desventajados. Muchas personas no tienen los medios para viajar largas distancias y buscar atención mental especializada, lo que se ve mayormente complejizado en situaciones de crisis y aumento de los combustibles. Además de esto, algunas dificultades psicológicas como fobias o ansiedad hacen que los pacientes eviten situaciones de aglomeramiento y largos viajes. Es más probable que los pacientes busquen ayuda psicológica en el lugar donde residen o en la comodidad de su casa, si estas opciones existiesen (Backhaus et al., 2012).

Con las circunstancias actuales, desencadenadas por el COVID-19, el bienestar mental y la demanda de servicios psicoterapéuticos ha aumentado. Según Bravo et al. (2020), el 73% de la población chilena considera que su vida es bastante o completamente diferente a la que tenía antes de la pandemia y el 45.9% de la población evalúa que su estado de ánimo actual es peor o mucho peor en comparación con la situación anterior a la pandemia del coronavirus. Krause (2020) sostiene que el 15.8% de la población mayor de 18 años informó haber experimentado síntomas depresivos en el último año, es decir, sentimientos de tristeza y pérdida de interés o capacidad de disfrutar, lo que se suma a la incertidumbre financiera que se asocia a la salud mental en Chile (Duarte & Jiménez Molina, 2020).

La telemedicina es un concepto que se utiliza para describir los servicios médicos prestados a distancia, en donde se reemplaza el contacto físico por un contacto virtual (González-Peña et al., 2017). Este servicio se ofrece cuando los prestadores de salud se encuentran geográficamente distantes de los pacientes (Backhaus et al., 2011). Nickelson, (en Stubbings, 2012) define la telemedicina como el uso de las telecomunicaciones y la tecnología de la información para entregar acceso a los servicios de salud, incluyendo la evaluación, diagnóstico, intervención, consultoría, supervisión, educación y entrega de información a distancia.

El principal objetivo de este tipo de servicio sería incrementar la disponibilidad de acceso a tratamientos de calidad, basados en la evidencia y especializados a personas que no pueden recibir o que tienen un acceso limitado a la atención presencial (Stubblings, 2012).

Grady et al., (2011), usa el término de telemedicina de salud mental para diferenciarlo de otros campos de la telemedicina que no se relacionan con el bienestar psicológico. Algunos profesionales que hacen intervenciones de telemedicina de salud mental son los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, médicos generales, consejeros y profesionales de atención primaria.

Han existido en el desarrollo de la medicina y psicología diferentes acercamientos a la telemedicina de salud mental. Dentro de ellos encontramos a la terapia telefónica, terapia a través de computadores, terapia a través de realidad aumentada, terapia basada en mensajes de texto y terapia a través de videoconferencia.

3.3.1. Terapia Telefónica

Desde 1949 hay reportes del uso del teléfono para realizar teleterapia telefónica (Berger & Glueck, 1949). Los primeros reportes en la literatura sugerían que tanto el diagnóstico como el tratamiento pueden ser administrados exitosamente vía telefónica. De todas formas la evidencia empírica hasta los 90 era muy escasa, pero desde que comenzaron a aparecer tratamientos estandarizados en la literatura enfocada en los tratamientos en persona, también comenzaron a aparecer estudios empíricos sobre efectividad en la teleterapia telefónica (Mohr et al., 2008).

La teleterapia telefónica ha demostrado ser efectiva para un amplio espectro de desórdenes, como la dependencia de alcohol y drogas, los trastornos de pánico con agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, bulimia, entre otros. La principal carencia de la teleterapia telefónica según los terapeutas es la imposibilidad de acceder a muchos indicadores de la comunicación no verbal, como los gestos de la cara, los movimientos del cuerpo, la mirada, etc (Stubblings, 2012).

3.3.2. Terapia Asistida Computacionalmente

Este tipo de teleterapia se refiere al uso de cualquier sistema computacional para el apoyo en el diagnóstico o tratamiento del paciente. Son sistemas que aportan un complemento al profesional de la salud y se dividen en centrales o periféricos (Marks et al., 2007).

Los periféricos son programas apoyados en el uso de CD-ROM's o DVD's que requieren la instalación por parte del paciente. Este tipo de programas trabaja de forma autónoma en el computador del paciente, sin la necesidad de estar conectado a una central. El inconveniente tiende a la aparición de complicaciones en la instalación, mantenimiento o reparación de estos programas.

Los centrales han ido ganando terreno en la medida en que internet se ha masificado, y su ventaja es que el paciente accede desde su computador vía internet a un programa que está centralizado, por lo que cualquier inconveniente en su ejecución puede ser intervenido o solucionado por el administrador del programa a distancia (Marks et al., 2007).

Los desórdenes psicológicos que han sido más estudiados y han mostrado resultados exitosos desde la terapia asistida computacionalmente son la fobia, los trastornos de pánico y los trastornos alimenticios. Los resultados sugieren que este tipo de intervenciones es efectiva en reducir la ansiedad si se compara con listas de espera (Regers & Graham, 2009).

De todas formas, como este tipo de tratamientos es complementario a visitas presenciales con los profesionales de la salud, se hace complejo determinar si la mejoría se debe solamente al uso de los recursos computacionales, o a otras variables del tratamiento. Al parecer lo que se ha logrado demostrar es que este tipo de complemento disminuye el tiempo de tratamiento, o incluso puede hacer que el tratamiento no sea necesario. De todas formas, la terapia asistida computacionalmente no parece ser en este momento un medio óptimo para acercar a los pacientes remotos o distantes con el acceso a una terapia adecuada (Stubblings, 2012).

3.3.3. Realidad Aumentada para Problemas Psicológicos.

La realidad aumentada es otra forma de utilizar los recursos digitales para proveer servicios de salud mental a distancia. La realidad virtual puede sumergir a los pacientes en una experiencia en 3 dimensiones en tiempo real, y es una tecnología que puede ser

instalada en computadores y manipulada por el paciente a través de controles manuales. La experiencia se vuelve completamente inmersiva con auriculares o lentes de realidad virtual.

Las patologías en las que más se ha estudiado este apoyo psicológico son las fobias a las alturas (Rothbaum et al., 1995), a volar (Rothbaum et al., 1996), a las arañas (Carlin et al., 1997), claustrofobia (Botella et al., 1998), fobia a hablar en público (Harris, Kemmerlin & North, 2002), fobia social (Klinger et al., 2005) y miedo a conducir (Walshe, Lewis, Kim, O'Sullivan & Wiederhold, 2003). El acercamiento teórico en líneas generales es Conductual, en el que se propone la exposición del paciente a los estímulos fóbicos gradualmente, intentando que su respuesta emocional o fóbica vaya siendo cada vez más tolerable, hasta llegar idealmente a la remisión sintomática.

La ventaja de esta tecnología radica en la posibilidad de crear y estandarizar ciertos ambientes que no se dan en la consulta terapéutica para exponer a pacientes. Este tratamiento puede disminuir el tiempo de los pacientes en terapia y/o ayudarlos a superar más acabadamente su sintomatología.

La desventaja hasta el momento es la velocidad con la que aumenta la tecnología. Generalmente, cuando las conclusiones de un estudio de terapia en la que se usa la realidad aumentada para el tratamiento de problemas psicológicos salen a la luz pública, la tecnología que se utilizó en ese estudio ya ha sido reemplazada por otra más nueva. Un ejemplo de esto es la aparición de lentes, audífonos, cinturones, guantes y una serie de elementos que año a año aumentan las experiencias inmersivas en la realidad virtual. Otra desventaja suelen ser los altos costos asociados a esta tecnología en la actualidad.

3.3.4. Terapia a Través de Texto

La terapia a través de textos se divide en sincrónicas y asincrónicas. La comunicación asincrónica es principalmente vía email y la sincrónica a través de chat. Este tipo de terapia se diferencia de la terapia asistida computacionalmente, porque en el caso de la terapia a través de texto se necesita de un terapeuta que interactúe con el paciente. En la terapia asistida computacionalmente no está esa necesidad.

Algunos beneficios de la terapia asincrónica a través de texto que menciona Yager (2001) es que el paciente puede escribir cuando se sienta más inspirado o en el

momento más crítico de sus sensaciones, sin la necesidad de acceder al momento complejo a través del recuerdo en la terapia. Esto puede ayudar a los pacientes a ir encontrando mayor claridad y entendimiento en sus pensamientos y emociones, en la medida en que las documentan en el momento en que ocurren.

El estudio más importante hasta el momento sobre terapia de texto asincrónica es de Vernmark et al., (2010) enfocado en pacientes con depresión mayor. El estudio compara la terapia a través de texto con terapia asistida computacionalmente. No se encontraron diferencias significativas en ambos tipos de terapia.

La terapia sincrónica a través de chat ocurre en tiempo real. Al igual que en la terapia asincrónica, uno de sus mayores beneficios es que queda un registro de lo que se comunicó. Walthger (1996) propone que algunos pacientes parecen comunicarse de una manera más abierta y auténtica a través de los mensajes de texto, pero al ser este un único estudio no puede generalizarse su conclusión.

Una desventaja que se ve en este tipo de terapia escrita tiene que ver con la presión sentida por los terapeutas de escribir "lo correcto". Si bien el cuidado puede ser entendido como algo positivo, también es probable que los terapeutas controlen en exceso sus intervenciones y se preocupen de no decir nada inapropiado o que pueda ser usado en su contra en acciones legales. La falta de genuinidad podría impedir el desarrollo de una alianza terapéutica adecuada y, en este sentido, podría impedir el desarrollo de una terapia exitosa.

3.3.5. Terapia vía Videoconferencia

La investigación y práctica de la terapia vía videoconferencia comenzó con la utilización de televisores conectados con enlace directo, lo que limitaba su uso dentro de una misma red, sin la posibilidad de practicarla en circuitos abiertos (Wittson et al., 1956; Wittson et al., 1972). Estos primeros acercamientos comienzan en el ámbito educacional e investigativo, principalmente dentro del área de la psiquiatría. Una segunda forma de conducir la terapia vía videoconferencia fue a través de una conexión satelital, sin embargo, esta tecnología era demasiado costosa e imposible de ser masificada (Chen et al, 1999). En un tercer momento se comienza a utilizar los teléfonos, siendo esto posible por la invención de las redes integrales de servicios digitales. Esta tecnología permitía enviar video y audio a través de los cables telefónicos (Stubbings, 2012). La cuarta y actual fase de la terapia vía videoconferencia toma como

soporte tecnológico el internet, que se ha convertido en la forma más habitual y económica de realizar videoconferencias, siendo además la forma que más se asemeja a la relación presencial (Richardson et al., 2009).

Una rama de la terapia vía videoconferencia es la psicoterapia vía videoconferencia (PVC). La psicoterapia vía videoconferencias (PVC) es entonces un tipo de telemedicina que le ofrece a los pacientes un mayor acceso a profesionales especializados de la salud mental (Backhaus et al., 2011).

La PVC ha ido ganando un espacio en la práctica psicoterapéutica desde los años 90, aumentando la velocidad de su uso notoriamente desde comienzos de los 2000. A pesar de que no existe consenso sobre la adecuación o utilidad de las intervenciones psicoterapéuticas realizadas en VCP, no hay duda en la actualidad de que este formato se ha ido ganado un rol central en la disciplina psicoterapéutica (Smoktunowics et al., 2020).

3.4. ALIANZA TERAPÉUTICA EN PSICOTERAPIA VÍA VIDEOCONFERENCIA

La mayoría de las investigaciones en psicoterapia de los últimos 20 años que se han propuesto medir la relación psicoterapéutica, lo han hecho a través de mediciones de la AT (Rees & Stone, 2005). La AT fue operacionalizada por Bachelor y Horvath como un esfuerzo colaborativo entre paciente y terapeuta para promover la cura (Bachelor & Horvath, 1999). A pesar de que la AT ha sido definida desde diferentes posiciones teóricas, la mayoría de las definiciones comparten tres elementos: el vínculo que se desarrolla entre el terapeuta y el paciente, es decir la calidad colaborativa de la relación y por otro lado el acuerdo mutuo de tareas y objetivos terapéuticos (Horvath & Symonds, 1999).

Está bien establecido que una AT positiva, junto con los efectos del terapeuta, es uno de los factores que mejor predice la efectividad o el éxito de un proceso psicoterapéutico (Wampold, 2001). La AT medida tempranamente en la terapia es un predictor confiable tanto para los buenos como para los malos resultados terapéuticos.

El uso de la PVC está recibiendo cada vez un mayor apoyo empírico (Bouchard et al., 2011) y la evidencia hasta ahora ha mostrado que no existe una diferencia significativa en la efectividad ni la calidad de la AT al comparar la psicoterapia presencial con la PVC (González-Peña et al., 2017; Backhaus et al., 2011; Grondin et al., 2019; Messina &

Loffler-Stastka, 2021), siendo considerada la alianza tanto por pacientes como por terapeutas como muy buena (Bouchard et al., 2011). Los resultados han sido abrumadores al mostrar que la fuerza y calidad de la AT en PVC no difieren de los resultados obtenidos en terapias presenciales, tomando en consideración un amplio rango de patologías (Simpson & Reid, 2014), como la agorafobia y el trastorno de pánico (Bouchard et al., 2020), reportándose altos montos de satisfacción por parte de los pacientes, llegando incluso algunos a preferir este formato por sobre el presencial (Bouchard et al., 2000). En algunos casos los pacientes se han mostrado más activos, con una mayor iniciativa, espontaneidad, confianza y desinhibición (Simpson & Reid, 2014). Es digno de mención que en algunos estudios la PVC ha mostrado mejores resultados que la psicoterapia presencial (Grondin et al. 2019). Por ejemplo, un estudio con pacientes bulímicas muestra que ellas perciben la PVC como menos intimidante, mientras que otros pacientes perciben que ellos tienen mayor control de la interacción, sintiéndose más libres de abandonar la sesión si sienten necesitarlo o de apagar la cámara si no quieren compartir su imagen (Simpson & Reid, 2014).

Como ha sido previamente mencionado, en el apartado de AT, Bordin describe tres factores como constitutivos de la AT: el acuerdo entre terapeuta y paciente en relación a los objetivos, el acuerdo en relación a determinadas tareas, y el vínculo entre ambos (Bordin, 1979). El vínculo habla del apego o de la naturaleza de la relación que se establece entre terapeuta y paciente, y es la base para el desarrollo de la confianza que posibilitará al paciente arriesgarse a enfrentar sus miedos y ansiedades (Simpson et al., 2014).

A pesar de que uno puede esperar que el acuerdo entre tareas y objetivos terapéuticos no se vea influido en PVC, la naturaleza del vínculo sí pudiese verse afectada por la presencia de la tecnología (Schopp et al., 2000). Bouchard et al., proponen 3 factores centrales que pueden facilitar el desarrollo del vínculo terapéutico en PVC: la capacidad individual del paciente y terapeuta de generar vínculo con otros, las creencias previas que ambos tengan del formato virtual en psicoterapia, y la experiencia de telepresencia durante el desarrollo de las sesiones vía videoconferencia (Bouchard et al., 2000).

Con telepresencia se entiende la idea de olvidar temporalmente la distancia física que existe entre psicoterapeuta y paciente (Bouchard et al., 2011; Simpson & Reid, 2014). Varios estudios han descrito la experiencia de paciente y terapeuta en PVC con la existencia del olvido de la distancia física y la sensación de estar completamente absortos en el proceso terapéutico sin que la mediación tecnológica intervenga de algún modo negativo (Bouchard et al., 2004; , Goetter et al., 2013; Porcari et al., 2009).

Aparentemente la sensación de telepresencia tiene un impacto en la calidad de la AT, especialmente en la variable del vínculo entre paciente y terapeuta. Por lo tanto, la telepresencia podría influenciar indirectamente los resultados de los tratamientos (Bouchard et al., 2020).

Una posible explicación podría estar en el rol que juegan las emociones en la interacción clínica, ya que la vivencia de la emoción y telepresencia están correlacionadas (Bouchard et al., 2011). Estudios muestran que los participantes de PVC son capaces de expresar e interpretar emociones a través del medio virtual (Backhaus et al., 2011), siendo la PVC una interacción cargada emocionalmente, principalmente desde el lado del paciente (Bouchard et al., 2011).

Para estudiar el fenómeno de la telepresencia relacionada con el compartir contenido altamente afectivo Bouchard et al., (2011) realizaron un estudio en el que se seleccionaron a 20 participantes. Antes de tener una videoconferencia con ellos y con el ánimo de homogeneizar la muestra, se evaluaron las tendencias inmersivas y la familiaridad que las personas sentían con la tecnología de comunicación vía videoconferencia. A los participantes se les invitó a hacer una lista de 5 eventos positivos que les hubiese ocurrido en los últimos 6 meses y a ordenarlos jerárquicamente de acuerdo a la intensidad, siendo el más intenso el número uno. Posteriormente se agruparon en 2 subgrupos, el primero relataría la experiencia más intensa primero, para luego pasar a la experiencia más neutral, y el segundo grupo lo hizo a la inversa. El relato de la experiencia se hizo en una llamada por videoconferencia que duró 15 minutos. Después de cada relato los participantes debían llenar un cuestionario sobre intensidad de telepresencia e intensidad de la emoción vivida. Entre los relatos de experiencias cargadas y el relato de las experiencias neutras se realizaron tareas distractoras. Los resultados mostraron que la manipulación emocional experimental de las emociones que se comparten a través del relato entre dos personas comunicándose a través de una videoconferencia tiene un impacto directo en la sensación de telepresencia. Mientras más emocionalidad es compartida, mayor es la sensación de estar en un espacio compartido con el otro, olvidando la distancia real entre ellos. Estos resultados también son consistentes con lo encontrado en el campo de la Realidad Virtual, donde los ambientes cargados emocionalmente generan una sensación inmersiva más potente que los ambientes neutros (Baños et al, 2004).

Para propiciar el desarrollo de la telepresencia y la emocionalidad en la PVC es necesario considerar algunos factores, como la sincronidad (poco delay), la resolución

de las cámaras y el ángulo en que se dispone, el uso de audífonos y micrófonos (Grondin et al. 2019).

Si bien por un lado la evidencia sugiere que la AT en PVC es equiparable a la AT en la psicoterapia presencial, Cataldo et al., (2021) sugiere que quizás las conclusiones han sido un poco prematuras debido a los distintos formatos y condiciones en las que una PVC puede llevarse a cabo. Los autores proponen que además de la relación entre terapeuta y paciente en PVC hay que poner atención en el impacto de un tercer elemento, que sería el medio tecnológico a través del cual se realiza la terapia (smartphone, computador, etc.).

El computador no es solo el vehículo a través del cual se comunican terapeuta y paciente, sino que se convierte en una presencia dentro de la relación. Como un componente más dentro del sistema tiene un impacto que cambia la naturaleza del encuentro entre dos personas. En este nuevo escenario encontramos entonces a paciente-computador-terapeuta, en el que los tres pueden influirse mutuamente.

Ahora, el cómo el computador influye en la relación es algo que no ha sido suficientemente estudiado. Cataldo et al. (2021) proponen que en este nuevo sistema los psicólogos deben hacer un mayor esfuerzo cognitivo y emocional en los actos metacomunicativos, ya que para llegar al paciente deben sortear la barrera que impone el contacto a través de una pantalla. El nuevo miembro del sistema está continuamente aportando nuevas reglas a la construcción de la relación terapeuta-paciente, muchas de ellas aún sin ser acabadamente estudiadas.

A pesar de las dudas, en la conceptualización de la telepresencia y en la investigación sobre la relación entre esta y el compartir contenidos emocionales pueden aparecer explicaciones tentativas sobre las razones del mantenimiento de buena AT en PVC en la mayoría de los estudios publicados sobre el tema (Bouchard et al., 2011)

3.5 VENTAJAS PSICOTERAPIA VÍA VIDEOCONFERENCIA

La PVC ofrece las mismas ventajas que otras formas de telemedicina, como el aumento de la accesibilidad, la equidad y la reducción de costos (Bouchard et al., 2000). Las ventajas de este formato pueden ser tanto para el paciente como para los terapeutas (Grondin et al. 2019).

Para los terapeutas uno de los beneficios es el ahorro del arriendo de oficinas y el ahorro de tiempo y dinero en pasajes y traslados (González-Peña et al, 2017). Además, el trabajo a distancia permite mayor flexibilidad horaria, expandir la práctica clínica hacia distintos lugares, mayor libertad a la hora de elegir donde vivir o continuar trabajando con un paciente cuando este cambia de ciudad o país (Stubbings, 2012). El desarrollo de la PVC también ha ayudado a la proliferación de mayor apoyo y supervisión a psicólogos ubicados en áreas remotas (Simpson et al., 2014). La evidencia muestra que el apoyo clínico entre pares y los programas educativos psicológicos a distancia son un beneficio para los involucrados (Grady et al, 2011)

En el caso de los pacientes, la accesibilidad es un beneficio significativo para residentes de zonas remotas o rurales, en las que comúnmente existe un mínimo acceso a tratamientos psicoterapéuticos adecuados (Simpson & Reid, 2014), siendo a veces entregados por profesionales con un enfoque más genérico como terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales o enfermeras (Stubbings, 2012). Por otro lado, también puede generarse un ahorro en los tiempos de traslado y ayudar a reducir el estigma asociado a ser visto en un lugar de atención psicológica, esto último sobre todo en localidades pequeñas (Simpson & Reid, 2014). El ahorro en el tiempo es algo especialmente importante en los tratamientos psicológicos, en tanto muchos de ellos requieren de consultas semanales para ser efectivos (Stubbings, 2012).

3.6 DESVENTAJAS DE LA PSICOTERAPIA VÍA VIDEOCONFERENCIA

La naturaleza de la comunicación a través de la PVC es diferente a la comunicación que se da en la presencialidad. Las personas entregamos y procesamos los mensajes, experiencias, sentimientos y pensamientos a través de nuestros sentidos y nuestro cuerpo (Schultze, 2010). Nuestro cuerpo es una fuente de información, comunicamos incluso sin quererlo y en la materialidad del cuerpo se encierra nuestra experiencia y conocimiento (Lakoff & Jonson, 2008). En PVC la experiencia física es interrumpida y el procesamiento de las claves comunicacionales recae en los sentidos de la vista y el oído.

La PVC muestra limitantes, como las dificultades técnicas que pueden impedir la fluidez de las sesiones (delay del sonido), la imposibilidad de saludar de mano, de entregar pañuelos a un paciente que llora o mirar directamente a los ojos (Bouchard et al., 2000). Es probable que los terapeutas se esfuercen más en transmitir empatía y cercanía de forma verbal, hagan más preguntas para clarificar los elementos no verbales que

percibe por parte del paciente, sean más exagerados en gestos y entonación, como una manera de compensar alguno de esos factores. Este mayor esfuerzo o diferencia con respecto a la psicoterapia presencial pudiese incidir en la percepción negativa por parte de los terapeutas del formato a distancia (Simpson & Reid, 2014). Estudios han evidenciado un sesgo negativo existente en los terapeutas, quienes perciben la alianza como más débil en la PVC, a pesar de ser exactamente la misma interacción. También los terapeutas han expresado escepticismo sobre el potencial de desarrollo de la PVC (Rees et al, 2005). De cierta forma la psicoterapia presencial ha sido percibida como el estándar óptimo de atención, quedando percibida por los terapeutas la PVC como inferior, solo aconsejable como una adaptación frente a la imposibilidad de la presencialidad (Simpson & Reid, 2014).

