



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSGRADO

**NARRATIVAS DE PSICOTERAPEUTAS FAMILIARES ACERCA DE LA  
INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA MEDIADA POR TECNOLOGÍAS DE LA  
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos  
JAVIERA FRANCISCA ALCAÍNO JIRÓN

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser la del profesor guía Felipe Gálvez.

Profesor guía: Felipe Gálvez  
Profesora co-guía: Patricia González

Santiago de Chile  
2024

**NARRATIVAS DE PSICOTERAPEUTAS FAMILIARES ACERCA DE LA  
INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA MEDIADA POR TECNOLOGÍAS DE LA  
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

## RESUMEN

La presente investigación buscó conocer las narrativas de terapeutas sistémicos sobre la intervención terapéutica con familias y parejas en atención en línea. Se centró en su construcción y desarrollo, en el rol de la comunicación analógica y en los recursos y estrategias utilizados por los profesionales. A través de una metodología cualitativa, se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal mediante entrevistas semiestructuradas. Los resultados dieron cuenta de que una sólida alianza terapéutica, sumada a la disposición y destrezas del terapeuta como la actitud directiva, flexibilidad y creatividad, junto a una alfabetización digital adecuada, son la combinación clave en este tipo de intervenciones terapéuticas mediadas por TICs. Pudiendo concluir que para superar los desafíos asociados, lograr el establecimiento de límites claros y la dirección efectiva del entorno terapéutico, es necesaria una disposición y formación particular que permita utilizar a favor de la intervención, los elementos tradicionalmente entendidos como desventajas. Y que un manejo inadecuado puede generar significativos deslizamientos de contexto con consecuentes intervenciones nocivas para los sistemas consultantes. Siendo la alfabetización digital del terapeuta, su proceso de autoconocimiento y su formación clínica, recursos esenciales en la intervención virtual con familias y parejas.

**PALABRAS CLAVE:** Terapia en línea; Telemedicina; Telepsicología; Psicología clínica; Intervención psicológica; Terapia familiar; Terapia de parejas.

## **DEDICATORIA**

De forma muy especial dedico este proyecto a mi querida madre, Sandra. Como buena investigadora, no tengo dudas de que le hubiese encantado estar y compartir este pedacito de mi historia académica. Te agradezco por haberme acompañado incondicionalmente en esta vida. Estoy segura que desde algún lugar de éste inmenso universo me sigues acompañando en cada paso que doy.

Y aunque me encantaría no hacerlo, también se lo dedico a mi hermoso Mike, mi fiel compañero que estuvo alentando a escribir hasta la última palabra de esta tesis. Te voy a extrañar cada día de mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

El proceso de tesis ha sido largo, y hay quienes han sido particularmente importantes para mí en este camino.

Quisiera iniciar agradeciendo a mi profesora Patricia González, que me ha guiado y ayudado a entender que investigar también se trata de buscarse a una misma para de pronto encontrarse, y seguir hasta terminar.

A mi profesor Felipe Gálvez, que desde el pregrado ha confiado en mí y en mis capacidades, impulsándome a creer en puedo lograr lo que me proponga, incluyendo este magíster.

A mi querido Anselmo, que me acompaña en cada aventura, gracias por confiar en mí cuando ni yo misma he podido hacerlo.

A mi papá, y a mis hermanas Macarena y Paula, que estando muy cerca o muy lejos, siempre me entregan su amor y apoyo.

A Fer, Jorge e Isa, los amigos que me regaló este magíster, porque gracias a ellos, las risas no faltaron.

Gracias por la buena onda y el cariño a todos.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
<b>1. Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación.....</b>	<b>11</b>
1.1. Las TICs y el contexto social.....	11
1.2. Las TICs en la atención en salud mental.....	14
<b>2. Comunicación y aspectos analógicos.....</b>	<b>18</b>
<b>3. La intervención terapéutica con familias y parejas.....</b>	<b>20</b>
3.1. El contexto de consulta.....	21
3.2. Destrezas terapéuticas sistémicas.....	22
3.2.1. Destrezas para establecer el contexto terapéutico.....	23
3.2.2. Persona del terapeuta.....	26
3.2.3. Destrezas conceptuales.....	27
3.2.4. Destrezas para conducir la intervención.....	27
3.2.5. Destrezas de intervención.....	29
<b>MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>31</b>
1. Perspectiva epistemológica.....	31
2. Tipo de estudio.....	31
3. Diseño metodológico.....	32
4. Unidades de información.....	33
5. Técnica de producción de información.....	36
7. Procedimiento.....	38
8. Consideraciones éticas.....	39
9. Dimensiones.....	40
<b>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>73</b>
<b>REFLEXIONES FINALES.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>95</b>

## INTRODUCCIÓN

El deterioro de la salud mental de la población se configura como una temática urgente a nivel global (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022) que ha empeorado luego de la pandemia por Coronavirus (en adelante COVID-19) (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). Y, si bien, no existen fuentes oficiales que publiquen sistemáticamente la situación de la salud mental en Chile, diversas fuentes de conocimiento permiten determinar que el estado actual del país no escapa de esta realidad.

La Encuesta Nacional de Salud realizada entre los años 2016 y 2017 a personas mayores de 15 años, indicó que alrededor de un 15,8% de la población presentaba síntomas depresivos, algo que no cambió significativamente en comparación a encuestas anteriores, en las que el registro de la prevalencia de depresión alcanzaba un 6,2% para la población nacional (Minsal, 2018). En esta línea, el 21% de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), esto es, los años en que no se vivió plenamente debido a una discapacidad o muerte prematura causadas por una enfermedad, correspondieron a desórdenes de salud mental, abuso de sustancias, suicidio y/o desórdenes neurológicos (OPS, 2018).

Respecto al consumo de sustancias, Chile cuenta con la mayor prevalencia de consumo de pasta base entre todos los países americanos, está entre los tres países con mayor prevalencia en consumo de marihuana, y entre los seis países con mayor consumo de cocaína y tranquilizantes no prescritos por un profesional de salud mental, contando con las mayores tasas de consumo de sustancias en población infanto juvenil en el continente (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2019).

Por otro lado, la violencia intrafamiliar es una de las fuentes principales de trastornos mentales, registrándose un 71% de niños, niñas y adolescentes que reciben algún tipo de violencia ejercida por alguno de sus cuidadores primarios (Fondo de las Naciones Unidas para los Niños [UNICEF], 2012). Y en mujeres sobre los 15 años de edad, un 41,4% señala haber sufrido algún tipo de violencia

en su vida, donde la violencia física lidera por sobre la psicológica y la sexual (Subsecretaría de la Prevención del Delito, 2020).

En relación a la tasa de mortalidad por suicidio, ésta aumentó en un 7% a nivel nacional entre el año 2000 y el 2017, donde hubo un incremento de un 160% en mujeres entre 45 y 49 años, seguida por un 63% en hombres de entre 10 y 14 años, y un 58% en mujeres de entre 20 y 24 años (Minsal, 2018).

Con este breve repaso de ciertas estadísticas significativas a nivel nacional, es posible notar el escenario de urgencia en salud mental, abriendo la interrogante por el gasto público en ésta área, que si bien, debe asignarse proporcionalmente de acuerdo a la carga de enfermedades destinando más recursos a aquellas de mayor peso en los AVAD, en Chile únicamente un 2,8% del gasto público se destina a salud mental (OPS, 2018).

El año 2022, el presupuesto destinado a salud mental alcanzó los MM\$26.770, creciendo en un 6,7% respecto al año anterior y considerando la proyección de un aumento de 6% para el año 2023 (Minsal, 2022). En este sentido, el financiamiento primario de la salud mental, respaldado en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), cubre aproximadamente al 80% de la población. Y desde el año 2006, se han incorporado al sistema de garantías explícitas de salud (GES) nuevas prestaciones en salud mental, ampliando la cobertura, con normas y protocolos preestablecidos en busca de un adecuado nivel de cuidado (Minsal, 2017). Sin embargo, de las 85 patologías cubiertas por el GES, sólo cinco de ellas son neuropsiquiátricas: depresión, esquizofrenia, consumo de sustancias, Trastorno Afectivo Bipolar y demencias (Minsal, 2022).

De esta manera, Chile mantiene un déficit importante respecto al financiamiento, ya que, su presupuesto es aún insuficiente para abordar la atención en salud mental en todos los niveles de atención (Aracena et al., 2022). Desde una comparación internacional, el presupuesto para salud mental Chileno corresponde al 2,78% del un total de 8,7% del PIB destinado a salud, cifra



evidentemente inferior a la Estadounidense de 6,2% y Canadiense de 7,2% (Vicente, Saldivia y Pihán, 2016).

Por lo que, si bien se ha aumentado la cobertura de atención, ésta no supera al 20% de individuos afectados por trastornos de salud mental, y el acceso a la salud mental en Chile sigue siendo un problema no resuelto (Minsal, 2017). Un ejemplo de esto es que durante el año 2020, más de un 80% de la población gravemente enferma en términos de salud mental no recibió tratamiento (OPS, 2023). En este escenario de deuda, la población chilena ha expresado una percepción negativa respecto a la calidad de la atención en salud mental proveniente del sistema público, y se ha calculado que 9 de cada 10 personas expresan descontento debido a falencias en factores como trato al paciente, atención oportuna y tratamientos efectivos (Centro de Estadísticas Observatorio de Salud Mental Chile, 2024)

Todo lo mencionado hasta este punto, da cuenta de la necesidad de nuevas y mejores soluciones que ayuden a resolver el problema de cobertura y acceso a la atención en salud mental. De esta manera, el uso de tecnología en ésta área adquiere un lugar importante frente a las necesidades sanitarias de la población. Más aún cuando se consideran las características geográficas del país, la inadecuada distribución del personal de salud, y que dentro de latinoamérica, Chile tiene la mayor conectividad e infraestructura capaz de transferir información compleja a alta velocidad (Comisión Nacional de Productividad [CNP], 2018).

Cobra relevancia que el ingreso y establecimiento de las nuevas tecnologías en la época contemporánea a la vida de los seres humanos sea un hecho a nivel global (Uzelac, 2010), una realidad de la que Chile es parte y que ha producido un contexto de avances digitales que otorga al país grandes posibilidades para el complejo problema de cobertura en salud mental. En esta línea, la Subsecretaría de Telecomunicaciones (SUBTEL, 2022), el año 2022 proporcionó datos concretos que revelan una penetración inédita de las conexiones 5G en Chile, pudiendo dar cuenta de un crecimiento del 996% durante

el cuatrimestre de ese año, siendo el primer país latinoamericano en contar con la red de quinta generación. Sumado a que la fibra óptica (principal tecnología de internet fija), está presente en un 61,82% de los hogares del país, con una presencia mayoritaria en 14 regiones.

En este contexto, el uso de tecnología en salud no es algo nuevo (Burgoyne y Cohn, 2020), y la telesalud en Chile encuentra sus orígenes en el año 1993, con un proyecto piloto que comparaba el diagnóstico tradicional con el telediagnóstico, junto al desarrollo de métodos de colaboración a distancia en educación (SRA, 2018). Y bajo la idea de mejorar el sistema sanitario y responder a la demanda poblacional para mejorar los indicadores y condiciones de salud, sumándose a la iniciativa internacional de implementación de servicios de ciber salud en los distintos ámbitos del sector de salud (SRA, 2018), diversos proyectos se fueron implementando a lo largo de los años a través de clínicas privadas y del Minsal, para llegar a aprobar el Programa Nacional de Telesalud en el año 2018 (Minsal, 2021).

Para ese entonces, en la SRA ya se estaban desarrollando actividades que hoy forman parte del Hospital Digital (HD), un programa público de salud digital administrado por el Departamento de Salud Digital de la SRA, el cual inició en el 2019 y no tiene un plazo definido de finalización (SRA, 2022).

Hasta aquí, es posible dar cuenta de que los servicios de salud mental en línea ya se encontraban en expansión previo a la crisis sanitaria, sin embargo, la práctica de telepsicología tuvo su auge indiscutible en los últimos años debido a la pandemia por la COVID-19 (Glass y Bickler, 2021). En esta época, dada la urgencia de atenciones en salud mental, prácticamente todos los proveedores de este servicio tanto públicos como privados se vieron obligados a ajustar su trabajo e incluir opciones de telesalud (Rojas-Jara et al., 2022). Así, los terapeutas que trabajan con familias y parejas no fueron la excepción, y aunque de forma más tardía, ellos también incluyeron opciones virtuales a sus propias prácticas (Glass y Bickler, 2021).

El foco principal de la investigación respecto a la telepsicología se ha puesto en el formato de atención individual, quedando desplazado el trabajo con familias y parejas como forma de intervención mediada por tecnología, sin existir evidencia contundente que sea capaz de explicar y comprender en su totalidad el fenómeno (Burgoyne y Cohn, 2020). Por eso, en este estudio se pretende dar foco exclusivo a la intervención psicológica clínica con familias y parejas.

La intervención psicológica con familias y parejas en formatos tradicionales se ha venido estudiando desde los años setenta, logrando demostrar su eficacia general para diversos desórdenes clínicos, siendo incluso un aporte complementario adecuado en la mejora de los resultados de otras intervenciones como el tratamiento individual, tratamiento psicofarmacológico, tratamiento psicoeducativo, entre otros (Pérez y Mercadal, 2017).

Se ha mostrado que éste tipo de intervenciones son útiles para tratar diversas patologías como el trastorno obsesivo compulsivo, adicciones, trastorno por déficit atencional e hiperactividad, trastorno somatomorfo, trastornos de personalidad, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, trastornos de la alimentación, trastornos del lenguaje, conflictos conyugales (Pérez y Mercadal, 2017), problemas de violencia, ansiedad, esquizofrenia, abuso de sustancias, ajustes a una enfermedad crónica, y por sobre todo, en el tratamiento de niños, adolescentes y adultos cuando existen variables moderadoras relacionales en sus desórdenes de salud mental (Díaz, 2012).

En el Sistema de Salud público chileno, el quehacer de los equipos de salud de la red asistencial se orienta para mejorar las condiciones de salud de la comunidad a través de la promoción de estilos de vida saludables y la acción intersectorial, y el fortalecimiento de la responsabilidad familiar y comunitaria, teniendo a la familia como uno de los ejes primordiales de intervención (SRA, s.f.). Y si bien, desde instancias estatales se han elaborado orientaciones técnicas, lineamientos y recomendaciones para la atención en salud a distancia asociados a la pandemia por la COVID-19, (SRA, 2021; Servicio Nacional de Menores

[SENAME], 2020; Minsal, 2021), no ha existido una especificidad suficiente que haga referencia clara y precisa a las intervenciones terapéuticas en esta modalidad con familias y parejas.

Por lo que, aunque se ha reconocido el valor de las intervenciones con familias y parejas y la importancia del tratamiento psicológico basado en el uso del internet, existe una evidente limitación en el campo investigativo dedicado al estudio específico de este tipo de intervenciones (Hertlein y Webster, 2008; Ritterband y Tate, 2009), limitación que se refleja en la escasa atención que se ha puesto a la temática en las diferentes áreas de formación de profesionales como talleres, capacitaciones y publicaciones académicas (Hertlein, Lambert-Shute y Piercy, 2009).

De esta manera, a pesar de la prevalencia de la mediación tecnológica en la atención psicológica, las explicaciones teóricas para el comportamiento en línea, los patrones de intimidad, y los efectos de la tecnología en la comunicación, generalmente pueden encontrarse en revistas que no se dedican a la investigación en terapia con familias y parejas (Hertlein, 2012). Por ejemplo, es un desafío identificar en la literatura científica el término “terapia familiar en línea” (Burgoyne y Cohn, 2020), algo que evidencia el temprano desarrollo de esta temática en el campo investigativo. Se entiende así, que la literatura sobre la influencia de las nuevas tecnologías en la terapia con familias y parejas, aún no ha florecido dentro del enfoque sistémico tal como lo ha hecho en otras perspectivas terapéuticas (Borcsa y Pomini, 2017).