Markowitz et al., (2021) elaboran una lista de diferencias entre las condiciones de la terapia presencial versus la PVC, poniendo el acento en las características de la PVC en el contexto del COVID-19, donde más que ser una alternativa para pacientes y terapeutas, pasó a ser la única forma posible de hacer psicoterapia.

3.6.1 Setting

El primer punto que desarrollan se refiere al Setting. Si bien muchos terapeutas estaban medianamente familiarizados con el uso de las videollamadas para realizar psicoterapia, al menos la primera entrevista se realizaba de forma presencial (Lowell et al., 2019), de manera de poder evaluar al paciente y facilitar el establecimiento de una buena AT, antes de continuar con el tratamiento remoto. Durante la pandemia esto no fue posible, los tratamientos se convirtieron en PVC desde el comienzo y en su total desarrollo.

Poder mantener el foco durante las sesiones parece ser más complicado, ya que el paciente ya no se encuentra en una misma habitación con el terapeuta, sino que en una pantalla. En vez de dos seres humanos totalmente comprometidos en un espacio común, el terapeuta se encuentra con una imagen de un paciente en un computador, percibiendo una voz sin cuerpo y rodeados ambos (pacientes y terapeutas) de diversos estímulos distractores. Si bien hay estudios que sugieren que la AT se puede establecer de buena forma en la PVC (Anderson et al., 2018), es probable que las muestras seleccionadas correspondan a díadas pacientes-terapeutas muy entusiastas con el modelo, y por lo tanto los resultados quizás no sean generalizables.

En PVC las distracciones abundan y la privacidad es una característica que no siempre puede ser cumplida. La instrucción terapéutica de encontrar un lugar seguro desde

donde realizar la PVC no siempre es posible de cumplir, sobre todo para los pacientes menos privilegiados. En este contextos los ruidos del ambiente alrededor del paciente funcionan como distractores, además de todos aquellos que puedan aparecer en la misma pantalla que se utiliza para llevar a cabo la sesión.

Cataldo et al. 2019, piensan que la presencia es esencial para desarrollar un correcto tratamiento psicoterapéutico, pensándola como la base para construir empatía y una buena AT, además de permitir la reestructuración cognitiva y el procesamiento emocional (Colosimo & Pos, 2015). Para otros el estar presentes es necesario para establecer un contacto profundo con los pacientes (Cooper, 2007), y estar presente para el terapeuta significa estar conectado con el ambiente y anclado al contexto físico compartido (Perls et al., 1973). El terapeuta experimentado es responsivo a todo lo que ocurre dentro del box (Colosimo & Pos, 2015).

En VCP los interlocutores no pueden manejarse todo lo libremente que quisiesen, dado el hecho de que la mayoría de sus acciones no son perceptibles por el interlocutor debido a los recortes visuales establecidos por las cámaras. Este hecho es conceptualizado como ecología fracturada (Luff et al., 2003). Debido a la fractura existente entre el medio ambiente físico en el que la conducta se genera versus el medio ambiente físico en que la información se recibe, la comunicación es sostenida en gran parte por el discurso hablado, que también puede ser interrumpido por sonidos y ruidos del exterior (De Fornel & Libbrecht, 1996).

3.6.2 Discomfort Físico y Psicológico del Terapeuta

Un segundo elemento que analizan Markowitz et al., (2021) tiene que ver con el discomfort físico y psicológico por parte del terapeuta. Los investigadores definen como física y psicológicamente extenuante la práctica de PVC, proponiendo diferentes razones como por ejemplo el mayor esfuerzo para permanecer focalizado y la mayor dificultad para leer las claves interpersonales del paciente a través de la pantalla. El estar sentado en frente de una pantalla constriñe los movimientos físicos y los movimientos reflejos entre terapeuta y paciente también pueden verse limitados.

Los psicólogos pueden sentir más aburrimiento y sentir la sesión menos fluida en PVC que en la práctica presencial. Si bien no hay conclusiones absolutas sobre el impacto de las sensaciones de los terapeutas durante las sesiones en el resultado de la psicoterapia, sí hay estudios que plantean que un terapeuta con buenas sensaciones sobre el proceso promovería una más rápida y mayor reducción sintomatológica (Heinonen et al., 2014)

En el estudio dirigido por Messina y Löffler-Staska (2021), se muestra que los terapeutas perciben una disminución de sus capacidades clínicas en la PVC, a modo general dando la sensación de no estar haciendo la terapia todo lo bien que podrían. Específicamente los psicólogos ven reducida su capacidad de vincularse con el paciente y promover a AT, también se sienten menos naturales en la conversación y en la forma de tramitar la transferencia y contratransferencia.

3.6.3 Transmisión

Las dificultades técnicas impiden una comunicación cien por ciento fluida, llegando incluso a interrumpirla en algunos momentos. Pueden haber problemas en el momento de conectarse, o aparecer luego pantallas congeladas, avisos de los sistemas de "conexión inestable", delay en el audio o mala calidad del mismo, una iluminación inadecuada, etc. El tiempo y el esfuerzo dedicado a resolver estos inconvenientes es tiempo que se resta al trabajo terapéutico.

3.6.4 Distanciamiento Emocional

En la PVC hay una pérdida del matiz afectivo del paciente (Markowitz et al., 2021), algo que aparentemente incomoda más a los terapeutas que a los pacientes (Nardi & Whittaker, 2002). La pérdida afectiva hace de la experiencia para el terapeuta menos vibrante. Con la separación física se hace más complejo entender o pesquisar las claves no verbales como la respiración o los movimientos corporales. Este parece ser un inconveniente sobre todo para las terapias que se enfocan en la vivencia afectiva, más que en el contenido del relato. La dificultad para encontrarse afectivamente con el paciente en el momento puede influir negativamente en el logro del cambio. Si bien algunos pacientes, como por ejemplo aquellos con fobia social, pudiesen preferir la PVC, también es posible que su padecer se agrave al trabajar desde la seguridad de su casa y sin la necesidad de exponerse y enfrentar sus temores.

Otros desafíos por considerar es que pareciera ser relevante que el terapeuta promueva la telepresencia y la cercanía con ciertos aspectos técnicos, como mirar hacia la cámara, intentar no interrumpir el relato del paciente, adaptarse al lenguaje que el paciente está utilizando, compartir un mismo tono facial (sonreír con o estar serio con el paciente) y gesticular dentro del rango de visión de la cámara. Estas preocupaciones son compartidas con la psicoterapia presencial, pero parecen necesitarse aún más en la PVC (Haddouk et al, 2019).

Las principales preocupaciones de los terapeutas de las nuevas tecnologías pueden dividirse en aspectos clínicos (como la alianza terapéutica, la efectividad de la terapia o la pérdida de información no verbal), aspectos legales (resguardo de la confidencialidad) y técnicos (calidad de los soportes digitales para la interacción, problemas de conectividad) (González-Peña et al., 2017). Por otro lado se ha visto que los terapeutas tienen la sensación general de no estar realizando su trabajo todo lo bien que pudiesen en la PVC, teniendo dificultades en facilitar la alianza terapéutica o sintiéndose poco naturales en la interacción. Todo esto mientras la efectividad medida por tests y la percepción de la alianza por parte del paciente se mantienen al mismo nivel que la psicoterapia presencial (Messina & Löffler-Stastka, 2021). Ha sido común que los psicólogos comiencen a realizar PVC mayormente por eventualidades, más que de forma preparada y planificada. Esto puede incidir en la percepción de ansiedad y poca preparación para la adaptación a los canales digitales (González-Peña et al., 2017).

3.6.5 Prejuicios del Terapeuta

Sin embargo en la adopción de este formato de terapia también existe una resistencia al cambio por parte de los terapeutas, quienes aparentemente tienen sesgos al momento de evaluar la AT en PVC. Para profundizar en el entendimiento de este fenómeno Rees & Stone (2005) realizaron un estudio en el que uno de los autores replicaba con un actor una sesión real. Esta sesión replicada con el actor fue grabada en un formato presencial y también en un formato de PVC. Las sesiones resultantes eran idénticas según el juicio de psicólogos externos al estudio. Después de realizado el material, que consistía en videos de 20 minutos cada uno, fue mostrado a psicólogos participantes del estudio. A los participantes se les pidió que vieran los videos y evaluaran la AT en ambos formatos. El resultado obtenido fue que los psicólogos puntuaron significativamente inferior la AT en las PVC, a pesar de ser interacciones idénticas.

3.7. ENTRENAMIENTO EN PVC

Siendo el ejercicio de la PVC una práctica en auge, existe la necesidad de crear o potenciar la formación de terapeutas con habilidades para su correcta práctica (González-Peña et al., 2017), creando por ejemplo guías o estándares de calidad (Haddouk et al, 2019), de manera de poder ayudarlos a trabajar las dificultades que el medio online implica (Messina & Löffler-Stastka, 2021; Simpson & Reid, 2014; Haddouk et al, 2019). Además se hace necesaria la elaboración de códigos éticos y de confidencialidad de datos (González-Peña et al., 2017). Dentro de las estrategias exitosas usadas por los terapeutas para promover la alianza, la emocionalidad y la telepresencia, se han visto la exageración de ciertos componentes no verbales

(entonación y gesto de manos) y el reflejo verbal de los estados emocionales del paciente (Grondin et al. 2019).

Por otro lado, parece aconsejable que los terapeutas se focalicen en la sensación general de la telepresencia, en vez de atender de sobremanera a las pequeñas fallas de comunicación que pueden ocurrir en la PVC. Además de esto es recomendable que el terapeuta esté atento a las manifestaciones explícitas de no aceptación del formato a distancia por parte del paciente (Bouchard et al., 2020). Estas consideraciones, entre otras, pueden ser tomadas en cuenta en futuros cursos de aprendizaje.

4. METODOLOGÍA

La metodología aplicada a la presente investigación siguió un diseño de etapas. La primera etapa fue cuantitativa, con un diseño no experimental de corte transversal con un alcance descriptivo y comparativo. Se midió la variable "Alianza Terapéutica", que operacionalmente fue entendida desde el autoreporte del paciente del test Working Alliance Inventory (WAI). La segunda etapa fue cualitativa, en donde se entrevistó a pacientes que hayan marcado una baja AT con el fin de profundizar en los factores que dificultan a los pacientes el establecimiento de una buena AT en PVC. Estos datos fueron analizados mediante Teoría Fundamentada (TF).

1. Etapa Cuantitativa

Participantes

Se seleccionó una muestra por conveniencia (no probabilística) de pacientes acudiendo a PVC desde un modelo de Psicoterapia Constructivista Cognitivo. El criterio de inclusión fue que los pacientes estuvieran trabajando en psicoterapia online en las consultas particulares de los alumnos del magíster de Psicoterapia Adulto de la Universidad de Chile, modelo Constructivista Cognitivo; fueran mayores de 18 años, y hubieran tenido al menos 3 sesiones de psicoterapia a distancia. El criterio de exclusión fue que estuvieran padeciendo un episodio psicótico, bajo el criterio de sus psicólogos tratantes. Se trabajó con un N=30, lo que dejó a este estudio dentro de los 8 con mayor N publicado sobre la temática de la alianza en PVC, siguiendo los criterios de selección del metaanálisis de Simpson et al., 2014. Del total de tests aplicados se seleccionó el 25 por ciento de menos puntaje para evaluar los factores que dificultan el establecimiento de la AT.

Los pacientes fueron invitados en primera instancia por los terapeutas tratantes, quienes hicieron la presentación verbal del estudio y fueron invitados a participar, utilizando para ello el documento aprobado por la Comisión de Ética de la facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Aquellos pacientes que accedieron a participar fueron contactados vía correo electrónico por el investigador, enviándoles en esa misma instancia la presentación del estudio y el consentimiento informado. A los participantes que enviaron el consentimiento informado aprobado se les envió el formulario de Alianza Terapéutica (WAI), que también fue respondido en línea.

Diseño muestral y estrategia de muestreo

Esta muestra está compuesta por 30 participantes. A continuación, se realiza un análisis descriptivo de cada uno de los conjuntos de datos obtenidos:

1. De los 30 participantes, 5 (16.6%) son hombres y 25 (83.3%) son mujeres.
2. El promedio de edad es de 29.4 años, la mediana es 27 años y la moda es 24 años. El valor máximo de edad es 59 años y el valor mínimo es 19 años.
3. Del total de la muestra, 21 (70%) participantes viven en la Región Metropolitana de Santiago, mientras que 9 (30%) viven en otras regiones.
4. El motivo de consulta se divide en dos categorías: 25 (83.3%) asistieron por motivación propia y 5 (16.6%) por recomendación de otros.
5. La mayoría de los participantes (26, 86.7%) utilizaron Google Meet para la atención, mientras que 9 (30%) utilizaron Zoom y 2 (6.7%) utilizaron WhatsApp Video.

6. El lugar de conexión se divide en cuatro categorías: 26 (86.7%) participantes se conectaron desde su casa con privacidad, 1 (3.3%) desde su casa sin privacidad, 1 (3.3%) desde la universidad y 2 (6.7%) desde su casa con y sin privacidad.
7. La mayoría de los participantes (14, 46.7%) utilizaron un computador sin audífonos para conectarse, mientras que 9 (30%) utilizaron un computador con audífonos, 4 (13.3%) utilizaron un celular con audífonos, 1 (3.3%) utilizó un celular sin audífonos y 2 (6.7%) utilizaron tanto un computador como un celular.
8. En cuanto a la calidad de la conexión a internet, 20 (66.7%) participantes reportaron una conexión bastante buena, 7 (23.3%) reportaron una conexión excelente y 3 (10%) reportaron una conexión regular.

En resumen, esta muestra está compuesta principalmente por mujeres (83.3%), residentes de la Región Metropolitana de Santiago (70%) y con una edad promedio de 29.4 años. La mayoría de los participantes utilizó Google Meet (86.7%) para la atención y se conectó desde su casa con privacidad (86.7%). La mayoría utilizó un computador (60%) para conectarse, con una calidad de conexión bastante buena (66.7%).

Todos los participantes fueron contactados una vez habiendo realizado al menos 3 sesiones de psicoterapia. Todos los participantes fueron atendidos por psicoterapeutas que declarasen trabajar bajo el paradigma epistemológico constructivista, cursando todos ellos el magíster de Psicoterapia Adulto de la Universidad de Chile, bajo el modelo Constructivista Cognitivo.

Test de recolección de datos

La medición de la alianza terapéutica se realizó mediante la adaptación del WAI realizada en Chile. Este test fue traducido, adaptado y validado en Chile por Santibáñez, P (2001). El test es una escala tipo Likert de 7 categorías y mide los tres dominios de la AT propuestos por Bordin: metas, tareas y vínculo. Consta de un total de 36 preguntas, que se dividen en 12 preguntas por cada dominio. Cada respuesta recibe un puntaje entre 1 y 7, siendo entonces el puntaje mínimo 36 y el máximo 252. Puntajes más elevados se interpretan como signo de una mejor AT. El test posee actualmente tres versiones, una enfocada en el terapeuta, otra en el paciente y una última versión observacional, o sea que los valores los asigna un tercero. El trabajo de Santibañes (2001) adapta y valida la versión para el terapeuta y la versión para el paciente. A continuación se describen los resultados de confiabilidad y validez de esa adaptación y validación.

La confiabilidad medida a través de Alpha de Cronbach es alta en ambas versiones del instrumento, fluctuando entre .67 y .80 en la versión de autoreporte del paciente y entre .70 y .88 en la versión de autoreporte del terapeuta.

Sobre la validez de constructo convergente entre las versiones para el terapeuta y para el paciente, los valores obtenidos en la adaptación en Chile son menores a los reportados en el test original para ambas versiones (terapeuta y paciente), sin embargo, aunque los valores fueron moderados al correlacionar las mismas escalas en distintos sujetos (.19 a .44), estos son mayores que los encontrados en distintos sujetos medidos en diferentes rasgos, resultado que apoya la validez convergente de las escalas de la adaptación chilena del WAI (Santibáñez, 2003).

Debido a las altas correlaciones entre las diferentes escalas del WAI y especialmente fuerte entre las tareas y metas (alpha sobre .80), se puede hablar de una interdependencia entre ellas y, por este motivo, sostener que el WAI mide en primera instancia un factor general de alianza.

Ya que la evidencia sugiere que el WAI es confiable al correlacionarse con medidas de resultado psicoterapéutico (Horvath & Greenberg, 1986; Simpson & Reid, 2014; Ardito & Rabellino, 2011) y que las medidas de la calidad de la alianza hecha en los pacientes en las fases iniciales de la psicoterapia es el mejor predictor del resultado de la psicoterapia (Horvath & Bedi, 2002), se midió en las fases iniciales, con al menos 3 sesiones realizadas. La medición de la Alianza Terapéutica se realizó solamente desde la perspectiva del paciente.

Plan de análisis de datos

Posteriormente los datos en general y los datos de cada subescala fueron analizados descriptivamente. Dentro del análisis descriptivo se observará la distribución de frecuencias, las medidas de tendencia central (media, mediana y moda), y las medidas de variabilidad (rango, desviación estándar y varianza). Como la muestra que se usará en este estudio será por conveniencia, los resultados no pretenden ser generalizados, por lo que no se realizará un análisis estadístico inferencial.

Ya que ningún test utilizado para medir la AT (incluido el WAI) tiene puntajes estandarizados, sino que solo permiten la comparación dentro del grupo que se usa como muestra, lo recomendable es realizar una segmentación por desviaciones

estándar para el análisis descriptivo de los datos (Horvath, comunicación personal, 26 de marzo de 2022).

Los datos fueron analizados en SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). La confiabilidad será calculada con el Alfa de Cronbach. Para medir la validez de constructo entre las distintas escalas del WAI se utilizará la matriz multirasgo-multimétodo (MRMM).

Lo descrito en la metodología hasta acá corresponde a la primera etapa de la investigación, que fue cuantitativa, con un diseño no experimental de corte transversal y con un alcance descriptivo y comparativo. Así, se buscó dar respuesta a la primera parte del objetivo general, que era evaluar la calidad de la AT en PVC desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos.

2. Etapa Cualitativa

Participantes

Los participantes de la etapa cualitativa cumplen los mismos criterios de inclusión y exclusión antes mencionado, es decir: que los pacientes estuvieran trabajando en psicoterapia online en las consultas particulares de los alumnos del magíster de Psicoterapia Adulto de la Universidad de Chile, modelo Constructivista Cognitivo; fueran mayores de 18 años, y hubieran tenido al menos 3 sesiones de psicoterapia a distancia. El criterio de exclusión fue que estuvieran padeciendo un episodio psicótico, bajo el criterio de sus psicólogos tratantes. Como paso siguiente y tomando en cuenta lo anterior, se hizo una selección del 25% más bajo de los puntajes en el WAI, para así obtener una muestra homogénea que permita el adecuado trabajo desde la teoría fundamentada y así poder trabajar la segunda propuesta del objetivo general, que es el identificar los factores que dificultan su adecuado establecimiento de la AT en en PVC desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos. El haber puntuado dentro del 25% inferior en los test de alianza se constituyó en un nuevo criterio de inclusión en esta etapa.

Los participantes que cumplían con el criterio antes descrito fueron contactados vía correo electrónico para realizar la invitación y todas las entrevistas las realizó el investigador a través de videollamadas.

A continuación, se realiza un análisis descriptivo de cada uno de los conjuntos de datos obtenidos de los participantes:

1. Las participantes fueron 8 mujeres y no hay participantes hombres.
2. El promedio de edad es de 32.625 años, la mediana es 30 años, el valor máximo de edad es 59 años y el valor mínimo es 19 años.
3. Del total de participantes, 7 (87.5%) participantes viven en la Región Metropolitana de Santiago, mientras que 1 (12.5%) vive en otra región.
4. El motivo de consulta se divide en dos categorías: 6 (75%) asistieron por motivación propia y 2 (25%) por recomendación de otros.
5. La mayoría de los participantes (5, 62.5%) utilizó Google Meet para la atención, mientras que 3 (37.5%) utilizó Zoom.
6. Todos los participantes (100%) se conectaron desde su casa con privacidad.
7. La mayoría de los participantes (5, 62.5%) utilizó un computador sin audífonos para conectarse, mientras que 3 (37.5%) utilizó un computador con audífonos. Ninguno de los participantes utilizó un celular para conectarse.
8. En cuanto a la calidad de la conexión a internet, 4 (50%) participantes reportaron una conexión excelente, 3 (37.5%) reportaron una conexión bastante buena y 1 (12.5%) reportó una conexión regular.

En resumen, las participantes fueron exclusivamente mujeres (100%), la mayoría de las cuales vive en la Región Metropolitana de Santiago (87.5%). La mayoría de los participantes se conectó desde su casa con privacidad (100%) y utilizó un computador sin audífonos (62.5%) para conectarse. La calidad de la conexión a internet fue mayoritariamente bastante buena o excelente (87.5%).

Al momento de la entrevista todos habían cursado al menos tres sesiones de psicoterapia a distancia.

Todos los participantes fueron atendidos por psicoterapeutas que declarasen trabajar bajo el paradigma epistemológico constructivista, cursando todos ellos el magíster de Psicoterapia Adulto de la Universidad de Chile, bajo el modelo Constructivista Cognitivo.

Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de los datos cualitativos se realizaron entrevistas a distancia con cada uno de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y se utilizó codificación abierta, axial y selectiva para el análisis de las entrevistas. Las entrevistas fueron realizadas exclusivamente por el investigador.

La entrevista cualitativa se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre el entrevistador y el o los entrevistados y a través de preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Janesik, 1998). Este tipo de entrevista tiene un carácter más íntimo, flexible y abierta que la cuantitativa (King y Horrocks, 2010).

Plan de análisis de datos

En la revisión de los datos primero se realizó una codificación abierta, que implicó comparar unidades de análisis con el fin de descubrir categorías relevantes para el entendimiento de los factores que dificultan el adecuado establecimiento de la AT en en PVC desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos.

En este proceso se identificaron 3 ejes: el primero de ellos se asocia a las dificultades que se experimentan en relación a los factores interpersonales de la relación terapéutica, el segundo asociado a las dificultades relacionadas con el lugar desde donde el paciente realiza la PVC y por último el tercero, asociado a la naturaleza de los dispositivos que se utilizan para la realización de la PVC.

Luego se procedió a hacer una codificación axial, que implica descubrir las categorías más importantes en términos de frecuencia y relevancia, para posteriormente agrupar las categorías similares en temas. Finalmente se realizó la codificación selectiva, que consiste en determinar la categoría o tema central que explica el fenómeno o problema (Gallicano, 2013).

Para el método de TF, Creswell y Creswell, 2018 proponen que la categoría central debe poseer algunas propiedades, como ser el centro del fenómeno, que todas las otras categorías se vinculen a ella, aparecer frecuentemente en los datos, se satura regularmente rápido, tiene una relación lógica y consistente con el resto de las categorías, robustece el poder explicativo de la teoría y emerge en diferentes tipos de casos y condiciones, o sea, aunque las condiciones varíen.

Así, en este proceso se buscó producir una teoría sustantiva (local) respecto de las dificultades que perciben los pacientes para establecer una adecuada AT en PVC desde un modelos Constructivista Cognitivo en el contexto cotidiano del paciente y usando sus mismos dispositivos.