Las interrogantes que surgen en este estudio, buscan indagar sobre los posibles efectos en la intervención terapéutica frente a las limitaciones asociadas a la modalidad virtual. Limitaciones que tienen que ver con la incapacidad de acceder a la imagen completa de las manifestaciones no verbales, y que son particularmente importantes en el trabajo psicológico, pues el vínculo que ahí se construye se trata de una interacción que requiere de una retroalimentación de ese tipo de respuestas (Korochentseva, 2022). Además la videoconferencia

dificulta e incluso imposibilita que los participantes gestionen los turnos de palabra, que controlen el uso de la palabra mediante la posición del cuerpo y la mirada, que noten movimientos a través de la visión periférica, que tengan conversaciones secundarias, que señalen cosas en el espacio del otro, o que manipulen objetos del mundo real, entre otros (Isaacs y Tang, 1994).

Estas interrogantes provienen desde una mirada sistémica, que considera la intervención terapéutica como un encuentro comunicativo complejo en el que intervienen múltiples niveles y dimensiones, y la percepción del sujeto desde un marco de referencia particular, tiene un lugar fundamental porque determina la interpretación de los mensajes que ahí se transmiten, por lo que la vertiente interpersonal se vuelve fundamental, siendo esenciales la capacidad del sujeto para relacionarse con otros, y con el entorno físico y simbólico en el que se desenvuelve (Rizo, 2011).

Desde esta mirada, los aspectos analógicos de la comunicación son cruciales por su rol en la definición de la relación entre los interactuantes y por permitir dar contexto al contenido (nivel digital) de la comunicación. Básicamente, gracias a estos componentes es posible interpretar los mensajes en el encuentro humano y definir los comportamientos adecuados según el resultado de esa interpretación, y al mismo tiempo, en virtud del carácter definitorio de la relación, el sujeto establece su propia posición en esa interacción a través de su respuesta (Feixas et al., 2016).

En este sentido, la intervención terapéutica también está condicionada por los aspectos analógicos, dado que ellos transmiten la mayor parte de la comunicación afectiva. Por ejemplo, se ha demostrado que el contacto visual, el tono de voz y la postura corporal serían señales para los sistemas consultantes mediante las cuales corroborar la información verbal de los terapeutas y así discernir los sentimientos reales hacia ellos (Faucet, Lee y Carter, 2017).

En esa misma línea, las señales de inmediatez como la distancia entre terapeuta y sistema consultante, permitirían a este último interpretar su empatía,

calidez, autenticidad y efectividad, pudiendo establecer si el terapeuta lo aprecia y lo acepta (Scherer y Rogers, 1980). Las disposiciones corporales del terapeuta han sido vistas como una señal de su grado de disposición para interactuar o su grado de compromiso en el proceso terapéutico (De Roten, Darwish, Stern, Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999). Y se ha estudiado que un alto contacto visual y una inclinación hacia adelante del tronco del terapeuta, mejorarían la percepción del sistema consultante sobre su empatía, sobre la alianza terapéutica y sobre la credibilidad del tratamiento (Dowell y Berman, 2013).

Se ha visto también, que la mímica en los comportamientos no verbales, tiene un lugar en la intervención, ya que los terapeutas adaptarían sus niveles de mímicas a los sistemas consultantes y la mímica de los sistemas consultantes al comienzo del tratamiento predeciría la alianza terapéutica (Salazar et al., 2020). De esta manera, se ha visualizado una asociación significativa de la sincronía no verbal entre terapeuta y sistema consultante con la alianza terapéutica (Deres-Cohen, Dolev-Amit, Peysachov, Ramseyer y Zilcha-Mano, 2021).

Por todo lo planteado hasta este punto, y teniendo en cuenta el continuo avance de las tecnologías en salud mental que han demostrado su alta efectividad, viabilidad y confiabilidad en el área clínica y de la salud (Cavas-Hoyos, 2020), se considera relevante prestarles atención, sobre todo al reconocer la falta de formación previa de parte de los profesionales de la salud mental en el área (Rojas-Jara et al., 2022), y la falta de evidencia sólida que permita comprender el fenómeno a cabalidad (Livings, 2013) para dar cuenta de sus impactos en los resultados clínicos, y que permita realizar un ejercicio ético, eficaz y eficiente (Payne et al., 2020).

De esta manera, dado que la intervención con familias y parejas ha demostrado ser un dispositivo de alta efectividad, es que convendría preguntarse, **¿Cuáles son las narrativas de psicoterapeutas de familias y parejas acerca de la intervención terapéutica mediada por Tecnologías de la Información y Comunicación?**

Hacerse esta pregunta implica relevancia social, en tanto la prevalencia de enfermedades de salud mental en Chile constituye un grave problema que afecta a una parte significativa de la población, siendo la principal fuente de carga de enfermedad en el país (Ministerio de Salud, 2017). Además, la falta de acceso a atención en salud mental agrava la situación, puesto que las largas listas de espera (Schönsteiner, 2022), la escasez de horas de atención (Bravo et al., 2023) y la baja disponibilidad de especialistas en salud mental (Minsal, 2021) dan cuenta de que se trata de un problema vigente y de urgencia nacional.

La relevancia social de este estudio, cobra mayor peso al considerar que el problema de investigación se sitúa en un contexto de post-crisis sociosanitaria, ya que busca dar cuenta del escenario posterior a la catástrofe que impulsó el uso de la salud digital como complemento a la medicina moderna (Godoy et al., 2020). Y estudiar los cambios significativos generados a raíz de esta situación que ofreció la telesalud como prestación ambulatoria regular (Smith et al., 2020; Poppas, Rumsfeld y Wessler, 2020) para evitar la acumulación de pacientes sin atención, las muertes y un mayor deterioro en la salud de las comunidades (Lurie y Carr, 2018), podría ser muy valioso para desarrollar herramientas que ayuden frente a nuevas emergencias globales.

Por último, se considera que este estudio cuenta también con una relevancia teórica, al buscar profundizar en la intervención terapéutica con familias y parejas frente al vacío existente en este campo (Burgoyne y Cohn, 2020). Se cree que esto podría contribuir a las políticas públicas relacionadas con la provisión de servicios de salud mental y, al mismo tiempo, ser un aporte valioso en futuras investigaciones académicas sobre esta temática.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer las narrativas de psicoterapeutas de familias y parejas acerca de la intervención terapéutica mediada por Tecnologías de la Información y Comunicación.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Describir las narrativas de psicoterapeutas acerca de las características, la construcción y el desarrollo de la intervención terapéutica con familias y parejas mediada por TICs.

Describir las narrativas de psicoterapeutas respecto al rol de la comunicación analógica en la intervención terapéutica con familias y parejas mediada por TICs.

Describir las narrativas de psicoterapeutas acerca de los recursos y estrategias utilizados en la intervención terapéutica con familias y parejas mediada por TICs.



## MARCO TEÓRICO

### 1. Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación

#### 1.1. Las TICs y el contexto social

Durante los siglos XIX y XX, la economía industrial experimentó un cambio radical al enfocarse en la información y la producción cultural, lo cual incluyó el desarrollo de la ciencia, el software, los servicios financieros, la contabilidad, así como las industrias de medios como el cine, la música y los sistemas de comunicación como el teléfono, el telégrafo, la prensa de gran circulación, la radio y la televisión, además del internet, entre otros. Este enfoque, transformó la distribución de comunicación e información a nivel mundial, desplazándose desde una escala local inmediata hacia una gran escala global. En este contexto, el proceso de globalización se ha visto potenciado por el avance de las nuevas Tecnologías de la Información y de la Comunicación (en adelante TICs) y las infraestructuras digitales, definiendo así un modelo de desarrollo para las sociedades modernas cada vez más interdependientes (Uzelac, 2010).