5. RESULTADOS CUANTITATIVOS

Los resultados cuantitativos pretenden dar respuesta a la primera parte del objetivo general de este proyecto, que es “evaluar la calidad de la AT en PVC desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos”. Además intentan responder el primer objetivo específico, que es “medir la calidad de la AT en PVC desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes”

Estos datos representan los resultados de puntaje total del test de alianza terapéutica WAI (por sus siglas en inglés, "Working Alliance Inventory"). A continuación, se realizó un análisis estadístico de los datos para describir su distribución y características:

- Tamaño de muestra: 30
- Mínimo: 174
- Máximo: 246
- Media: 219.87
- Mediana: 227
- Desviación estándar: 23.49
- Rango: 72

La media es de 219.87 puntos, la mediana de 227 puntos y el rango es de 72 puntos. La desviación estándar indica que los datos están bastante dispersos alrededor de la media.

Los resultados indican que el puntaje total del test de alianza terapéutica WAI varía de 174 a 246 puntos en esta muestra de 30 pacientes. Los puntajes más altos sugieren una mejor alianza terapéutica, mientras que los puntajes más bajos sugieren una relación menos efectiva entre el terapeuta y el paciente.

Para determinar si hay diferencias significativas entre los totales de vínculo, tareas y metas se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de una vía. El ANOVA comparó la varianza entre los grupos con la varianza dentro de los grupos, para determinar si hay diferencias significativas en los promedios de las variables entre los grupos.

En este caso, se tiene una muestra de 30 pacientes con tres variables: Total Vínculo, Total Tareas y Total Metas. Se realizó un ANOVA de una vía para determinar si hay diferencias significativas entre los promedios de estas variables.

- Total Vínculo: Media = 76.3, Desviación estándar = 9.17
- Total Tareas: Media = 72.4, Desviación estándar = 10.31
- Total Metas: Media = 68.8, Desviación estándar = 7.45

Primero, se evaluó la normalidad de las tres variables mediante la prueba de normalidad Shapiro-Wilk. Se encuentra que los tres grupos presentan una distribución normal ($p > 0.05$), por lo que se cumpliría el supuesto de normalidad para aplicar ANOVA.

Luego, se realizó una ANOVA de una vía para determinar si hay diferencias significativas entre los promedios de las tres variables. El resultado indica que hay una diferencia significativa entre los tres grupos ($F(2,87) = 6.26, p = 0.003$). Posteriormente, se realizó la prueba de comparación múltiple de Tukey, para determinar entre qué grupos se dan estas diferencias significativas.

Las pruebas de comparación múltiple indican que hay diferencias significativas entre los promedios de las tres variables: Total Vínculo, Total Tareas y Total Metas. Específicamente, los resultados indican que hay una diferencia significativa entre el Total Vínculo y los otros dos grupos.

- **Entre el Total Vínculo y el Total Tareas:** el valor de p es de 0.03, lo que indica que la diferencia encontrada es estadísticamente significativa. Esto significa que el promedio de puntaje del Total Vínculo es significativamente diferente del promedio de puntaje del Total Tareas en la muestra analizada.
- **Entre el Total Vínculo y el Total Metas:** el valor de p es de 0.001, lo que indica que la diferencia encontrada es estadísticamente significativa. Esto significa que el promedio de puntaje del Total Vínculo es significativamente diferente del promedio de puntaje del Total Metas en la muestra analizada.
- **Entre el Total Tareas y el Total Metas:** el valor de p es de 0.44, lo que indica que la diferencia encontrada no es estadísticamente significativa. Esto significa que el promedio de puntaje del Total Tareas no es significativamente diferente del promedio de puntaje del Total Metas en la muestra analizada.

Los resultados del ANOVA indican que hay diferencias significativas entre los promedios de las tres variables. Las pruebas de comparación múltiple indican que la diferencia significativa se encuentra entre el Total Vínculo y los otros dos grupos, puntuando la variable del vínculo significativamente mejor que tareas y metas.

A continuación se presentan una comparación de las puntuaciones de AT entre los diferentes grupos que se relacionan con los 8 ítems mencionados en la descripción de la muestra cuantitativa, es decir: edad, género, región de residencia, motivación para consultar, plataforma utilizada para las sesiones online, lugar desde donde se realizaron las sesiones, dispositivo utilizado y la calidad de la conexión a internet. Este ejercicio puede orientar sobre la incidencia o no de ciertos factores en el establecimiento de una buena AT en PVC. Los resultados pueden leerse de manera sintética en la tabla de resumen de resultados cuantitativos, adjunta en la siguiente página.

TABLA RESUMEN RESULTADOS CUANTITATIVOS COMPARADOS

VARIABLES COMPARADAS	GRUPOS DE COMPARACIÓN	PRUEBA UTILIZADA	RESULTADO	CONCLUSIÓN
Edad	20-29 años vs 30-39 años	Prueba de Mann-Whitney	U de 51 y un valor de p de 0.065	No hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en términos de sus puntajes en el test WAI ($p > 0.05$).
Género	Hombres / Mujeres	Prueba de Mann-Whitney	U de 3 y un valor de p de 0.008	Hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en términos de sus puntajes en el test WAI, el grupo de hombres tuvo un puntaje ligeramente más alto.
Lugar de Vivienda	Región Metropolitana / Otras Regiones	Prueba de Mann-Whitney	U de 27 y un valor de p de 0.34.	No hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en términos de sus puntajes en el test WAI ($p > 0.05$).
Motivo de Consulta	Motivación propia vs enviados por terceros	Prueba de Mann-Whitney	U de 12 y un valor de p de 0.13.	No hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en términos de sus puntajes en el test WAI ($p > 0.05$).
Plataforma Utilizada	Zoom vs Meet	Prueba de Mann-Whitney	U de 28.5 y un valor de p de 0.78.	No hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del test WAI de los pacientes que se atendieron a través de Google Meet y los que se atendieron utilizando Zoom.
Lugar de Atención	Casa con privacidad vs otros lugares	Prueba de Mann-Whitney	U de 6.0 y un valor de p de 0.07.	No hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en términos de sus puntajes en el test WAI ($p > 0.05$).
Dispositivo Utilizado	Computador vs Celular	Prueba de Mann-Whitney	U de 8.0 y un valor de p de 0.15.	No hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en términos de sus puntajes en el test WAI ($p > 0.05$).
Calidad de Internet	Excelente, Bastante Buena y Regular	Análisis de varianza (ANOVA)	Valor p de 0.55	No hay diferencias significativas entre los tres grupos en términos de puntajes en el test WAI.

5.1. Relación de resultados con edad

Para comparar estadísticamente los puntajes del grupo de 18 personas entre 20 y 29 años y el grupo de 9 personas entre 30 y 39 años, se utilizó la prueba de Mann-Whitney, que es una prueba no paramétrica que se utiliza para comparar dos grupos independientes.

Antes de realizar la prueba de Mann-Whitney, fue necesario verificar que se cumplieran los supuestos necesarios para este tipo de análisis. Para verificar la normalidad de los datos, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. Para evaluar la homogeneidad de varianzas, se utilizó una prueba de Levene.

Los resultados indican que los datos de ambos grupos no son normales ($p < 0.05$), por lo que se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Al realizar la prueba de Mann-Whitney, se encuentra un valor de U de 51 y un valor de p de 0.065. Esto indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en términos de sus puntajes en el test WAI ($p > 0.05$).

Los resultados indican que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del test WAI de los grupos de 18 personas entre 20 y 29 años y de 9 personas entre 30 y 39 años. Sin embargo es necesario considerar que los resultados se limitan a la muestra específica analizada y no se pueden generalizar a otras poblaciones sin realizar un análisis adicional.

5.2. Relación de resultados con el género

Para comparar estadísticamente los puntajes obtenidos por las 25 mujeres y los 5 hombres en el test WAI, se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Antes de realizar la prueba de Mann-Whitney, fue necesario verificar que se cumplieran los supuestos necesarios para este tipo de análisis. Para verificar la normalidad de los datos, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. Para evaluar la homogeneidad de varianzas, se utilizó una prueba de Levene.

Los resultados indican que los datos de ambos grupos no son normales ($p < 0.05$), por lo que se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Al realizar la prueba de Mann-Whitney, se encuentra un valor de U de 3 y un valor de p de 0.008.

Esto indica que hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en términos de sus puntajes en el test WAI ($p < 0.05$).

Los resultados indican que hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del test WAI de las 25 mujeres y los 5 hombres. En este caso, los puntajes promedio (media) del grupo de mujeres y del grupo de hombres son 219.28 y 221,4 respectivamente, lo que sugiere que el grupo de hombres tuvo un puntaje ligeramente más alto. Es importante tener en cuenta que el tamaño de muestra de los hombres es significativamente menor que el de las mujeres, lo que podría influir en los resultados.

5.3. Relación de resultados con el lugar de vivienda

Para comparar estadísticamente los puntajes obtenidos por los 21 pacientes que viven en la Región Metropolitana y los 9 que viven en otras regiones en el test WAI, se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Antes de realizar la prueba de Mann-Whitney, fue necesario verificar que se cumplieran los supuestos necesarios para este tipo de análisis. Para verificar la normalidad de los datos, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. Para evaluar la homogeneidad de varianzas, se utilizó una prueba de Levene.

Los resultados indican que los datos de ambos grupos no son normales ($p < 0.05$), por lo que se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Al realizar la prueba de Mann-Whitney, se encuentra un valor de U de 27 y un valor de p de 0.34. Esto indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en términos de sus puntajes en el test WAI ($p > 0.05$). Esto indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del test WAI de los pacientes que viven en la Región Metropolitana y los que viven en otras regiones.

5.4. Relación de resultados con el motivo de consulta

Para comparar estadísticamente los puntajes obtenidos en el test WAI por los 25 pacientes que acudieron por motivación propia y los 5 que acudieron por solicitud de otra persona, se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Antes de realizar la prueba de Mann-Whitney, fue necesario verificar que se cumplieran los supuestos necesarios para este tipo de análisis. Para verificar la normalidad de los datos, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. Para evaluar la homogeneidad de varianzas, se utilizó una prueba de Levene.

Los resultados indican que los datos de ambos grupos no son normales ($p < 0.05$), por lo que se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Al realizar la prueba de Mann-Whitney, se encuentra un valor de U de 12 y un valor de p de 0.13. Esto indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en términos de sus puntajes en el test WAI ($p > 0.05$).

Estos resultados muestran que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del test WAI de los pacientes que acudieron por motivación propia y los que acudieron por solicitud de otra persona.

5.5. Relación de resultados con la plataforma utilizada

Para comparar estadísticamente los puntajes obtenidos en el test WAI por los 19 pacientes que se atendieron a través de Google Meet y los 9 pacientes que se atendieron utilizando Zoom, se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Antes de realizar la prueba de Mann-Whitney, fue necesario verificar que se cumplieran los supuestos necesarios para este tipo de análisis. Para verificar la normalidad de los datos, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. Para evaluar la homogeneidad de varianzas, se utilizó una prueba de Levene.

Los resultados indican que los datos de ambos grupos no son normales ($p < 0.05$), por lo que se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Al realizar la prueba de Mann-Whitney, se encuentra un valor de U de 28.5 y un valor de p de 0.78. Esto indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en términos de sus puntajes en el test WAI ($p > 0.05$). Esto indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del test WAI de los pacientes que se atendieron a través de Google Meet y los que se atendieron utilizando Zoom.

5.6. Relación de resultados con lugar de atención

Para comparar estadísticamente los puntajes obtenidos en el test WAI por los 26 pacientes que se atendieron desde sus casas con privacidad y los 4 pacientes que lo hicieron desde otros lugares, se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Antes de realizar la prueba de Mann-Whitney, fue necesario verificar que se cumplieran los supuestos necesarios para este tipo de análisis. Para verificar la normalidad de los datos, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. Para evaluar la homogeneidad de varianzas, se utilizó una prueba de Levene.

Los resultados indican que los datos de ambos grupos no son normales ($p < 0.05$), por lo que se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Al realizar la prueba de Mann-Whitney, se encuentra un valor de U de 6.0 y un valor de p de 0.07. Esto indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en términos de sus puntajes en el test WAI ($p > 0.05$).

No hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del test WAI de los pacientes que se atendieron desde sus casas con privacidad y los que lo hicieron desde otros lugares.

5.7. Relación de resultados con dispositivo utilizado

Para comparar estadísticamente los puntajes obtenidos en el test WAI por los 23 pacientes que se atendieron usando un computador y los 5 pacientes que se atendieron utilizando un celular, se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Antes de realizar la prueba de Mann-Whitney, fue necesario verificar que se cumplieran los supuestos necesarios para este tipo de análisis. Para verificar la normalidad de los datos, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. Para evaluar la homogeneidad de varianzas, se utilizó una prueba de Levene.

Los resultados indican que los datos de ambos grupos no son normales ($p < 0.05$), por lo que se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Al realizar la prueba de Mann-Whitney, se encuentra un valor de U de 8.0 y un valor de p de 0.15. Esto indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en términos de sus puntajes en el test WAI ($p > 0.05$).

No hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del test WAI de los pacientes que se atendieron utilizando un computador y los que lo hicieron utilizando un celular. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los resultados se limitan a la muestra específica analizada y no se pueden generalizar a otras poblaciones sin realizar un análisis adicional.

5.8. Relación de resultados con calidad de internet

Dado que se compararon tres grupos diferentes de puntajes obtenidos en el test WAI, se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) para determinar si existieron diferencias significativas entre los grupos.

Los grupos se forman con 7 pacientes que describen la señal de conexión a internet como "excelente", 20 que la describen como "bastante buena" y 3 que la describen como "regular".

Al realizar el ANOVA en los datos proporcionados, se obtuvo un valor p de 0.55, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los tres grupos en términos de puntajes en el test WAI.

Por lo tanto, no se puede concluir que un grupo puntúe mejor o peor que los otros en este análisis.

En resumen, a partir de los resultados del WAI, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

- Hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del test WAI de las 25 mujeres y los 5 hombres. Sin embargo, los resultados se limitan a la muestra específica analizada y no se pueden generalizar a otras poblaciones sin realizar un análisis adicional.
- No hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del test WAI de los pacientes que viven en la Región Metropolitana y los que viven en otras regiones.

- No hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del test WAI de los pacientes que acudieron por motivación propia y los que acudieron por solicitud de otra persona.
- No hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del test WAI de los pacientes que se atendieron a través de Google Meet y los que se atendieron utilizando Zoom.
- No hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del test WAI de los pacientes que se atendieron desde sus casas con privacidad y los que lo hicieron desde otros lugares.
- No hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del test WAI de los pacientes que se atendieron utilizando un computador y los que lo hicieron utilizando un celular.
- No hay diferencias significativas entre los tres grupos (excelente, bastante buena, regular) en términos de puntajes en el test WAI en relación a la calidad de internet.
- En general, estos resultados indican que en la mayoría de las variables analizadas no se encontraron diferencias significativas en los puntajes del test WAI. Sin embargo, se encontró una diferencia significativa en función del género, aunque esto debe interpretarse con precaución debido al tamaño de muestra de los hombres y la limitación en la generalización a otras poblaciones.

6. RESULTADOS CUALITATIVOS

Los resultados cualitativos pretenden orientar la segunda parte del objetivo general de este proyecto, que es “identificar los factores que dificultan o promueven el adecuado establecimiento de la AT en PVC desde un enfoque Constructivista Cognitivo”. Por otro lado, estos resultados buscan guiarnos en la respuesta de tres objetivos específicos, que son:

1. Identificar y analizar factores interpersonales de la relación paciente-terapeuta que dificultan o promueven el establecimiento de una buena AT en PVC, desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos.

2. Determinar qué elementos propios del contexto desde el que el/la paciente realizan la PVC dificultan o promueven el establecimiento de una buena AT en PVC, desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos.

3. Identificar y analizar características de los dispositivos que dificultan o promueven el establecimiento de una buena AT en PVC, desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos.

En un principio los resultados se presentarán con las categorías y códigos emergentes de las propias entrevistas. Se utilizarán citas de los participantes para graficar los conceptos. Posteriormente, en la discusión, se establecerán relaciones entre las categorías para abordar el fenómeno de una forma más comprensiva.

A partir de las 8 entrevistas realizadas y analizadas utilizando la teoría fundamentada, se pudieron obtener 3 categorías, con entre 4 y 5 códigos cada una. Las categorías emergentes fueron los factores tecnológicos que median la relación, los factores contextuales (setting) y la gestión terapéutica.

Un esquema resumido puede encontrarse acá:

Factores que favorecen o dificultan la AT en PVC	
Categorías	Códigos
1. Factores Tecnológicos	1.1 Conectividad
	1.2 Uso de Plataformas
	1.3 Restricción Visual
	1.4 Optimización de Tiempos
2. Factores del Contexto (setting)	2.1 Privacidad
	2.2 Distractores Ambientales
	2.3 Condiciones Valoradas
	2.4 Acceso a Terapeutas de Otras Regiones
	2.5 Sensación de Seguridad

3. Gestión Terapéutica	3.1 El Terapeuta
	3.2 Encuadre
	3.3 Intervenciones
	3.4 Técnicas y Herramientas
	3.5 Proceso Terapéutico

6.1. Categoría 1: Factores Tecnológicos

En la categoría denominada "factores tecnológicos", se encuentran diversas menciones relacionadas con los aspectos inherentes al entorno virtual que respalda la psicoterapia vía videoconferencia. Esta clasificación engloba narraciones que abarcan tanto aquellos elementos que pueden favorecer los procesos terapéuticos, como aquellos que podrían presentar obstáculos. Además, se alude a las expectativas de algunos pacientes en cuanto a posibles mejoras, así como a propuestas para abordar dificultades específicas. Los códigos emergentes hacen referencia a la calidad de la conectividad, el empleo de plataformas tecnológicas, las limitaciones visuales y la eficiencia en la gestión del tiempo.

1. Código 1.1: Conectividad.

En el contexto del tema "Conectividad", varios participantes expresaron su preocupación acerca de las posibles fallas en la conexión a internet, percibiéndolas como un elemento que podría interrumpir la experiencia terapéutica. Sin embargo, es importante destacar que en este primer punto el acento está puesto en la preocupación anticipatoria de un problema, ya que no lo habían experimentado personalmente.

N 8: "La mala conexión podría complicar una sesión, pero a mí no me ha ocurrido hasta el momento, pero también lo he pensado. Digo: quizá por distintas razones puede que a mí me falle el internet y eso lo vamos a saber justo en el minuto en que ya estemos viéndonos las caras. Y ahí puede caerse esta sesión por un problema excepcional".

N 6: "Yo creo que dificultades yo no las he tenido, pero lo primero que se me ocurre que pueda afectar en base a mi experiencia de reuniones online es el problema de conectividad. Eso arruina todo y más en una conversación bastante íntima y de confianza".

Adicionalmente, se encontró otro aspecto relevante bajo el mismo código, que se refiere a la experiencia real de algunos entrevistados de fallas en la conexión a internet durante las sesiones de terapia en línea. A diferencia de las menciones anteriores, estos participantes sí enfrentaron dificultades con la conectividad durante sus sesiones, lo que efectivamente afectó el desarrollo de las mismas. Esta distinción es significativa, ya que en el contenido anterior, los entrevistados simplemente expresaban preocupaciones o temores acerca de posibles dificultades de conexión, mientras que en este caso, la problemática fue experimentada en la práctica.

N 5: "Algunos inconvenientes que pueden surgir en la terapia online pueden deberse a la calidad del internet. Por ejemplo ahora que estoy en la playa y normalmente a estas horas aumenta la cantidad de gente que está en el computador".

N 1: "Dentro de las complicaciones, por ejemplo de vez en cuando quizás se caía el internet".

N 7: "El único, el mayor inconveniente era el internet, que a veces se me cortaba aquí. Es que no sé, como que a veces se ponía malo y se cortaba como el audio. Más que cortarse se ponía como lento. Después casi siempre se arreglaba, se arreglaba como a los dos minutos, se ponía mejor"

Por otro lado, los participantes hicieron mención de diversas acciones y medidas que adoptaron para evitar que los errores de conectividad se convirtieran en un obstáculo para el desarrollo efectivo de su psicoterapia.

Cuando se enfrentaron a pausas o interrupciones pequeñas debido a problemas de conectividad, algunos de ellos optaron por repetir el contenido relevante. Si la interrupción era breve y no afectaba significativamente el flujo de la sesión, preferían reiterar la información o los puntos importantes para asegurarse de que ambos, terapeuta y paciente, estuvieran en la misma página y no se perdiera ningún detalle.

Esta forma de abordar las pequeñas pausas permitía mantener la continuidad y la comprensión mutua durante la sesión, minimizando así el impacto de las interrupciones momentáneas causadas por problemas técnicos.

N 2: "Cuando algo así nos ocurre tengo que repetir un poco, yo le pregunto al terapeuta: ya, ¿desde dónde nos quedamos? Porque estaba hablando de esto. Luego a partir de ahí continuamos".

N 7: "Cuando se ponía lenta la conexión y volvíamos, reiniciamos la conversación desde donde la habíamos dejado no más veces. Volvíamos al tema y ya".

N 1: "Si se cortaba algo mi psicóloga me decía uy, justo se cortó, qué cosa fue? Se lo repetía o yo le decía uy, justo no escuché y me lo repetía, pero nada como que cortara de golpe la conversación ni el hilo de la experiencia".

Otra de las estrategias empleadas fue contar con opciones alternativas de acceso a internet, lo que les permitía tener un respaldo en caso de que la conexión principal fallara durante más tiempo o repetidamente en la sesión de psicoterapia. De esta manera, se aseguraban de mantener la continuidad de la terapia sin interrupciones significativas.

N 5: "En caso de que la conversación se pause, por problemas de conexión, siempre tengo el celular al lado y lo que hago es conectarme desde el celular o conectar mi internet al computador y si no funciona realmente prefiero conectarme directamente desde el celular".

Además, algunos entrevistados optaron por cambiar a plataformas de comunicación que consumen menos recursos de internet, como el uso de videollamadas a través de WhatsApp en lugar de plataformas más demandantes como Zoom o Meet. Al hacerlo, buscaban minimizar la posibilidad de problemas de conectividad y asegurar una experiencia más fluida en las sesiones.

N 2: "Cuando tenemos alguna dificultad de conexión lo primero es ver qué pasa, si es algo momentáneo, si no es algo momentáneo, si nos pasamos a otra plataforma, como por el whatsapp, que el whatsapp funciona más rápido, porque el team y el Google+ también consumen demasiado".

En situaciones en las que no era posible solucionar la cuestión de la conectividad en el momento programado para la terapia, se planteó la opción de posponer la sesión para otro día en el que la conexión fuera más estable y confiable, de modo que la calidad de la terapia no se viera afectada por limitaciones técnicas.

N 7: "Pero una vez tuvimos que cambiar la sesión, no me acuerdo si la cambiamos para el otro día o para más tarde".

2. Código 1.2: Uso de plataformas.

Dentro del código "Uso de plataformas", se destacó la percepción de que las personas con escasa experiencia en tecnología podrían encontrar dificultades para adaptarse al formato de terapia en línea, lo que se convierte en una barrera para acceder a la terapia virtual. Por otro lado se observó cómo el conocimiento de diferentes plataformas y su exigencia hacia la conectividad, puede presentar alternativas en caso de fallas de internet.

Los participantes hicieron referencia a las acciones específicas que deben realizar para llevar a cabo una sesión de terapia a distancia, como el proceso de encontrar y abrir los enlaces adecuados para acceder a la plataforma utilizada. Para algunos, esta serie de pasos tecnológicos puede ser desafiante, lo que podría generar cierta resistencia o incomodidad en el inicio o durante la terapia en línea.

N 6: "Este formato podría ser difícil para alguien que no maneja muy fácilmente las herramientas tecnológicas, como el link del Meet por ejemplo. Eso a mí me marea un poco. Me cuesta encontrar las opciones y eso que yo soy informática. No me imagino a una persona mayor, que le cueste más todavía."

Esta observación subraya la relevancia de considerar la experiencia tecnológica de los pacientes al realizar la PVC, y sugiere la necesidad de ofrecer apoyo y guía en el manejo de las plataformas para garantizar un acceso más sencillo y fluido a las sesiones. Asimismo, resalta la importancia de abordar las posibles barreras tecnológicas para permitir que la terapia en línea pueda ser desarrollada positivamente por los pacientes que optan por ella.

Por otro lado, y en línea con lo expuesto en el código que hace referencia a la conectividad, vemos que un conocimiento de las plataformas aporta en la posibilidad de resolver algunas de las interrupciones creadas por una conexión más débil.

N 2: "Cuando tenemos alguna dificultad de conexión lo primero es ver qué pasa, si es algo momentáneo, si no es algo momentáneo, si nos pasamos a otra plataforma, como por el whatsapp, que el whatsapp funciona más rápido, porque el team y el Google+ también consumen demasiado".

3. Código 1.3. Restricción visual.

En el código referente a la "Restricción visual", se exploró la necesidad que algunos pacientes expresaron de contar con una mayor información visual proveniente del terapeuta durante la sesión. Esto implicaría, por un lado, que los pacientes desean tener la certeza de que el terapeuta está completamente presente y conectado en la interacción, evitando distracciones como el uso de otros dispositivos (por ejemplo, el celular) que pudieran afectar la calidad de la terapia en línea. Por otro lado, se planteó que esta mayor visibilidad del entorno del terapeuta podría contribuir a construir una conexión más profunda y fomentar la confianza entre el paciente y el terapeuta.

Al permitir al paciente tener una comprensión más completa del espacio de trabajo del terapeuta, se podrían generar mayores niveles de comodidad y empatía, ya que esta información adicional podría proporcionar una sensación de cercanía y autenticidad en el proceso terapéutico en línea. La posibilidad de compartir más información visual ayudaría en este sentido a disminuir la percepción de distancia que a veces puede surgir en las sesiones virtuales y favorecer un ambiente terapéutico más cálido.

N 1: "A mí me gustaría ver a la persona claramente entera, no solo su cara. Pero claro, es difícil porque si te pones muy lejos no escuchas. Es que yo soy muy controladora, también quiero controlar lo que está haciendo la otra persona y si solo veo su cara, no sé qué otra cosa podría estar haciendo, con las manos por ejemplo".

N 3: "Generalmente cuando tengo las reuniones con el doctor, eh, puedo ver más allá que su silla. Puedo ver, por ejemplo, un poco más de su espacio, se ve un espacio más amplio y como que eso es más cómodo que ver solamente un cuadrado. No me había percatado hasta ahora, pero sí, en realidad es cómodo el ver un poco más allá de su cara, da la sensación de apertura, como que la persona te muestra un poco de su espacio, de él propio, claro, y que genera confianza. Yo estoy contando cosas muy íntimas y él también entrega un poco de sí al mostrar un poco más abiertamente su lugar".

En otro sentido, se mencionó la hipótesis acerca de la utilidad que podría tener para los terapeutas obtener más información visual de parte de los pacientes. Así, se consideraron los gestos y movimientos corporales de los pacientes como información valiosa que los terapeutas podrían perder en el formato virtual, lo que a su vez podría

complejizar o dificultar la gestión y comprensión de las emociones y reacciones del paciente durante la sesión.

N 8: "Pienso que para el terapeuta podría ser útil tener una visión general de mi postura, puede ser. Quizá eso se facilitaría con la terapia presencial, pero la verdad es que no hemos tenido problema".

N 3: "Yo creo que lo más complicado para el terapeuta puede ser conectar con la otra persona, realmente demostrar el interés y la preocupación con el otro, que el paciente sienta eso. Sin embargo, no es algo que a mí me haya pasado. En el formato a distancia siempre he sentido la cercanía y el interés de mis terapeutas".

N 2: "Una de las dificultades puede ser que a veces es más difícil ver a través de la pantalla lo realmente angustiado o preocupado que está uno. No a todo el mundo le es fácil transmitir el me siento mal. Son cosas que se ven más en la actitud de la persona y yo creo que eso sí se pierde al usar la pantalla y no tener al otro enfrente. Se pierde el lenguaje corporal completo que uno puede tener cuando está angustiado o cuando está triste, o cuando no sabe qué hacer. Por ejemplo en la pantalla en que me ves ahora se me ve el cuello y mi cabeza. No ves que estoy haciendo con los brazos, ni lo que estoy haciendo con las piernas. O sea no lo ves y no lo sabes. Por lo menos yo hablo y estoy moviéndome, algunas veces sigo moviendo la pierna, o sea, algo estoy haciendo. No estoy sentada como un robot. Entonces el terapeuta puede agarrar menos información, es más difícil transmitir lo angustiado que uno puede estar, lo triste que uno puede estar. Quizás eso le puede pasar a otras personas, pero en mi caso yo no tengo problema diciendo estoy triste o estoy mal o estoy angustiada, yo no tengo problema".

N 1: "Pero por ejemplo en mi caso sí siento que por ejemplo yo soy una persona super ansiosa y como aquí por ejemplo solo se me ve la cara, pero yo tengo las manos y estoy así moviendo los dedos, entonces quizás esas cosas no se ven tanto porque claro, no me pueden ver y no sé si eso en verdad influye en en una terapia".

4. Código 4. Optimización de tiempo.

En el código referente a la "optimización de tiempo", se identificaron elementos que fueron percibidos como ventajas y características deseables que ofrece el formato de psicoterapia en línea. Uno de los beneficios destacados es la posibilidad de mantener la

continuidad del proceso terapéutico, evitando la suspensión de sesiones debido a viajes o ausencias físicas tanto del paciente como del terapeuta. Esta menor interrupción en los procesos terapéuticos puede favorecer un avance más fluido y, en consecuencia, acortar la duración total del proceso terapéutico en comparación con formatos que implican interrupciones más frecuentes.

N 8: "Para mí la terapia online ha sido súper cómoda en realidad. De hecho me ha permitido mantenerlas sin tener que cambiarlas por vacaciones o cosas así. Las puedo tener aunque me tenga que trasladar fuera de Santiago y las he podido mantener regularmente, sin problemas. De hecho ayer tuve la sesión semanal y fue súper buena".

Además del ahorro u optimización de tiempo en la generalidad del proceso de psicoterapia a distancia, se mencionó que el ahorro de tiempo en la asistencia y desarrollo de cada sesión, ya que el formato en línea elimina la necesidad de desplazamientos físicos dentro de la ciudad para asistir a las sesiones. Esta conveniencia permite a los pacientes y terapeutas armonizar mejor sus responsabilidades laborales y personales con la terapia, lo que puede facilitar una mayor adherencia y compromiso con el tratamiento a distancia.

N 6: "A mí me acomoda mucho el tema online porque tengo muchas reuniones durante el día. Entonces salir para mí en la semana dentro de horario de trabajo es complicadísimo".

N 5: "El formato Online a mí me encanta, la verdad. Me encanta porque me permite coordinar los horarios tanto del trabajo como con lo que uno está haciendo en la casa. Antes cuando uno iba a terapia tenía que moverse de un lugar a otro".

N 3: "Por lo general siempre he preferido más la terapia presencial, pero últimamente, como empecé a trabajar, no tengo tanto tiempo. Entonces dije ya, en verdad si no lo hago instancia no lo voy a hacer nunca porque no voy a encontrar el momento en el que pueda hacerlo".

N 7: "Me gusta el formato online porque por ejemplo no pasa que tengo que depender del tacho y llegar tarde o cancelar, o si voy en metro no dependo de que el metro no se retrase".

La optimización de tiempo que ofrece la terapia en línea se traduce en una mayor continuidad del proceso terapéutico y en la reducción de tiempos de traslado, lo que, en palabras de los entrevistados, puede favorecer un progreso más efectivo y un mejor equilibrio entre las demandas de la vida cotidiana y el tratamiento psicoterapéutico.

6.2. Categoría 2: Factores Contextuales (setting)

En esta categoría, se exploran las referencias de las narraciones sobre el impacto del contexto en el desarrollo de las psicoterapias a distancia. Este enfoque distingue nuestro estudio de otras investigaciones, ya que hasta el momento no se había investigado específicamente la PVC en el contexto natural del paciente, es decir con el paciente realizando las sesiones desde su hogar, oficina o cualquier lugar desde donde haya decidido realizar su terapia. Se profundizará en las oportunidades que este contexto ofrece, así como en las dificultades percibidas, las soluciones adoptadas y las propuestas para superar ciertos desafíos.

Aparecen acá también las estrategias empleadas tanto por los pacientes como por los terapeutas para construir un nuevo entorno terapéutico, en el cual se mantengan las características necesarias para la psicoterapia. Es interesante destacar que, a pesar de que no haya un tercero proporcionando el setting, son los propios pacientes quienes configuran dicho entorno en función de sus posibilidades y preferencias.

En consecuencia, esta categoría aborda cómo el contexto en el que se lleva a cabo la terapia en línea puede influir en el proceso terapéutico, ofreciendo nuevas oportunidades y desafíos que requieren ser comprendidos y abordados adecuadamente.

Código 2.1: Privacidad.

En el código de privacidad, los entrevistados expresaron sus consideraciones en torno al ideal de privacidad en el contexto de la terapia en línea, así como sus inquietudes ante la posibilidad de su ausencia.

N 6: "En este formato no he tenido problema con molestias en mi casa, porque afortunadamente tengo una pieza para trabajar sola. Podría dificultar o impedir la terapia tener que hacer la sesión con personas alrededor. Mi sesión tiene que ser privada para poder hablar en un entorno de confianza".

N 4: "Pero sin duda hay ciertas condiciones que permiten la terapia a distancia. Claro, si yo tuviera cuatro hijos pequeños sería imposible. En esa etapa de la vida sería imposible".

N 6: "Por parte del terapeuta yo noto que hay privacidad y por ende eso facilita la conversación, a uno le permite hablar con confianza porque se nota que la persona está sola en esa habitación".

Se destacaron los resguardos que se toman para garantizar un entorno confidencial y seguro durante las sesiones virtuales. Entre las medidas se consideran la elección de horarios y lugares en los que el paciente pueda hablar libremente, así como también la socialización de la psicoterapia con las personas con las que se convive, de manera de que los otros (parejas, familiares, etc.) estén al tanto de la privacidad necesarias en ciertos días y horas de la semana.

N 8: "Yo he tratado de buscar espacios que justamente me permitan hablar con soltura, sin sentir que quizás hay alguien en la casa también y me pueda escuchar lo que estoy diciendo. En eso he tenido el resguardo. Entonces, en ese sentido sí he tenido el resguardo y no he tenido ningún problema. Incluso moviéndome en otras casas que ha coincidido que he estado en otro lugar y me puedo conectar igual".

N 5: "Yo trato también de estar en un lugar tranquilo, en el que pueda por supuesto expresar mis emociones".

N 7: "Porque mis papás por ejemplo sabían que yo estaba con la psicóloga, entonces ellos no me molestaban. No, no entraban a la pieza ni nada".

N 1: "No me costaba tanto volver a la sesión, era como que mi mente procesaba como ah, ya llegó, listo y seguía como que no me iba a molestar nada porque también avisaba que iba a estar en sesión a tal hora. Entonces yo vivo con mi pololo y él trata de hacer todo muy silencioso, nada, después ni lo sentía, solo sentía la puerta, entonces no me volvía desconcentrar".

Código 2.2: Distractores ambientales.

Se mencionaron las posibles intervenciones o distracciones que pueden surgir del entorno físico de los pacientes y/o del entorno físico del terapeuta durante las sesiones en línea. Estas pueden incluir ruidos externos como ambulancias, mascotas, timbres, entre otros, que pueden interrumpir la fluidez de la sesión a distancia.

N 7: "También puede ser (me ha pasado que por ejemplo) que yo estoy en la sesión y justo llegó mi papá y no tenía llave. Y se interrumpe. Yo me acuerdo que estaba diciendo algo súper importante, estaba súper metida y llega mi papá a interrumpir así. Igual no era su culpa, pero se echa a perder un poco el ambiente. En ese momento tuve que abrirle nomás porque no había nadie más en la casa. Al final como que no pude volver al cien por ciento, me distraje".

N 3: "En el lugar donde vivo ha sido complicado. Porque yo vivo con mi hermano entonces, claro, eso limita las horas en las que puedo agendar, que sean horas en las que él no esté".

N 5: "Otra cosa que puede desconcentrar son las llamadas telefónicas. Las llamadas telefónicas pueden un poco estropear la conversación, pero normalmente no me pasa mucho".

N 2: "Con respecto a las interrupciones por ruidos del ambiente, en mi caso no tengo pero es porque tengo una pieza enorme sola y no tengo vecinos de enfrente. Entonces como que en verdad yo no tengo ningún ruido que me saque de la sesión. Sí pasa al otro lado también, le pasa al terapeuta. Porque igual depende de donde vive la gente. Del lado del terapeuta se escuchan a veces ambulancias porque como que vive cerca de avenidas".

N 3: "Por otro lado, me ha pasado que a veces escucho ruido alrededor del terapeuta. Por ejemplo, de personas lavando la loza y eso sí me distrae mucho. Me pongo a pensar si está con más gente o me empiezo a concentrar más en ese sonido de atrás. Eso sí me complica".

En relación a esto, los participantes comentaron también las estrategias resolutivas frente a los distractores que surgieron en sus sesiones de psicoterapia, que van desde el hecho de aumentar la concentración en lo que se está hablando, pausar la sesión hasta que el ruido molesto pase o excusarse para poder cerrar puertas y/o ventanas.

N 3: *“Para resolverlo trato de concentrarme más en la conversación y poner mi energía ahí, no se lo he mencionado al terapeuta”.*

N 2: *“Y entonces hay que parar la sesión. Él puede decirme: oye, ya va, espera, no te escucho. Luego esperamos que pase la ambulancia. Y ahí de nuevo retomamos”.*

N 7: *“Yo vivo en un departamento y abajo, justo al lado de mi pieza, hay un parque y a veces los niños se ponen a jugar y se escucha todo. Pero lo que yo hacía era cerrar la ventana y más que eso no”*

Código 2.3: Condiciones valoradas.

En las entrevistas se identificaron elementos que facilitan la construcción de confianza en el contexto virtual. Entre ellos, los entrevistados destacaron la importancia de percibir el lugar del terapeuta como un espacio preparado y adecuado para el trabajo psicoterapéutico, lo que contribuye a generar un ambiente profesional y propicio para la terapia en línea.

N 5: *“Ella está siempre en su casa o en una oficina, pero se ve como un lugar súper pulcro, también lleno de luz, que eso también ayuda a que la gente te vea mejor a la cara. No hay problemas de iluminación”.*

N 3: *“Siento que el terapeuta me presta mucha atención porque lo veo solo a él en la cámara, en un espacio que se ve bien preparado para esto. Entonces siento que es el ambiente adecuado para”.*

N 4: *“Ella está en un ambiente súper cálido y me dice, “si se oscurece la pantalla me avisas”. Siempre se preocupa de que estemos las dos en buenas condiciones antes de comenzar la sesión”.*

Además, se resaltó la relevancia de los contactos para las confirmaciones de horas y un envío adecuado y oportuno de los enlaces de las videollamadas. Ambas acciones fueron interpretadas como factores de preocupación y cuidado por el contexto que sostiene la relación paciente-terapeuta.

N 4: *“Está el WhatsApp, que me manda el link? Que me escribe: cariños o una flor. No es sólo esto de la sesión, sino que toda la comunicación que tenemos. Porque*

viene todo, la transferencia, que me manda el link. El "desde ya muchas gracias, nos vemos mañana" Y la florecita y yo por ahí también, entonces como que se crea algo, una relación. La terapeuta me acompaña".

Código 2.4: Acceso a terapeutas de otras regiones.

Se hizo referencia también a la oportunidad que brinda la terapia en línea a personas que residen en pueblos pequeños. Al acceder a terapeutas más especializados, estas personas pueden recibir una atención más ajustada a sus necesidades. Además, la terapia en línea ofrece el beneficio del anonimato, ya que en comunidades pequeñas es común que las personas se conozcan, lo que podría dificultar la búsqueda de ayuda psicológica tradicionalmente presencial.

N 4: "Me acomoda porque yo soy de Rancagua, de Machalí y yo me dedico a las terapias. Yo me dedico a varias terapias de medicina alternativa, pero mi fuerte son las Flores de Bach, o sea, la terapia floral la llevo estudiando hace más de 23 años. Yo formo terapeutas acá en Rancagua. Entonces, siempre que he sentido la necesidad personal de buscar apoyo para mí, me frenaba un poco porque soy relativamente conocida acá, entonces me frenaba".

En conjunto, la categoría de factores contextuales resalta la importancia de considerar el contexto y los factores externos que rodean la terapia en línea, enfocándose en garantizar la privacidad, minimizar las interrupciones y construir una atmósfera de confianza y profesionalismo para una experiencia terapéutica efectiva y satisfactoria. También evidencia cómo la modalidad en línea puede ofrecer oportunidades y beneficios a personas en comunidades remotas o de menor tamaño. Si las condiciones son favorables y los puntos antes mencionados son resueltos positivamente, aparece entonces la sensación de seguridad, que es el último código de esta categoría.

Código 2.5: Sensación de seguridad.

El código "Sensación de seguridad" hace referencia a la percepción de los pacientes sobre la terapia en línea como un espacio que les brinda comodidad, confianza y protección emocional. En este contexto, los participantes expresan sentirse seguros y reconfortados al poder hablar desde la intimidad de sus hogares o espacios conocidos, lo que les permite abordar temas personales de manera más abierta y sincera. La terapia en línea les ofrece un ambiente íntimo y privado, permitiéndoles sentirse en su zona de confort y predisponiéndolos de manera favorable para la terapia. Asimismo,

algunos pacientes señalan que la terapia en línea les resulta más relajada en comparación con la terapia presencial, especialmente aquellos que pueden sentirse más tímidos o nerviosos en un entorno cara a cara. La sensación de seguridad que experimentan en la terapia en línea les facilita expresarse mejor y ser más receptivos al proceso terapéutico.

N 2: "A mí me gusta el hecho de poder hablar desde mi casa. O sea, por ejemplo ahora estoy en mi cama y estoy hablando contigo. Y eso para mí es hasta cierto punto reconfortante. O sea, que yo pueda, desde mi espacio seguro, hablar de lo que me pasa. En un espacio seguro y reconfortante".

N 8: "En la terapia online yo creo que se genera igual un ambiente íntimo. Quizás se genera un ambiente incluso más íntimo, más privado, porque en el fondo yo estoy en mi lugar de confort, de conocimiento, en mi zona. Entonces siento que eso también me permite adecuarme, o ponerme en una mejor disposición a la terapia. Incluso mejor que ir a un centro o a un lugar que quizás me parece un poco ajeno".

N 7: "Yo soy una persona muy tímida, sobre todo antes. Cuando iba a terapia presencial era como más tímida y a veces los psicólogos me obligaban a hablar y me daban mucho nervio. Sí, pero así online es más relajado".

N 1: "La sentí mucho más cómoda también porque a mí me cuesta mucho hablar sobre mí y entonces siento que el hecho de estar en un espacio que para mí es seguro me hacía como poder expresarme mejor, pero lo sentía así".

6.3. Categoría 3: Gestión Terapéutica

La categoría "Gestión Terapéutica" comprende una serie de códigos que abarcan diferentes aspectos relacionados con la experiencia y efectividad de la PVC. En este contexto, se ha destacado la importancia del rol del terapeuta, el encuadre terapéutico, las intervenciones utilizadas y las herramientas y técnicas empleadas durante el proceso terapéutico. Esta categoría hace referencia directa al trabajo clínico bajo el enfoque constructivista cognitivo.

El código "El terapeuta" engloba las referencias positivas realizadas por los entrevistados acerca de sus terapeutas en el contexto de la terapia en línea. Se resalta la conexión emocional, la neutralidad, la flexibilidad y el uso efectivo de la corporalidad como elementos que contribuyen a generar un ambiente de seguridad y confianza

durante la terapia en línea. Los pacientes expresan la importancia de sentirse comprendidos y escuchados, así como la percepción de que el terapeuta está presente y comprometido emocionalmente en el proceso terapéutico.

El código "Encuadre" se centra en aspectos relacionados con la organización y estructura de la terapia en línea. Se destaca la puntualidad del terapeuta, la posibilidad de contactarlo directamente y la facilidad para programar sesiones como factores que favorecen la efectividad de la psicoterapia en formato virtual. Estos elementos contribuyen a generar un ambiente de confianza y seguridad para el paciente, lo que a su vez facilita el desarrollo de la terapia en línea.

El código "Intervenciones" hace referencia a la importancia de la escucha activa por parte del terapeuta, la cual fue valorada positivamente por los pacientes. La escucha atenta y comprensiva por parte del terapeuta es fundamental para establecer una conexión emocional y fomentar una relación terapéutica sólida. Por otro lado, se mencionan intervenciones inadecuadas que pueden generar una sensación de lejanía y dificultar el proceso terapéutico a distancia.

El código "Técnicas y herramientas" destaca la utilización de técnicas de relajación como un recurso útil y beneficioso para los pacientes durante la terapia en línea. Además, se valora positivamente el uso de herramientas de seguimiento de sesiones y el envío de materiales a través de plataformas tecnológicas, lo que contribuye a mejorar la experiencia terapéutica en línea y facilita el trabajo terapéutico.

Por último, el código "Proceso Terapéutico" resalta la importancia de establecer un foco claro y el tratamiento personalizado en la terapia en línea. Los pacientes valoran la atención centrada en sus necesidades específicas y el enfoque en los temas que desean abordar durante la terapia. La percepción de que el terapeuta está adaptando la terapia a sus necesidades individuales y trabajando en su situación específica es fundamental para el éxito del proceso terapéutico en línea.

En conjunto, estos códigos proporcionan una visión integral de la gestión terapéutica en el contexto de la terapia en línea, destacando aspectos que influyen en la construcción de una alianza terapéutica efectiva y en el logro de los objetivos terapéuticos en este formato terapéutico.

Código 3.1: El terapeuta.

En la código de gestión terapéutica, se han agrupado las referencias positivas que los entrevistados hicieron sobre sus terapeutas, destacando aspectos como la conexión emocional, la neutralidad, la flexibilidad y el uso efectivo de la corporalidad, que contribuyen a generar un ambiente de seguridad y confianza durante la terapia en línea.

N 8: "A mí me pasa que yo he tenido otros terapeutas en otras ocasiones y han sido presenciales, mucho antes de la pandemia y como que me pasó que con la psicóloga que estoy ahora siento que tenemos un lenguaje en común que salió en la primera sesión y dije qué suerte, porque cuesta encontrar. De hecho había probado con otra la semana anterior y no me gustó. Entonces dije: igual es la suerte o sea un poco al azar. El lenguaje común lo noté desde cosas simples, como terminologías y palabras puntuales que yo le trato de explicar y ella lo entiende perfecto. Pero también me pasa que ella me guía a conclusiones que siento que son muy precisas para mí, me hacen mucho sentido. Siento que aunque llevamos muy poquito ella me ha entendido mucho. Quizás yo también he sido muy clara. A veces también pasa que en las sesiones ella me recomienda cosas y me manda links como de temas que hablamos o cosas que quizás harían sentido, o en las que podría ahondar yo. Entonces es muy completo en realidad".