En esta línea, la cultura digital entendida como el nuevo contexto tecnológico del ser humano contemporáneo, se caracteriza por un nivel de producción de información inconmensurable, su fácil transmisión y por la inmediatez en el acceso que los individuos alrededor del mundo tienen a ella (Ayala, 2011). La cultura digital es la integración de cambio social, irrupción constante de nuevos actores y de movilidad y conectividad omnipresentes (Riverón, 2016). En este escenario, todos quienes acceden a estas tecnologías que promueven una nueva forma de desplegarse a las redes sociales a través de la virtualidad, son parte de una manifestación cultural que modifica las conductas sociales y condiciona a los individuos que ahí participan (Ayala, 2011).

Dada la relevancia de las nuevas tecnologías para el ser humano contemporáneo, se considera pertinente tener en cuenta ciertos planteamientos filosóficos que permitan posicionar este estudio respecto a la comprensión de ésta

relación, ya que, la filosofía de la técnica tradicional ha planteado una separación teórica sobre el ser humano y la tecnología moderna, tendiendo a una visión pesimista al resaltar sus aspectos alienantes y deshumanizadores. Esta tradición filosófica argumenta que la técnica moderna, más allá de su fin instrumental o de ser una actividad humana, se trata de una forma de desocultamiento que revela al mundo como un fondo de reserva o conjunto de recursos disponibles para su explotación, reduciendo todo a su utilidad instrumental y alienando al ser humano de su auténtica esencia. Visualizando a la técnica moderna como una amenaza existencial para el mundo, que lo despoja de su misterio y profundidad, convirtiendo la relación del ser humano consigo mismo y con la naturaleza en una simplemente utilitaria y manipulativa (Heidegger, 1997).

Sin embargo, este proyecto ha buscado basarse en las posturas de los filósofos contemporáneos Gilbert Simondon (2007), Bernard Stiegler (1994) y Yuk Hui (2021), que ofrecen concepciones filosóficas más constructivas, matizadas y en ciertos casos más optimistas sobre la relación dinámica entre técnica y ser humano. Donde si bien, reconocen que existen riesgos asociados a la técnica, logran destacar su potencial para el desarrollo del ser humano, la evolución cultural y la innovación, sugiriendo nuevos caminos para integrar la tecnología de forma beneficiosa y armoniosa en la vida humana.

Simondon (2007), desde su idea de individuación, plantea que tanto humanos como objetos técnicos evolucionan en conjunto, en una relación interdependiente que supera el fin instrumental. La técnica es vista como una extensión natural de las capacidades humanas, que permite nuevas formas de existencia y potencia la creatividad, siendo esencial en la evolución cultural. De esta manera, la cultura transforma la naturaleza mediante la técnica, al mismo tiempo que es transformada por ella. En ese sentido, la técnica es entendida como un medio para enriquecer y expandir las capacidades humanas, y no como una fuerza alienante.

Bernard Stiegler (1994), introduce la idea de que los objetos técnicos son formas de “memoria exteriorizada”, en que los conocimientos y habilidades

humanas se inscriben en ellos, pudiendo acumularse y transmitirse a través del tiempo. Una externalización de la memoria esencial para la evolución cultural y tecnológica. El autor propone que los objetos técnicos definen nuevos modos de vida y de pensamiento, influyendo en la cultura e identidad. Además, se refiere a la ambivalencia del objeto técnico a través del concepto de "farmakon", donde muestra su potencial de remedio o de veneno, advirtiendo como riesgo la posible desindividuación del ser humano (esto es, la pérdida de su capacidad de desarrollarse autónomamente), y advirtiendo también su gran potencial como fuerza positiva si se gestiona adecuadamente.

Yuk Hui (2021), introduce la idea de "cosmotécnica", diciendo que cada cultura desarrolla una relación singular con la técnica de acuerdo a su diversidad y cosmología enraizadas. Desde aquí, propone una pluralidad de enfoques técnicos o múltiples cosmotécnicas, que reflejan diferentes historias y modos de ser en el mundo, entendiendo que en la relación entre lo ecológico y la tecnología, el medio ambiente es modificado pero también constituido por ella, por esto es que desde su perspectiva las formas en que se desarrolla la relación ser humano-tecnología es localizada y única. Contrario a la visión homogeneizadora y utilitaria de la filosofía de la técnica tradicional (Heidegger, 1997), para él la técnica no es únicamente una amenaza, sino que una oportunidad de innovación cultural y filosófica, cuando se consideran los contextos culturales específicos y se promueve una interacción más nutrida y diversa con el mundo técnico.

Desde estos postulados, es posible apreciar la idea de que los medios digitales no solo están transformando el mundo, sino que también están transformando al ser humano y modificando cómo este se entiende a sí mismo (Gere, 2010). En este sentido, a pesar de que la función de las nuevas tecnologías se podrían comprender como un artefacto técnico desde una prescripción determinista del comportamiento a seguir -en tanto se comporta como se le solicita que se comporte- en realidad, las experiencias humanas con las nuevas tecnologías van más mucho más allá de un uso instrumental (Blanco y Berti, 2016).

Las tecnologías contemporáneas trascienden la concepción tradicional, dadas sus implicancias sociales que promueven nuevas formas de pensar lo social y lo cultural, esto es, además de sustituir formas de hacer, logran producir formas diferentes de hacer las cosas, y sobre todo, producen nuevas actividades (Riverón, 2016). Se entiende así, que en ésta época no existen objetivos y fines fijados en la técnica contemporánea, ya que, la dualidad tradicional medio/fin asociada al objeto técnico/industrial se diluye (Ramirez, 2021).

Simondon (2007), enfatiza en la necesidad de una toma de conciencia sobre el sentido de los objetos técnicos, que vaya más allá de su prejuicio sobre éstos, ya que, desde ahí se ignora su valor cultural y humano. Su propuesta es una nueva concepción en que la técnica está integrada a la cultura, pues según él, el problema de la alienación tiene que ver con la ignorancia respecto de la máquina y de los valores y conceptos culturales que porta e incorpora en la vida humana.

Por último, Hui (2021) propone la idea de un complejo tecnológico dado por la relación técnica-naturaleza, permitiendo comprender desde un lugar esperanzador los entornos tecnológicos y digitales desarrollados por el ser humano, que han influido en éste y construido nuevas formas de comunicación humana. Así, contradice la idea tradicional que opone incuestionablemente la tecnología y la naturaleza, y que señala que la única forma de salvación para el ser humano es renunciar o mitigar el desarrollo tecnológico,

## **1.2. Las TICs en la atención en salud mental**

De esta manera, los avances tecnológicos y la cultura digital han continuado en desarrollo, extendiéndose a todos los ámbitos de la vida humana. El campo de la salud mental ha sido parte también de estos procesos, donde el lugar de la tecnología ha tomado diversas formas (Lopez-Santin y Álvaro, 2018).

La telesalud es el término para definir el campo donde se ha materializado el uso de internet en el ámbito de la psicología clínica, que es entendido como la provisión de salud a distancia (Standing Committee of Family and Community

Affairs, 1997). La evaluación, el tratamiento, el autocuidado y la automonitorización de individuos que sufren a nivel de salud mental son algunos de los objetivos que se han propuesto resolver mediante la telesalud (Lopez-Santin y Álvaro, 2018).

De ésta manera, los servicios psicológicos entregados a través de TICs incluyen (pero no se limitan a) intervenciones basadas en la web, aplicaciones móviles, sistemas de videoconferencia (telepsicología) o sistemas de realidad virtual, y pueden ser utilizados de manera complementaria a los servicios cara a cara o como único medio de acceso a intervenciones psicológicas (Fonseca y Osma, 2021).

Teniendo en cuenta la variedad de formas existentes en éste ámbito, para este proyecto se ha decidido limitar el estudio exclusivamente a la atención psicológica mediante videoconferencia, ya que, ésta tecnología ha permitido el desarrollo de la telemedicina en general, transformando la prestación de atención médica con el objetivo de cerrar la brecha entre pacientes y profesionales de la salud (Llinás-Delgado, Alcocer-Olaciregui y Vargas-Moranth, 2023). Además, porque su semejanza con el encuentro presencial permite una interacción cara a cara entre el personal de salud y el usuario a la distancia, haciendo posible recibir atención a quienes no pueden o no quieren acceder presencialmente a un lugar físico (Banshur, 1995).

Actualmente, la telepsicología por videoconferencia se encuentra disponible a lo largo de todo el país a través del programa nacional de telesalud (SRA, 2018), y a través de la práctica privada de psicoterapeutas que intervienen virtualmente. Una modalidad que se ha expandido ampliamente a pesar de contar con limitaciones importantes que serán desarrolladas más adelante.

La telepsicología corresponde al tratamiento terapéutico a través de videoconferencia, mediante la cual se efectúa un proceso de comunicación bidireccional en tiempo real, siendo un encuentro en el que se produce una serie de interacciones e intercambios entre un consultante y un profesional de la salud

mental a través de medios tecnológicos, pudiendo capturarse la información y transportarse para ser visualizada e interpretada (Hirsch y Durau, 2020).

Se ha demostrado que la telepsicología tiene ventajas significativas en comparación con la terapia tradicional cara a cara. Ofreciendo una facilidad de acceso a atención en salud mental en términos geográficos, idiomáticos y de disponibilidad horaria, así como para personas con movilidad reducida debido a condiciones físicas. Además del anonimato, la reducción de los tiempos de espera en situaciones de urgencia y el abaratamiento de costos (Spijkerman, Pots y Bohlmeijer, 2016).

La evidencia sugiere que los tratamientos psicológicos a través de telepsicología no difieren significativamente en sus resultados respecto a la terapia tradicional, manteniendo una efectividad a largo plazo (Barak et al., 2008; Ilmiatun, Astri y Syafitri, 2021), incluso en el tratamiento de condiciones de salud mental poco comunes y problemas de salud física que requieren atención psicológica, no se han observado diferencias significativas en comparación con la terapia presencial en términos de mejora general del consultante, la alianza terapéutica entre terapeuta y paciente, y la satisfacción del paciente inmediatamente después del tratamiento (Barak et al., 2008; Greenwood et al., 2022; Varker et al., 2019).

Sin embargo, algunos investigadores, como Magigan et al. (2021), han señalado que la telepsicología puede no ser adecuada para tratar a individuos con enfermedades mentales graves, como la psicosis activa o la suicidalidad activa, ya que, éstas requieren de servicios cara a cara para mitigar el riesgo agudo. Y en otras situaciones críticas como el maltrato infantil o la violencia doméstica, se necesita asegurar la confidencialidad.

De hecho, tras la COVID-19, se han documentado importantes desventajas de la telepsicología que incluyen compromisos en la seguridad, privacidad y confidencialidad para los pacientes, la insuficiente formación de los terapeutas en las competencias necesarias, obstáculos en la comunicación terapeuta-paciente,

barreras de accesibilidad debido a la falta de herramientas tecnológicas, y limitaciones éticas (Rojas-Jara et al., 2022).

De esta manera, cobra relevancia que la incorporación de estas tecnologías ha generado cambios significativos en los procesos de atención, afectando a los diversos actores del sistema sanitario (López-Santín y Álvaro, 2018). Esto ha planteado interrogantes sobre sus efectos y las consideraciones necesarias al incluirlas en la atención de salud mental.

Aunque la mayoría de los estudios sobre la efectividad de la telepsicología se han centrado en atención individual (Burgoyne y Cohn, 2020), autores han señalado que la investigación que respalda la psicoterapia en línea es aún insuficiente o presenta numerosas brechas de conocimiento, especialmente en términos de efectividad, eficacia y resultados a largo plazo en comparación con los tratamientos presenciales (Stoll, Müller y Trachsel, 2020).

Lo que permite explicar el amplio vacío teórico en la comprensión del fenómeno de la mediación por TICs en intervenciones con familias y parejas (Hertlein y Webster, 2008; Ritterband y Tate, 2009; Borcsa y Pomini, 2017).

En relación a éste tipo de intervenciones, las principales interrogantes sobre los efectos de la tecnología se refieren a las limitaciones que impiden una retroalimentación adecuada en la intervención terapéutica debido a la obstaculización en el acceso a aspectos no verbales (Korochentseva, 2022), que implican una falta de control sobre la conversación, la imposibilidad del uso del cuerpo y la dificultad en la conducción general de la intervención (Isaacs y Tang, 1994).

Estas limitaciones afectarían la calidad de la comunicación entre el terapeuta y el sistema consultante, ya que disminuyen el flujo de la conversación y la espontaneidad, así como la calidez, empatía y seguridad emocional asociadas a la distancia física. Además, el verse a sí mismo en una cámara web podría ser un distractor que interfiera en la comunicación, dificultando el trabajo terapéutico (Burgoyne y Cohn, 2020; Chen et al., 2020; Payne et al., 2020; Stoll et al., 2020).

Desde una perspectiva ética, uno de los argumentos más discutidos en contra de la modalidad en línea, tiene que ver con los problemas de comunicación asociados a la ausencia de señales no verbales en la interacción terapéutica, ya que, podría llevar a malentendidos que afectarían gravemente el proceso diagnóstico si se pasa por alto información clínica relevante (Stoll, Müller y Trachsel, 2020).

## **2. Comunicación y aspectos analógicos**

Desde una comprensión sistémica, la intervención terapéutica puede ser entendida como el proceso comunicativo interpersonal complejo en que se encuentran dos sistemas específicamente definidos: la persona experta profesional (o equipo terapéutico) y quién solicita ayuda por encontrarse en un estado de sufrimiento (en este estudio corresponde a familias o parejas). Encuentro que constituye el sistema terapéutico y que tiene como meta principal producir cambios en el sistema consultante (Fernández et al., 1997; Villarreal-Zegarra y Paz-Jesus, 2015).

Desde una epistemología de cibernética de segundo orden, las observaciones ocurridas dentro del sistema terapéutico no son absolutas, ya que, son relativas al punto de vista del observador. Éste último, es también parte de lo observado y dado que el acto de observación influye en lo que se observa, éste se influye a sí mismo. Fenómeno que impide la posibilidad de predecir completamente lo observado. Así que, aunque el terapeuta y el sistema consultante son sistemas claramente diferenciados, el proceso comunicativo que ahí se genera es complejo (Von Foerster, 1996; Maturana y Varela, 2003).

De esta manera, cobra relevancia la comunicación entendida como fenómeno de interdependencia entre quienes participan de él, donde existe una regulación a través de mecanismos de retroalimentación, que puede verse como una matriz donde ocurren las actividades humanas e incluye todos los procesos en que los individuos se influyen mutuamente, en un modelo circular retroactivo (Wiener, 1985).



En esta matriz comunicativa, el lugar de los participantes es esencial para la comprensión de los mensajes que se dan en una lógica de intercambio (Birdwhistell, 1959), pues ésta ubicación determina el espectro de información presentada al observador y cuando otorga significación a la información recibida, ocurre la comunicación. Por lo que, al entrar en el campo perceptual del otro, ocurre el “sistema de comunicación” (Bateson y Ruesch, 1984), lo que quiere decir que el individuo participa en aquella comunicación (Jutoran, 1994).

Así es como surge la asignación de significado al comportamiento de los otros (Serrano, 1983, como se citó en Mateu, 2001), en que, independientemente de cómo se traspase la información o cuál sea el nivel de consciencia de los interlocutores en ese traspaso, cada comportamiento humano en un contexto interactivo siempre es significativo (Rici-Bitti y Cortesi, 1980).