N 2: "Uno se siente distinto cuando uno ve la reacción física de lo que uno está hablando en esta parte, un gesto, una expresión. Es como parte de ese lenguaje corporal, dependiendo de lo que tú estás contando".

N 4: "De ella me transmiten calidez sus palabras. Por ejemplo el "te entiendo", "claro", "em, si no quieres hablar de esto, podemos esperar". Cuando uno se emociona en alguna situación".

N 7: "Lo notaba porque por ejemplo yo le mandaba un mensaje por WhatsApp y me respondía rápidamente. O le pedía que me mandara cosas que veíamos en la sesión y me las mandaba inmediatamente".

N 4: "Por ejemplo, viví una situación puntual en la que tuve que escribirle. Yo como terapeuta sé lo que significa, entonces fui súper respetuosa en lo que le escribí y ella fue súper acogedora del otro lado, entendiendo que no iba a ser un abuso. Ella me dijo Carola, si necesitas, yo entiendo que hay pacientes que necesitan y otros que pueden quizá tomarlo ya como una dependencia. No es tu caso, cuenta con eso, entonces eso ya te abraza".

N 7: *“En la sesión a veces me enredaba bastante, o sea, no sabía que decir, me enredaba mucho y daba mil vueltas y ella como decía que estaba bien y que no me preocupara y no ponía ninguna mala cara ni se molestaba. Eso también me demostraba que estaba ahí conmigo”.*

Por otro lado, también se han señalado las referencias negativas, como la inexpresividad, inactividad o intervenciones desafortunadas del terapeuta, que pueden dificultar el trabajo terapéutico a distancia.

N 1: *“Lo que sí me pasa con mi terapeuta es que ella habla muy tranquila, pero siento que es muy plana. Entonces a veces la veo reírse cuando digo algo que es chistoso y ahí confirmo que está pendiente. Siento como que casi está en modo automático, pero después me responde algo acorde. Quizá ella está muy concentrada en lo que yo estoy diciendo. Sé que está pendiente cuando se ríe por lo que digo, pero quizás si fuera un poco más expresiva sabría más claramente que está aquí presente. Por otro lado, el hecho de que yo vea su mano moverse en la pantalla me dice que tiene esta mano libre, que no está haciendo nada con el celular por ejemplo. No sé, como que yo soy así, soy muy fijada en eso. También me pasa que cuando a ella la siento muy tranquila, pienso: ya está bien que sea tranquila, porque claro, hay que calmar la situación. Pero a veces siento que ya es demasiado, yo no estoy tranquila ¿porque usted no se altera un poquito?, reaccione”.*

N 2: *“Otra actitud que puede dificultar la sensación de conexión es que muchas veces el terapeuta es super poker face. Está en una actitud de: “nada de lo que me dices me extraña ni me perturba. Todo lo que me estás diciendo es normal, a todo el mundo le pasa”.*

N 1: *“Me gustaría también que mi terapeuta me diera un feedback. Como por ejemplo : yo hoy día vi esto y esto otro, porque yo no sé realmente qué ve en mí. Me dice que tratemos de hacer esto, me sugiere soluciones, pero me gustaría saber qué pasa conmigo, ¿que estoy pasando? Quiero saber cuál es su impresión de mí, porque conozco la que tengo de ella, pero no sé qué piensa ella de mí. Me gustaría saber también si es que otras personas sienten lo mismo que yo. Me ayudaría saber lo que ella piensa de mí porque puede ser que sean cosas que yo no haya visto. Sería bueno para mí saber qué está analizando en mi trabajo en la sesión. A veces me pregunto, ¿qué significa que me mueva el pelo, qué significa que yo esté así o que yo esté cruzada de brazos? ¿Significa algo? Porque al final*

es la disposición que uno tiene cuando conversa. Quiero como que me digan todas esas cosas. Me haría sentir mucho más cómoda, podría entregarme más porque me calma un poco la ansiedad el hecho de saber qué está pensando la otra persona y no me distraería tanto”.

Código 3.2: Encuadre.

Se hizo hincapié en el encuadre terapéutico, donde se resaltó la puntualidad del terapeuta, la posibilidad de contactarlo directamente y la facilidad para programar sesiones, factores que favorecen la efectividad de la psicoterapia en formato virtual.

N 6: “El compromiso con la puntualidad también me hace sentir acogida por ella. También su buena disposición”.

N 7: “Otra cosa que me gusta es que yo puedo contactar directamente a la psicóloga, en este caso al menos, y no tengo que hablarle a un número externo o a una secretaria. Cualquier cosa le puedo mandar un mensaje directamente”.

N 6: “Yo prefiero agendar todas las horas online. Es mi preferencia porque veo la agenda al tiro, empiezo a ver mi calendario y para mí es súper rápido. A mí no me gusta, por ejemplo, el tema de llamar para agendar o menos hablar por WhatsApp, porque eso de estar pendiente que te respondan no me gusta”.

Código 3.3: Intervenciones.

En cuanto a las intervenciones terapéuticas, se destacó la importancia de la escucha activa, la cual fue valorada positivamente por los pacientes. En contraste, las intervenciones inadecuadas que generan una sensación de lejanía fueron consideradas como obstáculos para el proceso terapéutico a distancia.

N 3: “Yo en verdad siento que el terapeuta me presta mucha atención porque lo veo solo a él en la cámara, en un espacio que se ve bien preparado para esto”. Entonces siento que es el ambiente adecuado para. Tampoco la veo a ella mirando para otro lado o haciendo otras cosas.

N 7: “La psicóloga fue muy amable conmigo, me entendía bastante. Ella se veía bastante preocupada. O sea, le interesaba lo que yo le decía”.

N 2: *“A mí hay cosas que me llegan muy rápido, como cuanto prestan atención a ciertos detalles, en nombres, en fechas, en sentimientos muy importantes que se sintieron en alguna situación. Cuando a lo largo de la sesión aparece parte de esos fragmentos que yo di que para mí son súper importantes y que por eso los comunico y aparecen relacionado más adelante en la conducta que estoy teniendo, o en lo que me está pasando. Para mí eso es súper importante, ahí ya me percató de que la persona también está comprometida”.*

N 2: *“Por otro lado me ha pasado también que de repente yo explico una cuestión y me preguntan ¿por qué? Y yo respondo: “No sé, por eso te lo estoy contando. Porque no tengo ni idea de dónde viene”. Entonces cuando viene el porqué, ahí sí siento un freno en esta fluidez que tengo para poder expresar lo que me está pasando. Con esa pregunta yo siento como que él no está entendiendo lo que yo estoy diciendo y necesita mucha más información. Entonces pienso: “ te acabo de dar en verdad todo lo que tenía y todavía no nos estamos entendiendo”.*

N 5: *“Yo lo veo porque está súper atenta siempre. Mira de frente a la cámara, veo que anota también y asiente, no está desconcentrada”.*

N 5: *“me pasa que ella me guía a conclusiones que siento que son muy precisas para mí, me hacen mucho sentido”*

N 1: *“Cuando a lo largo de la sesión aparece parte de esos fragmentos que yo di que para mí son súper importantes y que por eso los comunico y aparecen relacionado más adelante en la conducta que estoy teniendo, o en lo que me está pasando. Para mí eso es súper importante, ahí ya me percató de que la persona también está comprometida”*

N 4: *“Lo que me encanta es que al conectarse tan bien hay cosas como conceptos o hay cosas que yo quiero expresar y ella me dice: “te puedes sentir de esta manera”. Y eso es, pero yo no encontraba la palabra para poder expresarlo, entonces eso ayuda mucho y ahí uno ve cómo la experiencia también que tienen las terapeutas”*

Código 3.4: Técnicas y herramientas.

Se mencionaron las técnicas de relajación como un recurso útil y beneficioso para los pacientes, y se valoró positivamente la utilización de herramientas de seguimiento de

sesiones y el envío de materiales a través de plataformas como Trello o documentos compartidos, lo que contribuye a mejorar la experiencia terapéutica en línea.

N 8: "En las dos últimas sesiones hemos hecho ejercicios de relajación y esto todo de forma online y la verdad es que ha resultado bastante bien".

N 7: "La psicóloga fue muy amable conmigo, me entendía bastante. Ella se veía bastante preocupada. O sea, le interesaba lo que yo le decía. Lo notaba porque por ejemplo yo le mandaba un mensaje por WhatsApp y me respondía rápidamente. O le pedía que me mandara cosas que veíamos en la sesión y me las mandaba inmediatamente. Me mandaba alternativas también".

N 8: "A veces también pasa que en las sesiones ella me recomienda cosas y me manda links como de temas que hablamos o cosas que quizás harían sentido, o en las que podría ahondar yo. Entonces es muy completo en realidad".

N 5: "Con la terapeuta también usamos Trello para hacerle seguimiento a las sesiones. También es una herramienta que te demuestra que ella está súper preparada y vamos avanzando en el camino. Y no es algo que se quede solamente en las conversaciones, sino que en verdad hay un tránsito y un camino adelante".

Código 3.5: Proceso Terapéutico.

En relación al proceso psicoterapéutico, se destacó la importancia de establecer un foco claro y el tratamiento personalizado, ya que ambas características contribuyen al logro de los objetivos terapéuticos en la terapia en línea.

N 6: La escucha activa es estar ahí, escuchando efectivamente, que el que pueda interpretar también el contenido, no solamente algo puntual, sino el contenido de la conversación, lo pueda resumir, que me de consejos, me da orientación o las opiniones que da son en base a lo que uno conversó anteriormente, lo que uno le dio el foco también en la conversación. Yo andaba buscando este tipo de terapia, porque yo no quería sentarme en un sillón y contar la historia de mi niñez. Yo buscaba algo bien concreto. Yo tenía un tema bien específico que quería tratar con el psicólogo y para eso quería que la sesión se enfocara en eso. Independiente que después pudiera ver que hay otra cosa que trabajar, pero como que la conversación al principio se centrara en lo que yo estaba planteando, en una problemática y que eso se tradujera en acciones o en apoyo específico u

orientación específica a algo concreto. Que los consejos y orientación que diera fueran enfocados en trabajar esa situación que yo le estaba planteando. No quería que las situaciones que yo tenía como problemática en una conversación ambigua.

N 2: "También he sentido que me está tratando a mí, que está tratando de ayudarme a mí, no es como lo que dice el libro. Él con lo que sabe que dice el libro (la teoría) está manejando mi situación específica".

7. DISCUSIÓN

Una parte del presente trabajo apuntó a responder la pregunta de investigación que dice relación con la posibilidad de establecer una buena AT en PVC desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos.

Aunque el respaldo empírico para la psicoterapia por videoconferencia (PVC) está creciendo y la evidencia hasta la fecha no ha demostrado diferencias significativas en efectividad o calidad al comparar la terapia presencial con la PVC, nuestro objetivo fue investigar si estos hallazgos se mantienen en el entorno natural del paciente.

En términos históricos, la terapia a distancia comenzó a estudiarse en los años 90 y ha sido, al menos hasta la pandemia surgida en 2019, un formato resistido y cuestionado principalmente en el contexto de los terapeutas. Es por este motivo que fue necesario realizar estudios que permitieran evaluar la factibilidad de establecimiento de alianza terapéutica en este formato. Se empieza a estudiar la Alianza Terapéutica ya que se fue descubriendo que la calidad de la AT estaba fuertemente relacionada con la efectividad de la psicoterapia. Este punto es interesante, ya que la alianza en sí misma se vuelve un tema de interés en tanto se relaciona con la pregunta por la efectividad.

Para sorpresa de muchos, los resultados de las primeras comparaciones entre alianzas presenciales y telemáticas no tuvieron diferencias significativas, por lo que se derrumbó la idea antes esparcida de la imposibilidad de establecer un vínculo terapéutico estrecho sin estar compartiendo el mismo espacio físico con el paciente.

Frente a aquellos primeros resultados la respuesta hipotética fue la siguiente: si la alianza se mantiene en psicoterapia a distancia es porque este tipo de psicoterapia aún conserva el espacio seguro de un box clínico. Efectivamente todos los estudios publicados que daban cuenta del mantenimiento de la alianza en terapia a distancia compartían la característica de ser procesos de psicoterapia llevados a cabo a distancia, pero en los que el paciente tenía que dirigirse presencialmente a un box especialmente preparado para la atención virtual. El paciente era recibido por una secretaria y se mantenía el resguardo de la privacidad. El lugar se constituía entonces como un lugar seguro para el trabajo terapéutico.

Avanzando un paso más allá, la pregunta que nos abocó en el presente estudio tenía relación con la eliminación de ese espacio seguro. ¿Era posible mantener una alianza terapéutica fuerte sin el contexto del box, con terapeutas y pacientes llevando las sesiones adelante con el espacio y los medios de los que disponían en su cotidiano?

Los resultados nos empujan a responder afirmativamente esa pregunta, con un promedio del WAI de 220 en la muestra de 30 pacientes. Si bien no hay una estandarización para saber cuándo una alianza es buena y cuando es mala, las publicaciones que usan este instrumento ubican el puntaje 180 como bisagra para categorizar. Puntajes sobre 180 son definidos como puntajes de alianza fuertes (la puntuación total varía de 36 a 252.) . Es por eso que la calidad de la Alianza Terapéutica que resultó de este estudio podría quedar categorizada como fuerte o extremadamente fuerte.

Esto nos deja reflexiones y preguntas abiertas. Si no era la presencialidad la que permitía la alianza, se hipotetizó que era la seguridad del box. Si tampoco la posibilidad de la entrega del espacio seguro del box, entonces nos enfocamos en la segunda parte de la pregunta que guió esta investigación: ¿qué factores de la psicoterapia a distancia promueven o dificultan el establecimiento de una buena AT en PVC desde un enfoque Constructivista Cognitivo?

Lo que queda como una constante desde los primeros estudios es la relación humana, el vínculo intersubjetivo que se genera entre dos personas emocionalmente comprometidas en el trabajo clínico. Además del vínculo entre dos personas es relevante el cuidado que se realiza para mantener factores propios del setting que parecen esenciales en psicoterapia, como lo son la privacidad, la tranquilidad y la sensación de seguridad.

Si bien el setting clínico no es presentado por un tercero o una institución (ni por el terapeuta ni por una clínica u hospital en particular), son los mismos pacientes los que buscan la forma de establecer las condiciones necesarias para realizar una psicoterapia a distancia efectiva.

En palabras Bouchard et al. (2000), 3 factores centrales que pueden permitir o facilitar la AT en PVC son: la capacidad individual del paciente y terapeuta de generar vínculo con otros, las creencias previas que ambos tengan del formato virtual en psicoterapia, y la experiencia de telepresencia durante el desarrollo de las sesiones vía videoconferencia.

A continuación nuestro análisis se centrará en los 3 factores propuestos por Bouchard. Primero reflexionando sobre las características de los terapeutas que los pacientes perciben como facilitadoras de la AT, apuntando específicamente a la capacidad individual del terapeuta para promover el establecimiento de una buena AT. Luego se abordará el rol de las creencias previas sobre el formato a distancia y finalmente se discutirá sobre el rol de la telepresencia y las emociones en el logro de una AT sólida. Se tomarán en consideración los resultados de las entrevistas realizadas a los participantes de este estudio, relacionando los resultados con la particularidad terapéutica del enfoque Constructivista Cognitivo.

Para concluir, el texto se enfocará en los factores que dificultan o promueven el establecimiento de la AT en PVC y las estrategias resolutivas mencionadas por los pacientes.

7.1 FACTORES QUE PROMUEVEN LA AT EN PVC

7.1.1 FACTORES DE LOS TERAPEUTAS

La Psicoterapia Constructivista Cognitiva, al ser parte de las terapias posmodernas, se enfoca en cómo las personas construyen su mundo a través del lenguaje y las experiencias, en lugar de buscar una verdad única o absoluta. Desde esta perspectiva, el terapeuta colabora con el paciente para explorar y comprender su construcción personal de la realidad, y juntos trabajan en la reestructuración de esas construcciones para enfrentar de mejor manera las dificultades que puedan surgir.

A continuación, se realizará una asociación entre relatos de pacientes e intervenciones conceptualizadas desde el modelo constructivista cognitivo, de manera de dilucidar qué intervenciones son valoradas y cómo son descritas.

En uno de los relatos de pacientes se menciona que siente que el terapeuta lo está tratando a él como individuo y no solo aplicando teorías del libro, factor clave en su experiencia en psicoterapia para sentir la conexión interpersonal con el otro:

N 2: "También he sentido que me está tratando a mí, que está tratando de ayudarme a mí, no es como lo que dice el libro. Él con lo que sabe que dice el libro (la teoría) está manejando mi situación específica".

Esto está en consonancia con el enfoque de la Psicoterapia Constructivista Cognitiva, donde el terapeuta ayuda al paciente a analizar y reestructurar sus propias

construcciones del mundo y sus experiencias en lugar de imponer una visión preestablecida. Este tipo de psicoterapia no se enfoca únicamente en reducir síntomas indeseados y no adopta un enfoque educativo y directivo para promover habilidades. Más bien, el modelo se centra primordialmente en intervenir sobre el significado. En el modelo constructivista cognitivo, la mayoría de las evaluaciones aspiran a destacar el significado subyacente a las palabras, con el objetivo de descubrir junto al paciente los temas más profundos presentes en sus historias y narraciones. La cercanía con la vivencia del paciente y no con los conocimientos “de libro”, son una característica resaltada.

Otro de los factores valorados en las entrevistas fue el entendimiento y el lenguaje común que se establecía entre el psicólogo y el paciente:

N 8: “como que me pasó que con la psicóloga que estoy ahora siento que tenemos un lenguaje en común que salió en la primera sesión y dije qué suerte”.

El lenguaje común percibido por la paciente se relaciona con la escucha terapéutica, en tanto el terapeuta busca generar consenso en la intención comunicativa en el que se establecen códigos cercanos al relato particular de cada persona. Un nuevo ejemplo de escucha activa lo encontramos en el texto:

N 6: “yo puedo ver a la otra persona y noto cuando efectivamente está interesada escuchando, contra pregunta, hace alguna acotación, entonces se nota que la persona está presente además de estar conectada a la cámara y se nota que está entregando feedback de la conversación”.

Vemos como la intención de receptividad del terapeuta, que se refiere al esfuerzo por mantenerse en sintonía con el paciente y que forma parte del encuadre implícito del modelo, es un factor reconocible y agradecido por los pacientes en la interacción terapéutica.

La caracterización de los terapeutas Constructivistas Cognitivos como activos en el trabajo, que se relaciona con la idea de constituirnos como perturbadores estratégicamente orientados, es otro de los rasgos valorados que se repiten en las entrevistas.

N 5: “Me gustan que los terapeutas sean activos , que sea una persona que en verdad me diga: mira, trabajemos acá, te aconsejo que puedas ver esto, te

aconsejo leer esto, te aconsejo que empieces a enfocarte en esto, hazte estas preguntas. Me gusta un terapeuta que trabaje conmigo”.

Lo anterior también se relaciona con la capacidad del modelo de establecer objetivos y metas terapéuticas, que se enmarcan dentro del encuadre explícito del proceso psicoterapéutico. Dos de las variables que forman la AT son las tareas y las metas y puede verse cómo utilizarlas y compartirlas es valorado positivamente por los pacientes.

Por otro lado fue mencionada la capacidad de los terapeuta para guiar a los pacientes a conclusiones y asociaciones con sentido para ellos reflejando en este ejemplo la interpretación como un acto terapéutico valorado y que promueve la sensación de que el/la terapeuta está ahí con el paciente.

N 5: “me pasa que ella me guía a conclusiones que siento que son muy precisas para mí, me hacen mucho sentido”.

El terapeuta constructivista cognitivo busca que el paciente experimente el cambio como un proceso autodirigido, fomentando de esta manera su autonomía en relación con la terapia y el terapeuta. El relato anterior hace referencia al papel más bien indirecto del terapeuta (“ella me guía a conclusiones”), que funciona como un catalizador que proporciona las condiciones interpersonales y simbólicas necesarias para la auto-gestión. Cuando la paciente es guiada a conclusiones que son muy precisas para ella, le hacen mucho sentido.

Otra intervención avanzada percibida por los pacientes como signo de conexión y alianza con su terapeuta fue la bisociación:

N 2: “Yo soy súper quisquillosa con los detalles, como cuanto prestan atención a ciertos detalles, en nombres, en fechas, en sentimientos muy importantes que se sintieron en alguna situación. Cuando a lo largo de la sesión aparece parte de esos fragmentos que yo di que para mí son súper importantes y que por eso los comunico y aparecen relacionado más adelante en la conducta que estoy teniendo, o en lo que me está pasando. Para mí eso es súper importante, ahí ya me percató de que la persona también está comprometida”

Este tipo de intervención vincula dos contenidos o interpretaciones significativas del paciente que inicialmente no estaban relacionados y se emplea para integrar contenidos

parcialmente incorporados a la coherencia sistémica del paciente. Necesita una relación terapéutica sólida y estable, contenidos significativos dispersos en el discurso del paciente y un fuerte compromiso emocional.

En el relato del paciente se pone de manifiesto la valoración que se hace sobre el compromiso del terapeuta, quien está usando dos niveles de análisis: el emocional (sólo así puede darse cuenta de los contenidos relevantes para el paciente) y el cognitivo (recuerda nombres, fechas y detalles. Paciente y terapeuta entonces tienen una historia compartida. La conexión y compromiso con el proceso singular de la persona que consulta es reconocido por los pacientes y tiene un alto valor terapéutico.

Una característica de la Psicoterapia Constructivista Cognitiva que también fue valorada, fue la capacidad de establecer un foco y objetivos específicos, lo que ayudó en algunos casos a mantener la motivación y promover la sensación de un propósito compartido entre paciente y terapeuta, así por ejemplo una paciente sostuvo que:

N 6: "yo andaba buscando este tipo de terapia, porque yo no quería sentarme en un sillón y contar la historia de mi niñez. Yo buscaba algo bien concreto. Yo tenía un tema bien específico que quería tratar con el psicólogo y para eso quería que la sesión se enfocara en eso. Independiente que después pudiera ver que hay otra cosa que trabajar, pero como que la conversación al principio se centrara en lo que yo estaba planteando, en una problemática y que eso se tradujera en acciones o en apoyo específico u orientación específica a algo concreto."

El foco establecido forma parte del encuadre explícito desde el que trabaja el modelo, que es una especie de contrato donde paciente y terapeuta fijan metas, objetivos y condiciones para alcanzarlos. El apego del terapeuta a ese contrato es sentido por los pacientes como algo deseable. También es visto en el relato anterior como el paciente tiene como último deseo el cambio, siendo la búsqueda concreta de ese cambio lo que demanda en una relación terapéutica con un foco definido.

En una directa referencia a la técnica psicoterapéutica de rotulación, un paciente mencionó:

N 4: "La verdad es que desde el primer momento conectamos muy bien, sobre todo porque ella es una persona muy carismática y lo que me encanta es que al conectarse ta bien hay cosas como conceptos o hay cosas que yo quiero expresar y ella me dice: "te puedes sentir de esta manera". Y eso es, pero yo no encontraba

la palabra para poder expresarlo, entonces eso ayuda mucho y ahí uno ve cómo la experiencia también que tienen las terapeutas”.