De esta manera, el contexto adquiere un lugar fundamental para entender el proceso de interpretación, ya que, dependiendo del contexto particular en que se desarrolla una conducta, un otro puede otorgarle significado. En relación a este fenómeno, es que se visualiza el lugar esencial de los distintos niveles de comunicación presentados en el cuarto axioma de la comunicación, donde se plantea la existencia de los niveles analógico y digital de la comunicación, y su convivencia simultánea (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

El nivel digital está relacionado con el código en una relación de equivalencia entre un significante y un significado y la asignación de ese significado es bastante arbitraria. Al mismo tiempo, este nivel corresponde al de contenido, por lo que el material del mensaje es más complejo, versátil y abstracto que en el caso del nivel analógico. La analogía corresponde a una relación de semejanza, proporción o correspondencia entre dos elementos de manera no literal, que en paralelo otorga información respecto de esa relación y la imposición de conductas que la comunicación establece (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991)

La comunicación analógica ha sido característica de la interacción humana durante la mayor parte de la historia, precediendo las TICs (Goodman-Deane,

2016). Este tipo de comunicación, corresponde a los elementos utilizados para indicar algo similar a otra cosa, siendo todo lo que corresponde a comunicación no verbal, y aquellos aspectos verbales que escapan de la dinámica representacional (como expresiones faciales, lenguaje corporal, inflexión de la voz, secuencia, metáforas, analogías, paradojas, etc.), junto a los indicadores comunicacionales de contexto donde ocurre la interacción. Además, los aspectos analógicos de la comunicación no cuentan con un negativo simple, no tienen sintaxis lógica y carecen de indicadores de temporalidad (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

Así, la interacción entre seres humanos que participan de una situación en que comparten presencia física simultánea en espacio y tiempo, ocurre un intercambio que supera la simple transmisión de información, donde las personas poseen sistemas de significados compartidos en que se incluyen gestos, miradas, posturas, silencios, vestuario, uso del espacio, entre muchos otros (Rizo, 2009).

En este sentido, los aspectos analógicos de la comunicación pueden utilizarse durante la intervención terapéutica sistémica, tanto como dispositivos de intervención (técnicas interventivas estratégicas o herramientas para la terapia, como el modelo estratégico de Palo Alto y el enfoque estructural con estrategias como la estructura familiar), o como una forma para que el terapeuta observe y se observe dentro del sistema terapéutico. Esto implica un nivel de lenguaje distinto al digital, que permite acceder desde otras perspectivas a la realidad del sistema y acercarse a los significados construidos por este (Bernales, Bustos y Gálvez, 2006).

Además, los aspectos analógicos tienen un rol crucial en el ambiente terapéutico al influir en cómo el terapeuta se aproxima al sistema consultante, incluyendo su tono de voz, las claves sensoriales para orientarse y el tipo de relación que se busca establecer (Bernales, Bustos y Gálvez, 2006).

### **3. La intervención terapéutica con familias y parejas**

De esta manera, se entiende que las intervenciones terapéuticas con familias y parejas son encuentros comunicativos complejos distintos a la terapia

individual por contar con particularidades asociadas al establecimiento de la relación terapéutica (Escudero, 2009) y por requerir ciertas destrezas específicas asociadas al establecimiento del contexto de intervención, a la conducción de la terapia, y a la intervención en sí (Moreno, 2015).

### **3.1. El contexto de consulta**

El contexto de consulta corresponde a un metacontexto, esto es, los aspectos físicos del lugar donde ocurre la intervención, las cosas que allí ocurren y la situación interaccional dada por la intersección entre los sistemas significativos para el sistema consultante cuando pide ayuda y los contextos de pertenencia más amplios de ambos (sistema consultante y terapeuta). El metacontexto es una situación en la que se emite un mensaje que varía de acuerdo a los cambios de esa situación (Ortiz, 2008).

Esta situación interaccional particular, cuenta con reglas de funcionamiento que dependen tanto de quién consulta como de la formación y experiencia del terapeuta (Selvini Palazzoli, 1985), es decir, reglas que corresponden a un código de restricciones sociales interpersonales que limitan y definen el repertorio de significados posibles, cargando de sentido a la comunicación, permitiendo que los mensajes tomen su significado (Bateson y Donaldson, 2010) y que adquieran un valor terapéutico (Ortiz, 2008).

Para lo que se necesita que el terapeuta y sistema consultante compartan las premisas sobre las que se establecen los deberes y objetivos del encuentro (encuadre), ya que, cuando esto no se logra, emergen malentendidos y confusiones en la comunicación que se vuelven difíciles de manejar e imposibilitan la intervención (Ortiz, 2008).

Por lo tanto, el contexto particular de la situación interactiva ofrece las señales al sujeto sobre las maneras adecuadas de comportamiento y los comportamientos adquieren un significado que permite entender la sintomatología expresada como mensajes verbales y analógicos (Bateson, 1991).

Para lograr que la comunicación entre los integrantes del contexto terapéutico sea funcional y se asegure un contexto de terapia y no pedagógico, policíaco o judicial, es necesario que el terapeuta establezca claramente los marcos de contexto, que corresponden a las señales que permiten interpretar el contexto de trabajo y dan significado a las conductas, facilitando la observación de lo que ahí ocurre (Boscolo et al., 1987). Lograr que éstas se respeten, contribuye a evitar el deslizamiento de contexto, esto es, visiones distintas entre terapeuta y sistema consultante respecto del contexto terapéutico (Ortiz, 2008).

En este sentido, saber con quienes trabajar en consulta es fundamental, el terapeuta selecciona el contexto significativo, es decir, aquello que va a analizar para comprender el problema. Y según esa elección elige el contexto operativo, determinando a quiénes convocar a la consulta (Moreno, 2015).

Para lograr una convocatoria adecuada, el terapeuta debe considerar las expectativas asociadas a la derivación, quién es/son la/s persona/s que requiere/n la ayuda (Boscolo y Bertrando, 2005), el grado de coerción de la demanda en caso de que se requiera aceptar la complementariedad de una instancia jerárquicamente superior (y evitar deslizamientos de contexto nocivos) (Ortiz, 2008), las intervenciones previas para no hacer más de lo mismo, las posibles limitaciones por factores de realidad que puedan impedir la convocatoria (como geográficas o por discapacidad), etc. (Moreno, 2015).

Además, debe tener en consideración las fases del ciclo vital, ya que, implican mayor o menor independencia del contexto familiar, algo relevante porque la posibilidad de pedir ayuda se ve determinada por ese grado de dependencia (Carter & McGoldrick, 1989).

### **3.2. Destrezas terapéuticas sistémicas**

Para lograr el establecimiento del contexto terapéutico, el terapeuta debe contar con ciertas destrezas terapéuticas específicas para esa tarea, y sumado a eso, debe desarrollar ciertas destrezas conceptuales y prácticas que le permitan llevar a cabo una intervención terapéutica adecuada. A continuación se presentan

estas distintas destrezas que son comunes a los modelos sistémicos existentes (estructural, estratégico, escuela de Milán, etc.) y son esenciales para la conducción y desarrollo de la intervención (Moreno, 2015).

### **3.2.1. Destrezas para establecer el contexto terapéutico**

Como ya se mencionó anteriormente, establecer y enmarcar el contexto de consulta es una labor del terapeuta. En primer lugar, éste debe lograr establecer el encuadre, pues posibilita la demarcación de los límites sobre el contexto operativo, para lo que se evalúa quiénes son los individuos relevantes para el sistema consultante, que permitan una visión panorámica y abordaje del problema, y del trabajo terapéutico (Ortiz, 2008).

Por otra parte, los objetivos de la intervención deben buscar construir nuevas “narrativas”, para hacer emerger patrones de sentimientos, interacciones y maneras de interpretar la realidad que sean novedosas y conviertan al problema o los síntomas de malestar en algo innecesario, generando posibilidades de acción distintas, acorde al sistema de creencias, recursos, características personales y valores del sistema consultante (Fernández y Rodríguez, 2002). Para esto, la mirada se pone tanto en los problemas como en las soluciones, y se trabaja sobre las secuencias de interacción y/o sobre las construcciones de realidad, que al estar relacionadas se refuerzan mutuamente y la intervención sobre una, inevitablemente genera cambios en la otra (Moreno, 2015).