Se ejemplifica así la sensación de ayuda y cercanía percibida por el paciente cuando encuentra sentido a conceptos propuestos por el terapeuta. Esta resignificación de la experiencia que propone el terapeuta, en tanto propone una palabra a la sensación que antes no estaba nombrada, pone de relieve el papel de las emociones en la creación de la realidad personal y de significados individuales. La atención del terapeuta se orienta constantemente hacia las variaciones en la vivencia del paciente y en cómo éste la procesa. Esa atención y conexión con la experiencia del paciente, además del componente cognitivo que se relaciona con lo ya sabido y trabajado con el paciente anteriormente, le permite al terapeuta proponer conceptualizaciones emocionales *“te puedes sentir de esta manera”*, que producen alivio.

En conclusión, a través de los relatos de los pacientes y sus experiencias en las sesiones de psicoterapia constructivista cognitiva, se hace evidente que los aspectos más valorados del modelo incluyen la personalización del tratamiento, la activa participación del terapeuta, el establecimiento de un lenguaje común y de una relación interpersonal sólida, así como el enfoque en la reconstrucción de las percepciones individuales del mundo y las experiencias.

Los pacientes aprecian especialmente cuando el terapeuta les trata como individuos únicos, en lugar de aplicar teorías genéricas. Esta atención personalizada fomenta una fuerte conexión interpersonal y ayuda a los pacientes a sentirse entendidos y valorados.

Además valoran la capacidad del terapeuta para guiarlos hacia conclusiones y asociaciones que tienen un significado profundo para ellos. Este enfoque indirecto y catalizador del terapeuta facilita un proceso de cambio autodirigido, fomentando la autonomía del paciente en relación con la terapia y el terapeuta.

Los pacientes también aprecian las técnicas avanzadas de intervención, como la bisociación, que conectan dos contenidos significativos que inicialmente no estaban relacionados. Este enfoque requiere una fuerte relación terapéutica y un alto compromiso emocional, lo que parece aumentar el valor percibido de la terapia para el paciente.

Finalmente, los pacientes valoran el enfoque específico y centrado en los objetivos de la psicoterapia constructivista cognitiva, que les ayuda a mantener la motivación y

promueve la sensación de un propósito compartido. Los pacientes buscan terapias que se centren en problemas concretos y que proporcionen apoyo, orientación y acciones específicas para abordar estos problemas.

En resumen, en la experiencia de los pacientes, la PVC bajo un enfoque constructivista cognitivo es valorada por su enfoque individualizado, por su capacidad para facilitar la autocomprensión y el cambio personal, y por su enfoque específico y centrado en los objetivos. El papel activo del terapeuta, su capacidad para establecer un lenguaje común con el paciente, y su compromiso con la relación terapéutica también son aspectos valorados. Estos hallazgos ofrecen una valiosa visión de cómo la PVC bajo este modelo puede ser eficaz para el trabajo psicoterapéutico a distancia.

7.1.2 CAMBIOS EN LAS CREENCIAS

Continuando las creencias previas, mencionado como el segundo factor que permite el establecimiento de una alianza terapéutica sólida por Bouchard (2000), quizás parte de los buenos resultados de las medidas de alianza entregados por los resultados cuantitativos del WAI se explican en parte por el masivo cambio en las creencias previas que tienen actualmente los pacientes y terapeutas sobre la teleterapia.

En publicaciones anteriores se mencionaba que uno de los aspectos clave para establecer y mantener una relación terapéutica exitosa en la psicoterapia virtual (PVC) es la habilidad de seleccionar el formato adecuado, el cual es acordado como la opción preferida tanto por el paciente como por el terapeuta. En otras palabras, se considera que parte de los resultados positivos se obtienen gracias a la posibilidad de elegir la atención a distancia como el método de llevar a cabo la psicoterapia. Es así como los buenos resultados obtenidos por el formato no podrían ser generalizados más allá de las poblaciones específicas de estudio.

El argumento anterior valora la posibilidad de elección, que está relacionada con dos opciones: o bien las personas que participaban en psicoterapia a distancia elegían ese formato porque tenían una creencia previa positiva asociada al formato, o simplemente porque no tenían alternativa. La evidencia apunta más claramente al segundo punto, ya que los estudios en su gran mayoría se enfocan en personas que viven en lugares rurales aislados en los que es imposible acceder a un especialista o personas que tienen condiciones de vida que le impiden la movilidad. Así entendido, quizás la

teleterapia siempre ha funcionado para aquellos que lo necesitan y el cambio en la pandemia fue que esa alternativa era la única posible para todos.

En este sentido, las creencias suelen cambiar positivamente con la experiencia, y en el contexto de la pandemia, muchos se vieron forzados a experimentar la teleterapia. Esto pudo haber desencadenado cambios masivos en las creencias asociadas a este tipo de atención, ya que un gran número de personas tuvo la oportunidad de vivir sus beneficios de primera mano. De esta manera, la pandemia puede haber servido como un catalizador para aumentar la aceptación y la percepción positiva de la teleterapia en la sociedad en general. A continuación vemos dos ejemplos en los que las creencias previas cambian con la experiencia.

N 7: "Pensé que no sería tan bueno porque las clases online no me gustaron tanto, pero un psicólogo online me gustó más porque hablar cosas personales me resultó más fácil".

N 3: "Por lo general siempre he preferido más la terapia presencial, pero últimamente, como empecé a trabajar, no tengo tanto tiempo. Entonces dije ya, en verdad si no lo hago instancia no lo voy a hacer nunca porque no voy a encontrar el momento en el que pueda hacerlo. Entonces, en este momento de mi vida online es lo que más me acomoda y probablemente lo único que me acomode. Comencé a utilizar este formato y me ha gustado y servido mucho hasta ahora".

Así pues, en el contexto de la pandemia, la socialización de las expectativas en torno a la teleterapia también pudo haber influido en el cambio de creencias. A medida que más personas compartían sus experiencias positivas con la atención a distancia, esto pudo haber contribuido a crear una percepción más favorable sobre la teleterapia en la sociedad en general.

La socialización de las expectativas se refiere a cómo las actitudes y creencias de un individuo pueden verse influenciadas por las opiniones y experiencias de otras personas en su entorno social. En el caso de la teleterapia, la pandemia proporcionó un contexto único en el que un gran número de personas, tanto terapeutas como pacientes, tuvieron que adaptarse rápidamente a esta modalidad de tratamiento. A medida que las personas experimentaban y compartían sus experiencias, los testimonios de éxito y los beneficios percibidos de la teleterapia comenzaron a difundirse, influyendo en las creencias y expectativas de aquellos que aún no la habían probado.

Además, la socialización de expectativas pudo haber generado un efecto dominó, donde las personas que inicialmente eran escépticas comenzaron a adoptar una perspectiva más abierta y positiva hacia la teleterapia debido al impacto de las experiencias compartidas por sus conocidos o a través de las redes sociales y otros medios de comunicación.

En resumen, la combinación de la experiencia personal y la socialización de las expectativas durante la pandemia pudo haber desempeñado un papel crucial en el cambio masivo de creencias asociadas a la teleterapia, aumentando su aceptación y percepción positiva en la sociedad. Esto a su vez puede tener un impacto en la calidad de AT en PVC y podría ser otro factor que ayuda a explicar los positivos resultados de esta investigación.

7.1.3 TELEPRESENCIA-EMOCIONALIDAD-VÍNCULO

La psicoterapia bajo el modelo Constructivista Cognitivo, utilizando las técnicas de intervención propias del modelo y reconocibles por los pacientes en sus propios relatos, propician una sensación de conexión y elicitan la presencia emocional dentro del contexto virtual, factor clave para el logro de la aparición de un emergente intersubjetivo, que es definido como la telepresencia. Una referencia directa al conectar emocional del terapeuta lo encontramos en la siguiente cita, donde se alude a lo ilocutivo de la gestión terapéutica. La conexión gestual o un terapeuta más expresivo en sus reacciones marca una diferencia entre este modelo de psicoterapia y otros más clásicos que invitan a la neutralidad.

N 2: "Uno se siente distinto cuando uno ve la reacción física de lo que uno está hablando en esta parte, un gesto, una expresión. Es como parte de ese lenguaje corporal, dependiendo de lo que tú estás contando".

La telepresencia se refiere al concepto de olvidar momentáneamente la separación física entre el terapeuta y el paciente. Diversos estudios han documentado cómo tanto pacientes como terapeutas en sesiones de psicoterapia por videoconferencia (PVC) experimentan el olvido de la distancia física y se sienten completamente inmersos en el proceso terapéutico sin que la tecnología interfiera negativamente. Parece que la sensación de telepresencia afecta la calidad de la alianza terapéutica (AT), especialmente en la variable del vínculo. Por lo tanto, la telepresencia podría tener un impacto indirecto en los resultados del tratamiento. Algunos pacientes hicieron mención

a la sensación de conexión y continuidad de su experiencia mientras estaban en sus sesiones a distancia:

N 6: "Yo creo que la conexión se siente porque nos conectamos con audio y video".

N 1: "Yo no sentí que la experiencia se cortara. Seguía como en una, como si estuviera en una consulta".

N 3: "No sentí nunca como que me desconectaba de la relación, ni por el internet ni por los ruidos del departamento".

En un estudio mencionado previamente se establece la correlación entre telepresencia y emocionalidad, pareciendo ser un fenómeno que sólo ocurre si el impacto vivencial del paciente es elevado. Bouchard et al (2020) plantea que la variable del vínculo es la que más se vería afectada por la telepresencia.

En nuestros resultados cuantitativos se encontró que precisamente la variable mejor evaluada del concepto de AT fue la variable del vínculo, puntuando significativamente superior a metas y tareas. Es llamativo el resultado porque en los estudios de otros modelos terapéuticos, principalmente el enfoque cognitivo conductual, es la variable que tiende a puntuar más bajo.

Aparentemente el foco puesto en la experiencia, el significado y la emocionalidad del paciente efectivamente se constituye como elemento favorecedor del establecimiento de la Alianza Terapéutica en PVC desde un modelo Constructivista Cognitivo, en tanto enfoca el esfuerzo en entender la emocionalidad singular de la persona que consulta.

Esto se apoya no solo en la noción teórica del tratamiento, sino por sobre todo en la práctica del enfoque, ya que las técnicas procedurales que caracterizan al modelo Constructivista Cognitivo hacen hincapié principalmente en la experiencia personal, ya sea en un eje diacrónico en el caso de la Exploración Experiencial (Ex-Ex), o en un eje sincrónico en el caso de la metacomunicación. Su meta es generar las condiciones necesarias para propiciar el cambio terapéutico (Yáñez, 2005).

Bajo la conceptualización de las técnicas procedurales aparecen las intervenciones terapéuticas, que se aprecian como la definición más cercana a las herramientas del quehacer del terapeuta y que aspiran a acercarse lo más posible al esquema formado

por la experiencia personal del paciente, cuyo rasgo distintivo es su fuerte carga emocional, y no una mera representación de los hechos de la realidad externa.

Así la terapia está orientada a promover el entendimiento de lo que las emociones revelan y a ayudar a los pacientes a prestar atención y simbolizar su experiencia emocional, lo cual les ayudará a construir nuevos significados. Sin embargo, antes de eso, la vivencia emocional posibilitará el desarrollo de la telepresencia en el formato de psicoterapia a distancia, que a su vez es parte central de la Alianza Terapéutica.

7.2 FACTORES QUE DIFICULTAN EL ESTABLECIMIENTO DE LA AT EN PVC

Si bien el resultado de nuestro estudio cuantitativo entrega evidencia sobre el logro de niveles fuertes de AT en PVC, en este apartado se profundizará en los resultados obtenidos sobre aquellos factores que dificultan el establecimiento de la AT en PVC, ordenándolos en relación a las tres categorías emergentes de la fase cualitativa de esta investigación: gestión terapéutica, los factores contextuales y los factores tecnológicos que dificultan el establecimiento de una buena AT en PVC.

7.2.1 GESTIÓN TERAPÉUTICA

Se mencionaron diversas preocupaciones relacionadas con la terapia en línea. Entre ellas, se destacó la dificultad que podría enfrentar el terapeuta para conectar emocionalmente con el paciente debido a tener menos información visual del cuerpo del paciente, lo que podría limitar la comprensión y conexión emocional. Si bien los pacientes mencionaron la probable dificultad del terapeuta, no hicieron referencia a que de parte de ellos la información limitada del terapeuta produjera algún tipo de interferencia o dificultad.

Por otro lado, parece ser crucial que los pacientes perciban cierta reacción emocional por parte de los terapeutas, expresada a través de gestos, para sentirse vinculados y cercanos a ellos. De hecho, se señaló que la inexpresividad de los terapeutas puede generar una sensación de desconexión, dificultando la construcción de una relación terapéutica sólida.

En este contexto, el enfoque en la experiencia, el significado y la emocionalidad del paciente en el marco de un modelo Constructivista Cognitivo, efectivamente contribuye

al establecimiento de la Alianza Terapéutica en Psicoterapia Virtual (PVC), donde tanto la intervención técnica de lo que se dice, como el acto ilocutivo de habla con el cual se acompaña, juntan la fuerza necesaria para hacer del contacto terapéutico, un contacto que elicitó y propone la emocionalidad.

Además, se mencionó que ciertas intervenciones, como la preguntas "¿Por qué?", podrían generar desconexión en el paciente, quien busca ayuda en la terapia. Este sería un ejemplo de ciertas acciones que producen una ruptura en la AT, válido tanto para el formato presencial como para el online.

No significa que por qué sea siempre un recurso negativo. Lo que refleja la cita tiene que ver con una desconexión entre la vivencia del paciente en terapia y el tono o el lugar cognitivo y emocional del terapeuta. Técnicamente el terapeuta Constructivista Cognitivo cuenta con herramientas que permiten generar una vivencia en la persona que consulta, pero algunas intervenciones inadecuadas o desconectadas del momento del paciente también pueden cerrar la vivencia que se despliega en el relato.

Sin embargo es relevante considerar en este momento que las rupturas en la AT ofrecen información valiosa sobre cómo el paciente se organiza, interpreta y se relaciona con otros. Las dificultades y su posterior reparación pueden tener un impacto positivo en el paciente, ya que proporcionan una experiencia que desafía y cambia sus formas previas de reaccionar y relacionarse (Safran, 1993).

La falta de feedback e inactividad del terapeuta durante las sesiones también fue mencionado como un factor que dificulta la sensación de estar conectado con el otro en una relación significativa de trabajo terapéutico. Un terapeuta activo, que pueda brindar más intervenciones y retroalimentación podría ayudar al paciente a sentirse más apoyado y comprendido.

Por último, se resaltó que la impuntualidad del terapeuta puede ser un aspecto más relevante en la terapia en línea que en la presencial, debido a que la incertidumbre sobre si el terapeuta se conectará puede generar ansiedad en el paciente. A pesar de que no es un problema que efectivamente los pacientes entrevistados hayan vivido, fue mencionado como un factor de mayor incertidumbre el hecho de los posibles retrasos o impuntualidad.

Para concluir, la relación terapeuta-paciente en el ámbito de la terapia en línea está influenciada por varios factores interpersonales. La capacidad del terapeuta para

conectarse emocionalmente con el paciente, la reactividad emocional del terapeuta, la pertinencia de las intervenciones y la actitud general del terapeuta durante las sesiones son aspectos clave que pueden afectar la calidad de la alianza terapéutica. Además, la puntualidad se presenta como un aspecto particularmente relevante en la terapia en línea, pudiendo generar incertidumbre y ansiedad en el paciente si no se maneja adecuadamente. Así, es de importancia que los terapeutas sean conscientes de estos factores y busquen estrategias efectivas para mejorar su práctica en la terapia en línea, facilitando la creación de una relación terapéutica sólida y efectiva con sus pacientes.

7.2.2 FACTORES TECNOLÓGICOS

La impresión general es que los entrevistados mencionan más fácilmente posibles complicaciones relacionadas con los factores tecnológicos que dificultades reales. De las expuestas en los resultados, solamente una persona experimentó problemas reales en la conexión y otra persona comentó la necesidad de recibir más información visual por parte del terapeuta, enfocada en confirmar que estaba ahí con ella sin distractores como por ejemplo un celular en las manos.

No fue una dificultad repetida en nuestro estudio, sin embargo vale la pena mencionarla porque quizás con pacientes más suspicaces o con estilos de personalidad más paranoides puedan agradecer más información visual por parte de sus terapeutas. Futuras investigaciones podrían tomar o desechar esta idea.

La conclusión es que el medio tecnológico a través del cual se realiza la psicoterapia en línea (internet y dispositivos), no es un tema que aparezca considerado como una dificultad real en la actualidad. Muchas de las posibles complicaciones son pensadas como riesgos antes de comenzar este formato de psicoterapia, pero parece que en la experiencia real esos miedos se ven desmitificados. Si la actitud del terapeuta demuestra presencia y compromiso, aparentemente los dispositivos y la calidad de la conexión actuales son suficientemente buenas como para pasar a segundo plano, o no ser consideradas como trabas.

7.2.3 FACTORES DEL CONTEXTO

En relación al contexto, resulta fascinante observar cómo los pacientes se esfuerzan y logran crear condiciones propicias para la intimidad, confidencialidad y seguridad necesarias en la psicoterapia. Este hecho nos lleva a considerar que la percepción de

que parte de la Alianza Terapéutica (AT) está vinculada a la sensación de seguridad de un espacio específico, puede ser acertada. Sin embargo, es importante destacar que la concepción de dicho espacio seguro ha evolucionado en la actualidad. Los pacientes tienen la capacidad de resignificar los entornos y, por ejemplo, transformar su habitación en un espacio terapéutico durante ciertos momentos. Esta adaptabilidad refleja cómo la terapia en línea ha permitido una redefinición de los lugares y la forma en que se construye la sensación de seguridad para el desarrollo efectivo de la psicoterapia.

Los pacientes tomaron precauciones para evitar ser escuchados durante sus sesiones de terapia en línea, asegurando así su privacidad y confidencialidad. Gracias a estas medidas, la falta de privacidad no representó un problema real en el desarrollo de las sesiones, permitiendo a los pacientes concentrarse en el proceso terapéutico y mantener una comunicación abierta y segura con sus terapeutas. Una mayor exposición de resolución de dificultades se comentará más adelante.

Por otra parte, la interrupción de una sesión de terapia debido a la necesidad de realizar una acción, como abrir la puerta, puede tener un impacto mayor en el flujo y la concentración en comparación con simplemente escuchar un ruido de fondo. Este tipo de interrupciones requiere que el terapeuta o el paciente se desvinculen temporalmente de la sesión para atender la situación, lo cual puede generar distracción y dificultar la conexión emocional. En cambio, aunque un ruido inesperado pueda interrumpir momentáneamente, es menos probable que afecte el proceso terapéutico de manera significativa, ya que ambas partes pueden reanudar rápidamente la conversación y mantener el enfoque en el trabajo terapéutico.

Por el lado del terapeuta, los sonidos que sugieren o hacen suponer la presencia de otras personas en el mismo lugar donde se encuentra el terapeuta pueden dificultar el desarrollo de la sesión de terapia. Estas distracciones pueden generar preocupaciones en el paciente acerca de la privacidad y confidencialidad de la conversación, lo que podría afectar la calidad de la comunicación y la confianza en el proceso terapéutico. Por lo tanto, es importante que los terapeutas garanticen un ambiente tranquilo y privado para llevar a cabo las sesiones en línea y así mantener la efectividad de la terapia. Vuelve a ponerse de manifiesto acá la necesidad de ciertas condiciones para el desarrollo de una sesión psicoterapéutica. La confidencialidad parece ser pieza clave para la efectividad de este formato.

Sin embargo, no todos los sonidos o ruidos durante una sesión de terapia en línea son perturbadores. Por ejemplo, los bocinazos u otros ruidos externos que no sugieren la presencia de otras personas en el lugar del terapeuta pueden ser percibidos como menos invasivos. Aunque estos sonidos pueden interrumpir momentáneamente la conversación, es posible que no afecten significativamente la conexión emocional o el enfoque en el proceso terapéutico, ya que son ruidos comunes en la vida diaria y no están directamente relacionados con la privacidad de la sesión. En conclusión, los sonidos que proponen un quiebre en la confidencialidad son altamente perturbadores, mientras que aquellos que no ponen en cuestionamiento la confidencialidad son menos atendidos.

En este punto y como recomendación para la práctica de la PVC desde un modelo constructivista cognitivo, es relevante evaluar la posibilidad de integrar en el encuadre explícito que se realiza con el paciente, algunas referencias al setting, que en este modelo queda a la responsabilidad del paciente, y no del terapeuta o de una institución.

Sería relevante establecer con el paciente la importancia de un lugar seguro, tranquilo y confidencial. Para esta propuesta pueden tomarse en consideración la forma en que los pacientes de este estudio resolvieron las problemáticas que se les presentaron, que se exponen a continuación.

7.3 RESOLUCIÓN DE DIFICULTADES

En este apartado, nos centraremos en las propuestas de resolución de dificultades que los pacientes compartieron durante las entrevistas. Analizaremos sus sugerencias y soluciones para superar los desafíos encontrados en la terapia en línea. Nuestro objetivo es comprender cómo estas ideas pueden mejorar la experiencia terapéutica tanto para pacientes como para terapeutas, contribuyendo a una mayor efectividad y satisfacción en el proceso de tratamiento en un entorno virtual.

En relación a la falta de privacidad, los pacientes sugirieron elegir horarios y lugares que les permitan contar con un espacio tranquilo y sin interrupciones durante las sesiones de terapia en línea.

Esta estrategia ayuda a garantizar la confidencialidad de la conversación y a mantener un ambiente propicio para el desarrollo del proceso terapéutico. Al seleccionar cuidadosamente el momento y el lugar adecuados para las sesiones, los pacientes

pueden sentirse más seguros y cómodos al compartir sus pensamientos y emociones con sus terapeutas.

Otra solución propuesta por los pacientes para enfrentar la posible falta de privacidad es la socialización del horario de terapia con las personas que comparten su espacio.

Al informar a familiares, amigos o compañeros de hogar sobre el momento de las sesiones, pueden minimizar interrupciones y asegurar la confidencialidad del proceso terapéutico. Esta comunicación previa permite a quienes comparten el espacio con el paciente ser conscientes de la importancia de respetar la privacidad y el tiempo dedicado a la terapia, facilitando así un entorno más adecuado para el desarrollo de las sesiones en línea.

Frente al ruido ambiente en el espacio del terapeuta, se mencionó la necesidad de incrementar la concentración para enfrentar las distracciones provenientes del entorno del terapeuta. Al enfocarse más en el contenido de la conversación y en el proceso terapéutico, los pacientes pueden superar estos obstáculos y mantener una conexión emocional y atención adecuada durante la sesión, a pesar de las interrupciones externas. Esta habilidad de adaptarse y concentrarse puede mejorar la efectividad de la terapia en línea.

En relación a los ruidos molestos en el ambiente del terapeuta, se sugirió pausar la sesión hasta que los ruidos externos cesen.

Esta estrategia permite a pacientes y terapeutas retomar la conversación en un entorno más tranquilo y libre de distracciones, asegurando una mayor concentración y enfoque en el proceso terapéutico. Al tomarse un breve momento para esperar que el ruido desaparezca, se puede minimizar su impacto negativo en la sesión y mantener la conexión emocional y la atención adecuada durante la terapia en línea.

Como puede observarse, si bien la psicoterapia a distancia no cuenta con un box terapéutico seguro como en la modalidad presencial, los pacientes toman resguardos necesarios, como las ideas mencionadas previamente, para transformar su espacio de conexión en uno tranquilo y seguro. Al implementar estas estrategias, los pacientes pueden crear un entorno adecuado para el desarrollo del proceso terapéutico, facilitando la comunicación abierta y el establecimiento de una conexión emocional sólida con sus terapeutas en el contexto de la terapia en línea.

Dada la importancia que tiene el setting como soporte sobre el cual se desarrolla la psicoterapia en general PVC en particular, proponemos integrar al encuadre explícito algunos de los conceptos y propuestas que los pacientes han tomado para resolver posibles rupturas en ese setting. Puede ser de utilidad en el encuadre que el terapeuta pregunte explícitamente por las condiciones del paciente en su espacio y juntos busquen las mejores alternativas para mantener la confidencialidad y la sensación de seguridad necesarias para el despliegue de contenidos altamente emocionales. En concreto, sería de utilidad preguntar desde dónde llevará a cabo sus sesiones, si hay personas a su alrededor que deban saber que esa hora estará protegida de interrupciones, etc.

Como el resguardo del setting en PVC deja de estar a cargo del terapeuta y pasa a cargo del paciente, parece relevante que en el encuadre explícito se acuerden todos los temas relativos al setting de las videoconferencias.

7.4 CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio indican que es posible establecer una buena Alianza Terapéutica (AT) en Psicoterapia vía Videoconferencia (PVC) desde un enfoque Constructivista Cognitivo, llevado a cabo en el contexto cotidiano de los pacientes y utilizando sus propios dispositivos. La muestra de 30 pacientes presentó un promedio del WAI (Inventario de Alianza Terapéutica) de 220, lo que sugiere una alianza fuerte o extremadamente fuerte según la categorización utilizada.

Este estudio destaca como consecuencia la eficacia de la terapia en línea basada en un enfoque Constructivista Cognitivo. Los resultados muestran que esta modalidad de terapia ofrece la posibilidad de establecer una conexión emocional y de confianza entre el terapeuta y el paciente, generando un ambiente seguro para el trabajo terapéutico.

Aunque no existe una estandarización para definir cuándo una alianza es buena o mala, los puntajes obtenidos en este estudio superan el umbral de 180, considerado como una puntuación de alianza fuerte en el WAI. Esto respalda la efectividad de la terapia en línea en el contexto constructivista cognitivo.

En resumen, la fase cuantitativa de este estudio proporciona evidencia sólida de que el enfoque Constructivista Cognitivo aplicado en terapia a distancia puede promover y facilitar el establecimiento de una buena AT en PVC, lo que abre nuevas perspectivas

para la práctica clínica en entornos virtuales y brinda oportunidades para mejorar la atención psicoterapéutica en el contexto cotidiano de los pacientes.

Ahora con respecto a la fase cualitativa, la implementación de la PVC presenta varios desafíos y oportunidades únicos que se centran en tres categorías emergentes: factores tecnológicos, factores del contexto y la gestión del terapeuta.

Dentro de los factores tecnológicos encontramos el uso de plataformas tecnológicas, la conectividad, las restricciones visuales y la optimización del tiempo. La conectividad de internet es una preocupación importante, tanto anticipatoria como real, para los participantes. Sin embargo, este estudio revela que tanto terapeutas como pacientes han desarrollado diversas estrategias para manejar las interrupciones y minimizar su impacto, lo que incluye repetir contenido importante, tener opciones de internet alternativas, cambiar a plataformas que requieren menos ancho de banda y, en última instancia, reprogramar las sesiones si la calidad de la conexión no es suficiente. A pesar de los desafíos, la adaptabilidad y la proactividad demostradas indican que la psicoterapia vía videoconferencia sigue siendo una opción viable y efectiva para la atención en salud mental, siempre y cuando se tomen en cuenta y se manejen los posibles obstáculos tecnológicos.

El uso de diferentes plataformas tecnológicas puede ser una barrera para aquellos con menor experiencia en tecnología, pero también brinda alternativas para mantener la terapia en caso de fallos de internet. Se destaca la necesidad de proporcionar guía y apoyo para garantizar un acceso fluido a las sesiones de terapia en línea, y se reconoce la importancia de la familiaridad con las plataformas como una herramienta para resolver problemas de conectividad.

En cuanto a las restricciones visuales, se observa una necesidad expresada por los pacientes de recibir más información visual del terapeuta para asegurar su completa presencia y compromiso durante las sesiones, lo que podría contribuir a una mayor conexión y confianza. Por otro lado, se sugiere que una mayor visibilidad de los pacientes también podría ser beneficiosa para los terapeutas, ya que los gestos y movimientos corporales pueden ser una información valiosa que podría perderse en el formato en línea.

Finalmente, se destaca la optimización de tiempo como una de las principales ventajas de la psicoterapia en línea. Esta modalidad puede favorecer la continuidad del proceso terapéutico al evitar interrupciones debido a viajes o ausencias, lo que puede acelerar el

proceso terapéutico en comparación con formatos más convencionales. Adicionalmente, se reconoce el ahorro de tiempo debido a la eliminación de los desplazamientos como una ventaja clave que puede facilitar una mayor adherencia y compromiso con el tratamiento.

En relación a la segunda categoría, que son los factores contextuales, encontramos que en general se resalta la relevancia del contexto en la PVC, y se demuestra cómo un manejo efectivo de los aspectos contextuales puede promover una experiencia terapéutica segura, efectiva y satisfactoria. La categoría de Factores Contextuales en la psicoterapia vía videoconferencia (PVC) resalta la importancia del entorno y las circunstancias del paciente en la terapia en línea, con el paciente como arquitecto de su propio espacio terapéutico, hecho que diferencia a este formato del presencial.

Dentro de esta categoría, la privacidad destaca la necesidad de garantizar un entorno confidencial para la terapia, tomando medidas como la elección de horarios y lugares adecuados, así como el establecimiento de límites con otras personas que cohabitan el mismo espacio. Por otro lado, los distractores ambientales se constituyen como los desafíos de las posibles interrupciones que pueden surgir en el entorno del paciente o del terapeuta, y se exploraron diferentes estrategias para manejar estas interrupciones.

Dentro de las condiciones valoradas por los pacientes se identifican elementos que pueden fomentar la confianza en el entorno virtual, como la percepción de un espacio preparado por el terapeuta y una comunicación efectiva en cuanto a la programación y confirmación de las sesiones.

Finalmente, dentro de los factores contextuales encontramos que el acceso a terapeutas de otras regiones destaca como una de las oportunidades que la PVC ofrece a personas que viven en áreas remotas o pequeñas, facilitando el acceso a terapeutas especializados y proporcionando un grado de anonimato que podría ser difícil de obtener en terapias presenciales.

La tercera categoría de nuestro análisis cualitativo estuvo relacionada con la gestión terapéutica y en ese sentido pone de relieve la particularidad del modelo constructivista cognitivo. En esta categoría se abordan aspectos clave en la terapia en línea relacionados con el terapeuta, el encuadre, las intervenciones, las técnicas y herramientas y el proceso terapéutico en sí mismo.

Dentro del concepto del terapeuta, se subraya la importancia de la conexión emocional, la neutralidad, la flexibilidad y el uso efectivo de la corporalidad por parte del terapeuta para construir un ambiente de seguridad y confianza. Sin embargo, también se reconoce que ciertos comportamientos o intervenciones del terapeuta pueden obstaculizar la terapia.

Pensando en el encuadre, se destaca la relevancia de la puntualidad, la accesibilidad del terapeuta y la facilidad de programar sesiones en la eficacia de la terapia en línea. Por otro lado en intervenciones se resalta la importancia de la escucha activa del terapeuta, mientras que las intervenciones inadecuadas pueden generar una sensación de lejanía y afectar negativamente el proceso terapéutico.

En lo referente a herramientas y técnicas señala el valor de las técnicas de relajación y las herramientas tecnológicas, como el seguimiento de sesiones y el envío de materiales, en mejorar la experiencia terapéutica en línea. Por último, dentro del concepto de proceso terapéutico, se enfatiza la importancia de un enfoque personalizado y centrado en las necesidades específicas del paciente en la terapia en línea.

En resumen, la categoría "Gestión Terapéutica" proporciona una visión integral de los elementos que contribuyen a una terapia en línea efectiva, resaltando la importancia del papel del terapeuta, la estructura y organización de la terapia, las intervenciones, las técnicas y herramientas empleadas y la necesidad de un enfoque terapéutico personalizado.

A través de los relatos de los pacientes, se pudo concluir que los aspectos más valorados de PVC bajo un modelo de psicoterapia constructivista cognitiva incluyen:

1. Personalización del tratamiento: Los pacientes aprecian que se les trate como individuos únicos y no simplemente desde un enfoque teórico genérico. Esto promueve una conexión interpersonal sólida y facilita que los pacientes se sientan comprendidos y valorados.

2. Participación activa del terapeuta: Los pacientes valoran la capacidad del terapeuta para guiarlos hacia conclusiones y asociaciones significativas. La habilidad del terapeuta para actuar como un catalizador y proporcionar las condiciones necesarias para el cambio autodirigido es altamente valorada.

3. Establecimiento de un lenguaje común: Un aspecto clave de la terapia es la creación de un lenguaje común entre el terapeuta y el paciente, lo que facilita la comunicación y la comprensión mutua.

4. Enfoque en objetivos específicos: Los pacientes aprecian un enfoque terapéutico centrado en problemas concretos y la provisión de apoyo y orientación específica para abordar estos problemas.

5. Uso de técnicas de intervención avanzada: Las intervenciones como la bisociación, que conectan dos contenidos significativos previamente no relacionados, son valoradas por los pacientes. Estas técnicas requieren una relación terapéutica sólida y un alto compromiso emocional.

Los hallazgos de este estudio demuestran la posibilidad de establecer una fuerte AT en PVC en el contexto natural del paciente. Por otro lado los resultados y análisis ofrecen una valiosa visión de cómo la Psicoterapia Constructivista Cognitiva puede promover el establecimiento de una fuerte AT en PVC y lograr en consecuencia, una efectiva práctica psicoterapéutica. El logro de la AT está mediado por oportunidades y dificultades propias de la tecnología, el contexto (setting) y las características del terapeuta. Atender a estas tres variables es altamente recomendable para los terapeutas que trabajan desde este modelo terapéutico y que llevan en la actualidad procesos de psicoterapia a distancia.

7.4.1 LIMITACIONES Y FUTURAS INVESTIGACIONES

Aunque todos los terapeutas participantes se encontraban en la fase final de la formación de Magíster en Psicoterapia Constructivista Cognitiva en la Universidad de Chile, existe una limitación inherente en la consistencia de la aplicación del estilo terapéutico. Dado que no se utilizó un protocolo de terapia manualizado y supervisado, la adherencia al enfoque constructivista cognitivo puede haber variado entre los terapeutas. Este factor puede haber influido en los resultados y es importante considerarlo al interpretar los hallazgos del estudio.

Por otro lado, este estudio se llevó a cabo poco después del final de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19 en Chile. Es posible que, debido a las circunstancias excepcionales de la pandemia, los participantes hayan valorado más positivamente la psicoterapia a distancia, ya que fue durante mucho tiempo la única opción disponible. Por lo tanto, los resultados de la alianza terapéutica pueden haber sido influenciados

por esta circunstancia. Futuros estudios deberían considerar investigar si la valoración del formato a distancia se mantiene o declina con el tiempo y en condiciones más normativas.

8. BIBLIOGRAFÍA:

- Alexander, F. y French, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald
- Alexander, L., & Luborsky, L. (1986). The Penn. Helping Alliance Scales. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). New York: Guilford Press.
- Anderson T, McClintock AS, McCarrick SS, et al: Working alliance, interpersonal problems, and depressive symptoms in tele-interpersonal psychotherapy for HIV-infected rural persons: evidence for indirect effects. *J Clin Psychol* 2018; 74:286–303
- Ardito, R, Rabellino D. (2011). Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. *Frontiers in Psychology*, Vol 2, page 270, DOI:10.3389/fpsyg.2011.00270, <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2011.00270>, ISSN=1664-1078.
- Bachelor A, Horvath A. The therapeutic relationship. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, eds. *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association, 1999; 133– 178.
- Backhaus A, Agha Z, Maglione ML, Repp A, Ross B, Zuest D, Rice-Thorp NM, Lohr J, Thorp SR. Videoconferencing psychotherapy: a systematic review. *Psychol Serv*. 2012 May;9(2):111-131. doi: 10.1037/a0027924. PMID: 22662727.
- Balbi, J (2004). *La mente narrativa. Hacia una concepción posracionalista de la identidad personal*. Paidós. Buenos Aires.
- Baños, R.M, Botella, B., Alcañiz, M., Liaño, V., Guerrero, B., y Rey, B. (2004) Immersion and Emotion: The impact on the sense of presence. *CyberPsychology and Behaviour*, 7(6) 734-741.
- Batastini AB, Paprzycki P, Jones ACT, MacLean N. Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a

fast-growing practice. *Clin Psychol Rev.* 2021 Feb;83:101944. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101944. Epub 2020 Nov 17. PMID: 33227560.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Berger, M. M., & Glueck, B. C. J. (1949). The telephone—its use as a psychiatric adjunct. *Psychiatric Quarterly*, 23, 522–529.
- Bergin, A. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. En: A. Bergin y S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. New York: Wiley
- Bordin, E. S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252–260. <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chic.)* 16, 252–260
- Bordin, E. S. (1989, June). Building therapeutic alliances: The base for integration. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The Working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13–37). New York, NY: Wiley.
- Botella, C., Banos, R. M., Perpina, C., Villa, H., Alcaniz, M., & Rey, A. (1998). Virtual reality treatment of claustrophobia: A case report *Behaviour Research and Therapy*, 36, 239-246. doi:10.1016/S0005-7967(97)10006-7
- Bouchard, S., Allard, M., Robillard, G., Dumoulin, S., Guitard, T., Loranger, C., Green-Demers, I., Marchand, A., Renaud, P., Cournoyer, L. G., & Corno, G. (2020). Videoconferencing Psychotherapy for Panic Disorder and Agoraphobia: Outcome

and Treatment Processes From a Non-randomized Non-inferiority Trial. *Frontiers in psychology*, 11, 2164. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02164>

- Bouchard S, Dumoulin S, Michaud M, Gougeon V. Telepresence experienced in videoconference varies according to emotions involved in videoconference sessions. *Stud Health Technol Inform*. 2011;167:128-32. PMID: 21685654.
- Bouchard, Stéphane & Payeur, Richard & Rivard, Vicky & Allard, Micheline & Paquin, Belle & Renaud, Patrice & Goyer, Lysanne. (2000). Cognitive Behavior Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Videoconference: Preliminary Results. *CyberPsychology & Behavior*. 3. 10.1089/109493100452264.
- Bouchard S, Payeur R, Rivard V et al. Cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference: preliminary results. *CyberPsychology & Behavior* 2000; 3: 999–1007. [Cited 30/10/13]. Available from URL: <http://www.online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089%2F109493100452264>
- Bouchard S, Paquin B, Payeur R et al. Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine Journal and E-Health* 2004; 10: 13–25.
- Bravo, D., Errázuriz, A., Campos, D., & Fernández, G. (2021). Termómetro de la salud mental en Chile ACHS-UC: Tercera ronda. https://www.achs.cl/portal/centro-denoticias/Documents/Termometro_SM_version3.pdf
- BUTLER, S. F. & STRUPP, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23, 30-40.
- Rogers, C. R. (1957). "El proceso de convertirse en persona". Boston. Ediciones Paidós.
- Carlin, A. S., Hoffman, H. G., & Weghorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: A case study. *Behaviour Research and Therapy*, 35(2), 153-158.

- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., and Grosse Holtforth, M. (2006). The working alliance: where are we and where should we go? *Psychotherapy (Chic.)* 43, 271–279.
- Cataldo, Francesco; Mendoza, Antonette; Chang, Shanton; and Buchanan, George, "Videoconference in Psychotherapy: Understanding research and practical implications" (2019). *ACIS 2019 Proceedings*. 70. <https://aisel.aisnet.org/acis2019/70>
- Cataldo F, Chang S, Mendoza A, Buchanan G (2021). A Perspective on Client-Psychologist Relationships in Videoconferencing Psychotherapy: Literature Review. *JMIR Ment Health* 2021;8(2):e19004 . URL: <https://mental.jmir.org/2021/2/e19004>. DOI: 10.2196/19004
- Chen, I. L., Eckhardt, J. N., Sinkowitz-Cochran, R. L., & Jarvis, W. R. (1999). Satellite videoconferencing for healthcare workers: Audience characteristics and the importance of continuing education credits. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 20, 778-780. doi:10.1086/501583
- Cohen, G. E., & Kerr, B. A. (1999). Computer-mediated counseling: An empirical study of a new mental health treatment. *Computers in Human Services*, 15(4), 13-26
- Colosimo, K.A., and Pos, A.E. 2015. "A Rational Model of Expressed Therapeutic Presence," *Journal of psychotherapy integration* (25:2), p. 100.
- CONSTANTINO, M. J., CASTONGUAY, L. G., & SCHUT, A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the "scientist-practitioner" model in psychotherapy. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 81–131). Boston: Allyn & Bacon.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). LA ALIANZA TERAPÉUTICA: HISTORIA, INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 19(2), 205–221. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- Creswell, J. W. y Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA, EE. UU.: SAGE.

- Cuijpers P, Berking M, Andersson G, et al: A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry* 2013; 58: 376–385
- de Bitencourt Machado, D., Braga Laskoski, P., Trelles Severo, C., Margareth Bassols, A., Sfoggia, A., Kowacs, C., Valle Krieger, D., Benetti Torres, M., Bento Gastaud, M., Stella Wellausen, R., & Laks Eizirik, C. (2016). A psychodynamic perspective on a systematic review of online psychotherapy for adults. *British Journal of Psychotherapy*, 32(1), 79-108
- De Fornel, M., and Libbrecht, L. 1996. "The Interactional Frame of Videophonic Exchange," *Réseaux. Communication-Technologie-Société* (4:1), pp. 47-72.
- Denegri, M., Castellanos, L., Silva, F. (2021). Informe sobre condiciones laborales, temores hacia el COVID-19 y satisfacción vital en Profesionales de la Psicología en Chile. Colegio de Psicólogos, Chile.
- Duarte, F. & Jiménez-Molina, A. (2020). Psychological distress during the COVID-19 epidemic in Chile: the role of economic uncertainty. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.09.27.20202648>
- Ebbert JO, Ramar P, Tulledge-Scheitel SM, Njeru JW, Rosedahl JK, Roellinger D, et al. Patient preferences for telehealth services in a large multispecialty practice. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2021 Jan 18:1357633X20980302.
- Eysenck, H. .J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluations. *Journal of Consulting Psychology*, 9, 140-146.
- Ferenczi, S. (1931). Child analysis in the analysis of adults. En *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis*, pp. 126-142. London: Karnac
- Fernández-Álvarez Javier, Fernández-Álvarez Héctor. Videoconferencing Psychotherapy During the Pandemic: Exceptional Times With Enduring Effects? *Frontiers in Psychology*, vol. 12. 2021 <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2021.589536> doi:10.3389/fpsyg.2021.589536 1664-1078

- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Freud, A. (1936). The ego and the defense mechanisms. Wien: Int. Psychoanal. Verlag
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. En J. Strachey (Ed. And Trans.). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (pp. 122-144). London: Hogarth Press.
- Frueh, B. C. (2015). Solving mental healthcare access problems in the twenty-first century. *Australian Psychologist*, 50(4), 304–306. <https://doi.org/10.1111/ap.12140>.
- Gallicano, T. (2013). An example of how to perform open coding, axial coding and selective coding. Recuperado de <https://prpost.wordpress.com/2013/07/22/an-example-of-how-to-performopen-coding-axial-coding-and-selective-coding/>
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam
- Goetter EM, Herbert JD, Forman EM et al. Delivering exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder via videoconference: clinical considerations and recommendations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2013; 2: 137–143. [Cited 30/10/13]. Available from URL: <http://www.dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.01.003>
- González-Peña, Paloma, Torres, Ramón, Barrio, Victoria del, & Olmedo, Margarita. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81-91. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- Greenberg, L., Rice, L. & Elliot, R. (1993). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*, Barcelona. Paidós, 1996.

- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. (Eds.). (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L & Paivio S. (1997). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Editorial Planeta. Barcelona, España.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987a). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change*. New York: Guilford Press.
- GUIDANO, V. F. & LIOTTT, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- Grady B, Myers KM, Nelson EL, Belz N, Bennett L, Carnahan L, Decker VB, Holden D, Perry G, Rosenthal L, Rowe N, Spaulding R, Turvey CL, White R, Voyles D. (2011); American Telemedicine Association Telemental Health Standards and Guidelines Working Group. Evidence-based practice for telemental health. *Telemed J E Health*. 2011 Mar;17(2):131-48. doi: 10.1089/tmj.2010.0158. PMID: 21385026.
- Grondin, F., Lomanowska, A. M., & Jackson, P. L. (2019). Empathy in computer-mediated interactions: A conceptual framework for research and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(4), 17. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12298>
- Haddouk, L., Bouchard, S., Brivio, E., Galimberti, C., & Trognon, A. (2018). Assessing presence in videoconference telepsychotherapies: A complementary qualitative study on breaks in telepresence and intersubjectivity co-construction processes. *Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine*, 16, 118–123.
- Harris, S. R., Kemmerling, R. L., & North, M. M. (2002). Brief virtual reality therapy for public speaking anxiety. *CyberPsychology and Behavior*, 5, 543-550. doi:10.1089/109493102321018187
- Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 138, 301-31

- Horvath, A. O., and Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J. Couns. Psychol.* 38, 139–149.
- Horvath, A. O., and Bedi, R. P. (2002). "The alliance," in *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, ed. J. C. Norcross (New York: Oxford University Press), 37-69.
- Horvath, A. & Greenberg, L. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Consulting Psychology*, 36, (2), 223-233
- Horvath, A., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the working alliance inventory. In L. S. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529- 556). New York: Guilford.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561–573. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Horvath, A. & Greenberg, L. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En: L. Greenberg & W. Pinsof (Eds). *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). Nueva York: Guilford Press.
- HORWITZ, L. *Clinical prediction in psychotherapy*. New York: Jason Aronson, 1974.
- Janesick, V. (1998). *Stretching: Exercises for qualitative researchers*. Thousand Oaks, CA, EE. UU.: SAGE.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., and Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clin. Psychol. Rev.* 26, 50–65.
- KIESLER, D. J. (1982). Confronting the client-therapist relationship in psychotherapy. In J. C. Anchin and D. J. Kiesler (Eds.), *Handbook of interpersonal psychotherapy*. New York: Pergamon Press

- King, N. y Horrocks, C. (2010). Interviews in qualitative research. Thousand Oaks, CA, EE. UU.: SAGE.
- Klein, B., & Richards, J. C. (2001). A brief Internet-based treatment for panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(1), 113.
- Klinger, E., Bouchard, S., Legeron, P., Roy, S., Lauer, F., & Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *CyberPsychology and Behavior*, 8, 76-88. doi:10.1089/cpb.2005.8.76
- Krause, M. (2020). Efectos de la Pandemia por Covid-19 sobre la salud mental. Instituto Chileno de Administración Racional de Empresas. <https://www.icare.cl/assets/uploads/2021/04/pandemiaysaludmental-3.pdf>
- Lakoff, G., and Johnson, M. 2008. *Metaphors We Live By*. University of Chicago press.
- Lopez A, Schwenk S. Technology-Based Mental Health Treatment and the Impact on the Therapeutic Alliance Update and Commentary: How COVID-19 changed how we think about telemental health. *Curr Res Psychiatry*. 2021; 1(3):34-36.
- Lowell A, Lopez-Yianilos A, Ryba M, et al: A university-based mental health center for veterans and their families: challenges and opportunities. *Psychiatr Serv* 2019; 70:159–1
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That "Everyone Has Won and All Must Have Prizes"? *Arch Gen Psychiatry*. 1975;32(8):995–1008. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760260059004
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008
- Luff, P., Heath, C., Kuzuoka, H., Hindmarsh, J., Yamazaki, K., and Oyama, S. 2003. "Fractured Ecologies: Creating Environments for Collaboration," *Human-Computer Interaction* (18:1-2), pp. 51-84.