Respecto a la relación entre sistema consultante y terapeuta, en la intervención con familias y parejas se requiere la creación de un vínculo con cada miembro del sistema consultante que tiene su propia percepción, necesidad y actitud frente a la terapia y al problema. Éste vínculo es esencial y el terapeuta debe lograr establecer la conexión y un clima de colaboración, confianza y respeto para que pueda trabajarse en común acuerdo en pro de los objetivos de terapia (Escudero, 2009).

Para este tipo de intervenciones, Friedlander, Escudero y Heatherington (2009), proponen 4 dimensiones que componen la alianza terapéutica, a) el

enganche en el proceso terapéutico, que permite a los consultantes dar sentido al tratamiento, los motiva a trabajar negociando objetivos y tareas con el terapeuta, y les permite ver el proceso como algo serio e importante donde el cambio es posible; b) la seguridad dentro del contexto terapéutico, que da al sistema confianza para arriesgarse, abrirse a nuevas posibilidades y ser flexible, debido a su sensación de comodidad, posibilitando su visión de nuevas experiencias y aprendizajes, percibiendo positivamente la terapia y la posibilidad de manejar el conflicto, y abandonando la actitud defensiva; c) la conexión emocional con el terapeuta, que permite al sistema consultante ver al terapeuta como alguien importante, ya que, la relación se basa en la confianza, el afecto, el interés y sentido de pertenencia. Éste se siente importante para el terapeuta y lo considera de su lado, al compartir perspectivas similares y valorar su experiencia y conocimientos; d) el mismo propósito, que ofrece la posibilidad de trabajar en colaboración para mejorar la relación y lograr objetivos comunes, mediante un sentido de solidaridad, valoran el tiempo compartido, desde un sentimiento de unidad en relación con la terapia.

Una consecuencia relevante sobre la alianza terapéutica es que funciona como un soporte para la intervención a lo largo del tratamiento, siendo decisiva para establecer el contrato terapéutico. Aquí, tienen lugar las resistencias o actitudes defensivas de parte del sistema consultante, que pueden darse entre sus miembros o hacia el terapeuta, y son cruciales al momento de conseguir la implicación de la familia en la terapia y crear un contexto seguro, porque son actitudes o conductas que impiden el logro de los objetivos terapéuticos (Minuchin, 2004).

La resistencia no solo se localiza en el sistema consultante, sino que se genera en la interacción con el terapeuta (con sus características personales, estilo terapéutico, nivel de experiencia, etc.) y con el contexto en el que tiene lugar la intervención (que corresponde a los recursos disponibles para el tratamiento o para el terapeuta, tales como trabajar en equipo, apoyo, desconocimiento o reticencia ante las intervenciones de terapia familiar, política asistencial de la

institución, etc.), por eso es que el terapeuta debe anticiparse a las resistencias entendiendo que son producto de varias fuerzas (intento de estabilidad/homeostasis, ansiedad/miedo al cambio, dificultad de aceptar la intervención de un profesional por temor a exponerse a la crítica, a ser culpables y sentirse peor, etc.) (Anderson y Stewart, 1988).

En este sentido, el rol del terapeuta cobra relevancia cuando debe enfrentarse a los desafíos que surgen en el contexto de terapia. Su forma de estilo terapéutico está dada por la personalidad del terapeuta, su estilo de relación, sus capacidades y sus recursos. De acuerdo a Ceberio y Linares (2005), existe una amplia variabilidad de recursos que incluye: la creatividad y flexibilidad para incorporar ideas o estrategias nuevas, la tendencia a ver el lado positivo de las cosas, la capacidad de confrontar o desafiar para promover el cambio, la búsqueda de consenso para evitar la escalada de conflictos, la curiosidad para conocer al sistema consultante de manera detallada en su emocionalidad, conductas y relaciones, el sentido del humor para aliviar la tensión, el dominio de la comunicación verbal y del lenguaje analógico, la capacidad de ser pragmático y directivo, la capacidad de contener emocionalmente en la crisis, la flexibilidad para reformular problemas desde más perspectivas, la facilidad para detectar el lenguaje corporal y utilizar el propio cuerpo como recurso terapéutico (esculturas, role-playing, movimientos o posturas que expresan emociones, etc.) y la capacidad general para expresar y evocar un amplio rango de emociones.

La posibilidad de variación de estas características implican un continuo en el rol del terapeuta sistémico entre posición de experto cuando adopta un estilo más directivo, donde marca claramente cómo y con quien se llevan a cabo las sesiones e interviene activamente con tareas, pautas habituales de relación (Minuchin y Fischman, 1984; Haley, 1980; Rojero, 1986) y posición de colaborador, cuando adopta postura de “no saber” y considera al sistema consultante como “experto” en su vida, siendo la labor principal establecer un diálogo que facilite apertura a nuevas perspectivas (Anderson, 1999; Andersen, 1991; Freedman y Combs, 1996; White y Epston, 1993).

### **3.2.2. Persona del terapeuta**

Los aspectos asociados al el ejercicio terapéutico suelen enfocarse en la vida de los sistemas consultantes, sin embargo, la vida y construcción del mundo del terapeuta es también crucial en este espacio, ya que, las experiencias significativas de su labor pueden transformar su sí mismo, al mismo tiempo pueden sostener y alentar la tarea terapéutica (White, 2002). Por lo tanto, a pesar de que la preparación técnico-práctica del terapeuta es relevante en la intervención, elementos como sus características personales, historia familiar, clase social, valores, entre otros, son fundamentales para el establecimiento de vínculos de calidad y sus formas de intervenir (Moreno, 2015).

Tener consciencia de estos aspectos, permite saber quién es y cómo se relaciona el terapeuta con su sistema consultante (Reupert, 2008), pudiendo describir aquellos elementos que constituyen la relación y las características de la intersubjetividad (Baldwin, 2008). En el proceso de autoconciencia sobre la persona del terapeuta, éste debe decidir cuánto mostrar de sí mismo, de sus vulnerabilidades y lograr equilibrarlas con sus destrezas en el manejo de técnicas y conceptos de acuerdo al proceso que se desarrolla en el espacio terapéutico (Lutz y Spell, 2009).

La posibilidad de alcanzar mayores niveles de comprensión y profundidad en la intervención, está relacionada con el uso del sí mismo en terapia, por lo que estar plenamente presente en el proceso de intervención, hace mucho más probable que el terapeuta logre visibilizar la fragilidad y los elementos significativos del sistema consultante (Baldwin, 2008).

Para trabajar todos estos aspectos y lograr evidenciar los filtros con los que interpreta la realidad y sus orígenes, es necesario que el terapeuta haga un ejercicio de autoconocimiento, para así evitar interferencias debido a los puntos ciegos, pudiendo usar sus propias reacciones emocionales como fuente de información. De modo que, el entrenamiento en la autoobservación sirve para reconocer las emociones evocadas y conectar con los estados emocionales del sistema consultante. Para esto, el terapeuta debe mirar dentro de sí mismo y a sí



mismo en relación al contexto, desde la humildad y honestidad y así reconocer las áreas conflictivas que pueden condicionar su trabajo terapéutico (Moreno, 2015).

### **3.2.3. Destrezas conceptuales**

En términos generales, el terapeuta sistémico debe mantener una mirada relacional o contextual sobre los sistemas consultantes y sus problemas, que incluye los distintos contextos, valores culturales y de género dominantes, considerando una perspectiva sincrónica y diacrónica. Atravesada por una perspectiva circular e interaccional que cuestiona la linealidad de causa y efecto para explorar las influencias mutuas (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991) y que permite desculpabilizar a los individuos dadas las variaciones de los niveles de responsabilidad sobre el mantenimiento del problema. Desde aquí, se comprende que el problema no reside dentro del individuo, sino que es generado y mantenido en la interacción, en las creencias y en las narrativas sobre el mundo (Schlippe y Schweitzer, 2003)

De esta manera, la intervención considera una multiplicidad de perspectivas en la constitución, explicación y solución del problema dentro de un sistema (incluyendo la propia), y el terapeuta promueve esa multiplicidad para ser comparada, revisada y ampliada desde una perspectiva inclusiva (Moreno, 2015).