- Psychotherapy at a Distance. John C. Markowitz, Barbara Milrod, Timothy G. Heckman, Maja Bergman, Doron Amsalem, Hemrie Zalman, Thomas Ballas, and Yuval Neria. *American Journal of Psychiatry* 2021 178:3, 240-246
- Marks, I. M., Cavanagh, K., Gega, L. (2007). *Hands-on help: Computer-aided psychotherapy*. Maudsley Monographs, 49. New York: Psychology Press.
- Martin, D. J., Garske, J. P., and Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J. Consult. Clin. Psychol.* 68, 438–450.
- Maturana Romesín, H. y Varela G., F. (2009). *El árbol del conocimiento : las bases biológicas del entendimiento humano*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/119932>
- Messina, I., & Loffler-Stastka, H. (2021). Psychotherapists' perception of their clinical skills and in-session feelings in live therapy versus online therapy during the COVID-19 pandemic: a pilot study. *Research in psychotherapy (Milano)*, 24(1), 514. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.514>
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Mohr, D. C., Vella, L., Hart, S. L., Heckman, T. G., & Simon, G. E. (2008). The effect of telephone-administered psychotherapy on symptoms of depression and attrition: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 243-253. doi:10.1111/j.1468-2850.2008.00134.x
- Nardi, B.A., and Whittaker, S. 2002. "The Place of Face-to-Face Communication in Distributed Work," *Distributed work*, pp. 83-110.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Lange, A., Ven, J. Q. V. D., Schrieken, B. A. L., Bredeweg, B., & Emmelkamp, P. M. G. (2000). Internet-mediated, protocol-driven treatment of psychological dysfunction. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6(1), 15-21

- Lange, A., van de Ven, J. P., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32(2), 73-90.
- Matthews, K. (2017). Telepsychiatry: The modern solution to our mental health. In TechTree. August. Retrieved at <https://www.techtree.com/content/features/13159/telepsychiatry-modern-solution-mental-health.html>.
- Meltzoff, J. & Konreich, N. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton
- Mlynář, J., González-Martínez, E., and Lalanne, D. 2018. "Situated Organization of Video-Mediated Interaction: A Review of Ethnomethodological and Conversation Analytic Studies," *Interacting with Computers* (30:2), pp. 73-84.
- Neimeyer, R. (2009). *Psicoterapia Constructivista, Rasgos Distintivos*. Declée de Brouwer. España
- Paineplán, V., & Kühne, W. (2012). Efectividad según duración de la psicoterapia en un centro de atención psicológica para universitarios. *Summa Psicológica UST*, Vol 9, N°1, 47-52. <https://doi.org/10.18774/448x.2012.9.74>
- Paloma González-Peña, Ramón Torres, Victoria del Barrio, Margarita Olmedo (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, Volume 28, Issue 2, Pages 81-91. ISSN 1130-5274, <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- Perls, F.S., Hefferline, R.F., and Goodman, P. 1973. *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Penguin.
- Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., Compare, A., & Silani, V. (2020). Telepsychotherapy: a leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-16.

- Porcari CE, Amdur RL, Koch EI et al. Assessment of post-traumatic stress disorder in veterans by videoconferencing and by face-to-face methods. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2009; 15: 89–94.
- Proudfoot J, Klein B, Barak A, et al: Establishing guidelines for executing and reporting Internet intervention research. *Cogn Behav Ther* 2011; 40:82–97
- Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic Alliance in Face-to-Face Versus Videoconferenced Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649–653. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.6.649>
- Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2009). A meta-analysis of the effects of Internet-and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 53-75. doi:10.1002/jclp.20536
- Richardson, L. K., Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Johnson, R. H., Egede, L. E., & Elhai, J. D. (2009). Current directions in videoconferencing tele-mental health research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 323-338. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01170.x
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Jornal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L. F., Kooper, R., Opdykem, D., Williford, J. S., & North, M. (1995). Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 626-628.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Watson, B. A., Kessler, G. D., & Opdykem, D. (1996). Virtual reality exposure therapy in the treatment of fear of flying: A case report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 477-481. doi:10.1016/0005-7967(96)00007-1
- Safran, J. D., Crocker, P., McMMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 154–165. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.154>

- Safran, J. D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Safran, J. & Muran, C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. The Guilford Press.
- Safran, J. D., Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- SAFRAN, J. D., SEGAL, Z. V., HILL & WHIFFEN, V. (1990). Refining strategies for research on self-representations in emotional disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 143-160.
- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy. An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7(2), 126–143.
- Santibañez, P. (2001). *La alianza terapéutica en psicoterapia. Traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del "Working Alliance Inventory" en Chile*. Universidad Católica de Chile, Tesis para optar al grado de Magíster.
- Santibañez, P. (2003). *La Alianza Terapéutica en Psicoterapia: El "Inventario de Alianza de Trabajo" en Chile.. Psykhe*. 12. 109-118.
- Schopp L, Johnstone B, Merrell D. Telehealth and neuropsychological assessment: new opportunities for psychologists. *Professional Psychology, Research and Practice* 2000; 31: 179–183. [Cited 30/10/13].
- Schultze, U. 2010. "Embodiment and Presence in Virtual Worlds: A Review," *Journal of Information Technology* (25:4), pp. 434-449.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 47(4), 637–645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>

- Shirk, S. R., and Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *J. Consult. Clin. Psychol.* 71, 452–464.
- Simpson, S. (2009). Psychotherapy via videoconferencing: A review. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 271-286.
- Simpson, S.G. and Reid, C.L. (2014), Alliance in videoconferencing psychotherapy. *Aust J Rural Health*, 22: 280-299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>
- Smith, K., Moller, N., Cooper, M., Gabriel, L., Roddy, J., & Sheehy, R. Video counselling and psychotherapy: A critical commentary on the evidence base. *Couns Psychother Res.*, 2022; 22: 92– 97. <https://doi.org/10.1002/capr.12436>
- Smoktunowicz, E., Barak, A., Andersson, G., Banos, R. M., Berger, T., Botella, C., et al. (2020). Consensus statement on the problem of terminology in psychological interventions using the internet or digital components. *Internet Interv.* 21:100331. doi: 10.1016/j.invent.2020.100331
- Steidtmann D, McBride S, Mishkind MC. Experiences of Mental Health Clinicians and Staff in Rapidly Converting to Full-Time Telemental Health and Work from Home During the COVID-19 Pandemic. *Telemedicine and e-Health.* 2020 Dec 9.
- Stubbings, D. (2012), The effectiveness of videoconference-based cognitive-behavioural therapy. Curtin University, Phd Thesis. <http://hdl.handle.net/20.500.11937/2111>
- Sucala, M., Schnur, J., Constantino, M., Miller, S., Brackman, E. y Montgomery, G. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 14, 175–187. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2084>
- TRONICK, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.

- TRONICK, E. Z. & COHN, J. F. (1989). Infant-mother face to face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 60, 85-92.
- Uscher-Pines L, Sousa J, Raja P, Mehrotra A, Barnett ML, Huskamp HA. Suddenly becoming a “virtual doctor”: Experiences of psychiatrists transitioning to telemedicine during the COVID-19 pandemic. *Psychiatric Services*. 2020 Nov 1;71(11):1143-50.
- Vaihinger, H. (1924) *The Philosophy of “As If”*. Berlín, Alemania. Reuter & Reichard.
- Vernmark, K., Lenndin, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Oberg, J., Calbring, P., ... Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 368-376. doi:10.1016/j.brat.2010.01.005
- Verni, E. 2019. "Il Setting in Psicoterapia Psicoanalitica." <http://www.centroclinospp.it/approfondimenti/269-setting-psicoterapia-psicoanalitica.html> Retrieved 21 July, 2019.
- Walshe, D. G., Lewis, E. J., Kim, S. I., O'Sullivan, K., & Wiederhold, B. K. (2003). Exploring the use of computer games and virtual reality in exposure therapy for fear of driving following a motor vehicle accident. *CyberPsychology and Behavior*, 6, 329-334. doi:10.1089/109493103322011641
- Walthger, J. B. (1996). Computer-Mediated communication: Impersonal, interpersonal, and hyperpersonal interaction. *Communication Research*, 23(3), 3-43.
- Wampold BE. *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2001.
- Wampold, B., Mondin, G., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A metaanalysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “All must have prizes”. *Psychotherapy Bulletin*, 122, 203-215

- Weinberg, H., & Rolnick, A. (2020). Four common challenges in online therapy and how to overcome them. Verfügar unter: <https://www.routledge.com/blog/article/fourcommon-challenges-in-online-therapyand-how-to-overcome-them> [16.05.2020].
- Wittson CL, Benschoter R. Two-way television: helping the Medical Center reach out. *Am J Psychiatry*. 1972 Nov;129(5):624-7. doi: 10.1176/ajp.129.5.624. PMID: 4673018.
- Wittson, C., & Dutton, R. (1956). A new tool in psychiatric education. *Mental Hospitals*, 7, 11-14
- Yager, J. (2001). E-mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Illustrative case material and discussion of the issues. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 125-138. doi:10.1002/1098-108X(200103)29:2<125::AID-EAT1002>3.0.CO;2-S
- Yáñez, J. (2004). Apuntes sobre técnicas procedurales. Material para uso docente de circulación restringida. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Yáñez, J. (2005). Constructivismo Cognitivo: Bases Conceptuales para una Psicoterapia Breve basada en la Evidencia. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Universidad de Chile, Chile.
- Yáñez J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne C., W., Leiva T., V., & Vergara H., P. (2001). Hacia una metateoría constructivista cognitiva de la psicoterapia. *Revista de Psicología*, 10(1), Pág. 97-110. doi:10.5354/0719-0581.2001.18556
- Zagmutt , A. (2010). Vínculos Afectivos, Mentes Conectadas. Estilos de Personalidad y Crisis desde el Nacimiento hasta la Edad Adulta. Uqbar Editores, Santiago de Chile, Chile.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369–376.

9. ANEXOS

Inventario de Alianza de Trabajo

Forma P

Instrucciones

En las siguientes páginas se plantean una serie de afirmaciones que describen algunas de las diferentes maneras en que una persona puede pensar o sentir acerca de su psicoterapeuta (psicólogo). A medida que lea las afirmaciones, cuando en el texto aparezca una _____, inserte mentalmente el nombre de su psicoterapeuta (psicólogo).

Bajo cada una de las afirmaciones hay una escala con puntaje de 1 a 7:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Si la afirmación describe la manera que usted piensa (o siente) siempre, marque el número 7; si esto nunca le sucede marque el número 1. Use los números existentes entremedio para describir las variaciones entre estos extremos.

Este cuestionario es CONFIDENCIAL; ni su terapeuta ni el consultorio verán sus respuestas.

Trabaje rápido; queremos conocer sus primeras impresiones.
(POR FAVOR NO OLVIDE RESPONDER TODOS LOS ÍTEMES)

Gracias por su cooperación.

© W.A.I.: A. Horvath, 1981, 1984.
I.A.T. : Adaptación a Chile (Santibáñez, 2000)

Puntajes: T: _____ M: _____ V: _____

IAT (P) p. 1

1.	Me siento incómodo (a) con _____.	1	2	3	4	5	6	7
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
2.	Creo que _____ y yo estamos de acuerdo respecto de las cosas que yo necesitaré hacer en la terapia para cambiar mi situación.	1	2	3	4	5	6	7
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
3.	Siento que me aporlean y me tienen preocupado (a) los resultados de estas sesiones.	1	2	3	4	5	6	7
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
4.	Lo que estoy haciendo en terapia me aporta nuevas perspectivas para mirar mi problema.	1	2	3	4	5	6	7
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
5.	Pienso que _____ y yo nos entendemos.	1	2	3	4	5	6	7
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
6.	Siento que _____ percibe adecuadamente cuáles son mis metas.	1	2	3	4	5	6	7
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
7.	Encuentro confuso lo que estoy haciendo en terapia.	1	2	3	4	5	6	7
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
8.	Creo que _____ me estima.	1	2	3	4	5	6	7
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
9.	Desearía que _____ y yo pudiéramos clarificar el objetivo de nuestras sesiones.	1	2	3	4	5	6	7
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
10.	Estoy en desacuerdo con _____ acerca de lo que yo debería lograr en terapia.	1	2	3	4	5	6	7
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
11.	Creo que el tiempo que _____ y yo estamos juntos en la (s) sesión (es) no es aprovechado de modo eficiente.	1	2	3	4	5	6	7
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
12.	Me da la impresión que _____ no entiende lo que yo estoy tratando de lograr en la terapia.	1	2	3	4	5	6	7
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

13.	Tengo claro cuáles son mis responsabilidades en la terapia.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
14.	Las metas de estas sesiones son importantes para mí.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
15.	Encuentro que lo que _____ y yo hacemos en terapia no se relaciona con mis problemas actuales.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
16.	Siento que las cosas que hago en la terapia me van a ayudar a lograr los cambios que deseo.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
17.	Creo que _____ está genuinamente preocupado (a) por mi bienestar.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
18.	Tengo claridad respecto a lo que _____ quiere que yo haga en estas sesiones.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
19.	Siento que _____ y yo nos respetamos mutuamente.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
20.	Siento que _____ no es completamente sincero (a) en sus sentimientos hacia mí.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
21.	Confío en la capacidad de _____ para ayudarme.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
22.	_____ y yo estamos trabajando para lograr metas terapéuticas establecidas de mutuo acuerdo.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
23.	Siento que _____ me aprecia.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
24.	Creo que _____ y yo estamos de acuerdo sobre lo que para mí es importante trabajar.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

25.	Como resultado de estas sesiones, tengo más claro como podría cambiar.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
26.	Creo que _____ y yo confiamos uno en el otro.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
27.	Me da la impresión que _____ y yo tenemos ideas diferentes acerca de cuáles son mis problemas.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
28.	Mi relación con _____ es muy importante para mí.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
29.	Tengo la sensación que si yo digo o hago cosas incorrectas, _____ va a dejar de trabajar conmigo.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
30.	Pienso que _____ y yo trabajamos juntos (as) en establecer metas para mi terapia.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
31.	Estoy frustrado (a) por las cosas que estoy haciendo en terapia.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
32.	Creo que hemos establecido un buen acuerdo sobre cuál es el tipo de cambios que serían buenos para mí.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
33.	Siento que las cosas que _____ me pide que haga no tienen sentido.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
34.	No sé qué resultados esperar de mi psicoterapia.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
35.	Creo que la manera en que estamos trabajando con mi problema es correcta.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
36.	Siento que _____ se preocupa por mí incluso cuando hago cosas que él (ella) no aprueba.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE POSTGRADO

CARTA DE COLABORACIÓN

He sido invitado a participar en mi rol de psicólogo y estudiante de Magíster de Psicoterapia Adulta bajo un modelo Constructivista Cognitivo de la investigación Factores que dificultan el establecimiento de la Alianza Terapéutica en la Psicoterapia vía Videoconferencia bajo un modelo de psicoterapia Constructivista Cognitivo.

Mi participación consiste en presentar e invitar personalmente a través de un correo a los pacientes que atiendo de manera particular a participar en el estudio dando respuesta al cuestionario de Alianza Terapéutica y eventualmente, a participar de una entrevista.

Mi participación, al igual que la eventual participación de mis pacientes es completamente voluntaria y su participación o no no influirá de manera alguna en el trabajo que realizamos de manera conjunta.

Por otro lado he sido informado sobre la confidencialidad de las respuestas y las entrevistas, por lo que entiendo que no accederé a dicha información, sí pudiendo sin embargo acceder a las conclusiones y aportes que el estudio entregue.

Se me ha hecho entrega de una carta de invitación, que debe tomarse como base para presentar el estudio al paciente. El estudio será presentado brevemente de manera verbal después de la tercera sesión y luego enviaré un correo tipo con el formato que se me ha compartido.

Haré llegar al investigador las direcciones de correo electrónico de los pacientes que asientan a ser contactados y recibir de parte del investigador en su correo el consentimiento informado.



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE POSTGRADO

CARTA DE INVITACIÓN

Hola, tomamos contacto contigo para invitarte a participar en un Estudio sobre la Alianza Terapéutica en Psicoterapia a Distancia. Este estudio está dirigido por Eduardo Schilling y se enmarca dentro de la realización de su tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Adultos en la Universidad de Chile.

Tu participación es completamente voluntaria y tu decisión de participar o no no afectará en ninguna medida el proceso de psicoterapia que llevas adelante. Tus respuestas tampoco tendrán algún impacto para tu terapeuta. El correo donde encontrarnos es estudioalianza@psicologoeduardoschilling.cl y ahí podrás hacernos llegar tus inquietudes u observaciones.

El beneficio de tu ayuda en este proceso tiene un carácter social, en el sentido de que estarás ayudando a entender de mejor manera la naturaleza de la psicoterapia a distancia que, a pesar de lo extendida de su práctica su práctica, ha sido poco estudiada. A nivel individual no percibirás beneficio

En este mismo sentido, queremos compartir contigo los resultados de nuestro estudio, una vez finalizado en el primer semestre de 2023. Te lo haremos llegar al correo que nos compartas.

Tu participación constaría de los siguientes pasos:

1. Responder el consentimiento informado más algunas preguntas sobre ti (edad, educación, etc.)
2. Responder un cuestionario de alianza de 36 opciones múltiples. Tiempo estimado: 7 min.
3. Eventualmente podrías ser contactado para invitarte a una entrevista, lo que tendría otros beneficios para ti.

Las respuestas al cuestionario serán anónimas y en el caso de que te contactemos para una entrevista, esta se llevará a cabo por el investigador, quien se preocupará de mantener en reserva tus datos personales y los de tu terapeuta.

Tu participación en la investigación la puedes reevaluar en todo momento, pudiendo dejarla en el momento que quieras y por cualquier motivo.

Condiciones:

1. Ser mayor de 18 años.
2. Haber tenido al menos 3 sesiones a distancia con tu psicólogo tratante.



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Factores que dificultan el establecimiento de la Alianza Terapéutica en la Psicoterapia vía Videoconferencia bajo un modelo de psicoterapia Constructivista Cognitivo.

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “Factores que dificultan el establecimiento de la Alianza Terapéutica en la Psicoterapia vía Videoconferencia bajo un modelo de psicoterapia constructivista cognitivo”. Su objetivo es evaluar la calidad de la Alianza Terapéutica en Psicoterapia vía Videoconferencia desde un enfoque Constructivista Cognitivo en procesos de psicoterapia llevados a cabo en desde su contexto cotidiano (casa, oficina, etc.) y utilizando sus propios dispositivos. Además nos proponemos identificar los factores que dificultan el adecuado establecimiento de la Alianza Terapéutica. Usted ha sido invitado(a) porque en este momento está realizando una psicoterapia vía videoconferencia.

El investigador responsable de este estudio es el psicólogo Eduardo Schilling, psicólogo de la Universidad de Chile, quién se encuentra cursando el programa de Magíster en Psicoterapia Adultos bajo un enfoque Constructivista Cognitivo. La investigación es realizada para optar al grado de magíster de la Universidad de Chile.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en contestar un formulario que mide la calidad de la Alianza Terapéutica. Este formulario consta de 36 preguntas y está pensado para ser rellenado en aproximadamente 7 minutos. El formulario será enviado a su correo electrónico y en él se abordarán percepciones suyas sobre el proceso que está llevando a cabo. En un segundo momento es probable que sea invitado a conversar sobre posibles dificultades que usted haya sentido en su proceso.

De llevarse a cabo, la entrevista será a distancia y será dirigida por el psicólogo investigador y tendrá una duración aproximada de 45 minutos. Esta entrevista será grabada para su posterior transcripción y análisis.

Usted podrá interrumpir su participación en cualquiera de las instancias (respuesta de formulario o entrevista), sin que esto afecte en absoluto el tratamiento psicoterapéutico que está llevando a cabo.

En caso de que por dificultades técnicas la entrevista se vea pausada o suspendida, es posible que intentemos retomarla en otro momento, siempre y cuando usted esté de acuerdo.

Riesgos: El riesgo de esta investigación está en la protección y almacenamiento de datos. Si bien sus respuestas al formulario de Alianza Terapéutica serán anónimas, estarán asociadas a una dirección de correo electrónica y es nuestra responsabilidad dar el debido resguardo a esta información.

Para tal efecto se creará un correo específico en el que se almacenarán durante el período que dura la investigación (aproximadamente 6 meses) las respuestas asociadas a su correo. El correo creado para esta investigación es estudioalianza@psicologoeduardoschilling.cl.

Su participación o no en este estudio no afectará en ninguna medida los servicios psicoterapéuticos que recibe por parte de su psicólogo/a tratante. Por otro lado, la evaluación de la Alianza que usted realice, en caso de querer participar, no tendrá impacto o consecuencias positivas ni negativas en su terapeuta.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información que nos ayude a entender de mejor manera una forma de hacer psicoterapia que se ha masificado desde la pandemia causada por el Sars Cov 2. Además esperamos que el conocimiento construido nos ayude no solo a entender, sino también a mejorar este formato terapéutico

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted ni para su terapeuta tratante.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Para proteger sus datos se ha creado una dirección de correo exclusiva para este propósito, y a la que sólo tendrá acceso el investigador. Los datos serán guardados mientras dure la investigación, que se piensa será alrededor de 6 meses. Las respuestas serán guardadas con el fin de analizar sus características y posteriormente seleccionar a los participantes que hayan reconocido mayores dificultades en el establecimiento de la Alianza de Trabajo.

Aquellos seleccionados serán invitados a una entrevista, que será grabada y transcrita por el investigador, para ser analizadas posteriormente. Una vez terminado el proceso todos los archivos serán eliminados, así como la dirección de correo antes mencionada.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, le haremos llegar los resultados al correo registrado al momento de participar de nuestra investigación.

Datos de contacto: Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a Eduardo Schilling, responsable de este estudio:

Eduardo Schilling
Teléfonos: +569 9400 8238
Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.
Correo Electrónico: estudioalianza@psicologoeduardoschilling.cl

También puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Comité de Ética de la Investigación
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile
Teléfonos: (56-2) 29772443
Dirección: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Facultad de Ciencias Sociales.
Universidad de Chile.
Correo Electrónico: comite.etica@facso.cl



II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si acepta participar en este estudio, por favor haga clic en la celda de abajo que indica que acepta participar voluntariamente. Al aceptar participar usted declara que lo hace de forma informada, es decir, que ha leído y comprendido las condiciones de su participación en este estudio en los términos antes señalados, y ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y que estas sean respondidas, sin que le queden dudas al respecto. Una vez que acepte participar haciendo clic en la celda respectiva, se le dará acceso a la encuesta del estudio.
¡Muchas gracias!

Sí, acepto voluntariamente participar en este estudio

No acepto participar en este estudio.

Correo electrónico para devolución de información: _____