Por último, el terapeuta sistémico pone su foco sobre el proceso más que en el contenido, esto es, en los aspectos pragmáticos o relacionales de la comunicación, preguntándose sobre qué es lo que comunican las conductas, qué mensajes se transmiten a nivel verbal y no verbal (y posibles contradicciones entre ellos), observando el lugar de los aspectos relacionales (de los interactuantes) en la comunicación, intentando tener una visión global más allá de las perspectivas o puntuaciones de las secuencias de interacción que hace cada individuo (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

### **3.2.4. Destrezas para conducir la intervención**

La conducción de la intervención desde el enfoque sistémico implica ciertas destrezas específicas que son consideradas básicas, y que permiten una

perspectiva panorámica del sistema y explorar su funcionamiento, pudiendo así relacionarse con cada miembro y con el sistema completo desde la curiosidad y el respeto. Éstas corresponden a la formulación de hipótesis, la circularidad y la neutralidad (Selvini Palazzoli et al., 1980).

Las hipótesis son útiles en la explicación provisional de la relación entre sistema consultante y su malestar por lo que pueden ser muy variadas (Papp, 1994), permitiendo organizar la intervención, guiando la exploración, estableciendo conexiones, formulando preguntas y diseñando las intervenciones. Éstas hipótesis no tienen el carácter de verdaderas o falsas, sino que son más o menos útiles (Selvini-Palazzoli et al., 1980) y a medida que surge nueva información se confirman, rechazan o modifican.

La circularidad tiene que ver con el abandono de la concepción unilateral de la causa del problema que lo asocia a una persona, para pasar a una interaccional de reciprocidad que explica la mantención de ciertas formas de actuar, relacionarse o percibir la realidad. Desde esta lógica, el terapeuta se basa en las retroalimentaciones y en la información obtenida en términos relacionales, es decir, se enfoca en las respuestas verbales y no verbales del sistema consultante. La circularidad guía la exploración, pues el terapeuta debe establecer conexiones y diferencias entre las conductas y percepciones observadas, los otros significativos y el contexto de interacción (Selvini-Palazzoli, et al., 1980). Para lograr este proceso, el uso de preguntas circulares es crucial, ya que, ellas permiten esta exploración y producen información que puede abrir nuevas formas de percibir la realidad (Schlippe y Schweitzer, 2003).

La neutralidad, corresponde a una postura particular del terapeuta para relacionarse con el sistema consultante que, desde la cibernética de segundo orden, no concibe como posible la separación del observador y lo observado porque entiende que quién observa está implicado a en la interacción y que su actuar, prejuicios y teorías propias impactan en el sistema consultante (Von Foerster, 1984), de esta manera, el terapeuta no se distancia, de hecho se compromete en una relación cálida y empática, pero sin perder de vista al sistema

consultante en su conjunto. Por lo tanto, la neutralidad tiene que ver con no privilegiar una relación en particular, reconociendo el malestar que generan los problemas y su utilidad para la conservación del sistema, sin escoger una única forma de entender o solucionar el problema. Para esto, el terapeuta se apoya en la curiosidad que le permite plantear nuevas hipótesis y en la irreverencia para cuestionar las certezas inmóviles y así debilitar patrones que constriñen a los sistemas consultantes (Schlippe y Sweitzer, 2002).

### **3.2.5. Destrezas de intervención**

El área emocional corresponde a cómo se siente el sistema consultante, con el problema, sobre sí mismo, en relación a otros, o a ciertas experiencias, siendo el nivel no verbal de la comunicación donde se expresan los aspectos emocionales y relacionales (Feixas et al., 2016). De esta manera, para trabajar con las emociones el terapeuta debe conectar con el sistema consultante a este nivel, escuchando cómo describe la emoción y observando el lenguaje no verbal, las posturas físicas, el volumen y tono de voz, la expresión facial, movimientos, gestos, etc. (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1971), buscando comprobar la coherencia entre lo verbal y lo no verbal y observar el cambio de la conducta no verbal a lo largo de la intervención o de las sesiones. Cuando el terapeuta capta el clima emocional de la sesión, puede modular según el proceso terapéutico (lo que incluye mostrar sus propias emociones). Para esto debe trabajar en conocer sus estados emocionales, y así guiarse y ajustar su estilo de comunicación o relación (Moreno, 2015).

Las técnicas utilizadas para evocar emociones son diversas, el trabajo con el cuerpo, el movimiento, el uso de canales no verbales como el dibujo o el juego, la escultura para representar metafóricamente los vínculos familiares o de la pareja, entre otros (Población y López-Barberá, 1991). También existen técnicas psicodramáticas como la silla vacía o el juego de roles para enfocarse en lo vivencial (Población, 2010).

El área cognitiva, corresponde a la forma en que el sistema consultante da sentido a su historia y a su situación actual, esto incluye su forma de ver el problema. Desde aquí se entiende que abrirse a nuevas formas de percibir, sentir o actuar, ofrece nuevas soluciones. El trabajo con ésta área busca explorar dimensiones problemáticas de las narrativas para co-construir una visión de sí mismo y de la realidad más responsables, más competentes, con recursos, en una idea de evolución y cambio. Se utilizan las preguntas circulares e intervenciones de exploración de la historia y los discursos sociales que mantienen el problema, metáforas, reencuadres o redefiniciones, abriendo nuevas perspectivas, explorando y ampliando la historia alternativa (Morgan, 2000; Madsen, 2007;2009; Nichols y Schwartz, 1998; White, 2005)

Por último, el área conductual o pragmática, tiene que ver con el comportamiento o la forma de relacionarse. El cambio aquí se posibilita gracias a las intervenciones emocionales, a las cognitivas y también por el trabajo en las pautas interaccionales o de relación. Para esto, las intervenciones se dirigen a modificarlas, lo que se logra dentro de sesión de forma directa creando nuevas experiencias de relación, o fuera de sesión, a través de tareas que dan continuidad al trabajo en sesión. Este tipo de trabajo ofrece la oportunidad de ensayar nuevas interacciones que rompan el circuito problemático habitual. (De Shazer et al., 2007; Lipchik y De Shazer, 1986).

## MARCO METODOLÓGICO

### 1. Perspectiva epistemológica

Para fines de este estudio, se ha decidido asumir una perspectiva antirrepresentacionista, suscribiendo al construccionismo social. Desde aquí, se pretende lograr una comprensión de los fenómenos psicosociales donde se integre la mutua influencia y reciprocidad existente entre aspectos individuales y socioculturales, así, el foco principal está puesto en la relación entre los sujetos participantes de una cultura común, que desde su experiencia personal y subjetividad construyen realidades en el lenguaje social (Donoso, 2004).

McNamee y Gergen (1996), plantean que todo aquello que tomamos por explicaciones correctas y objetivas de la naturaleza y del yo, son en realidad subproductos de los procesos sociales, por lo que desde la mirada construccionista el interés está puesto en la descripción que realizan las personas respecto a determinado tema, de modo que quien investiga pueda acceder a la vivencia y a las distinciones respecto a lo que para ellos es significativo en ese tópico específico y que se manifiesta dentro de su comunidad en un proceso transformativo (Donoso, 2004).

Por lo tanto, en este estudio suscrito a la perspectiva construccionista, la atención estará puesta en las formas en que los individuos y grupos describen, explican o dan cuenta del mundo donde viven (Gergen, 1985), en este caso, las formas en que terapeutas sistémicos que trabajan con familias y parejas, dan cuenta de sus experiencias sobre la mediación tecnológica en su ejercicio clínico.

### 2. Tipo de estudio

Si bien, el uso de la intervención terapéutica en modalidad virtual es un fenómeno altamente estudiado, la literatura ha puesto su foco principal en el formato individual, existiendo escasa literatura que describa el fenómeno cuando se trata del formato familiar (Livings, 2013). En este caso se ha decidido llevar a cabo un estudio de alcance descriptivo para abordar la temática.

Se considera que este tipo de alcance es el apropiado, dado que el interés está puesto en describir un fenómeno y detallar cómo es y cómo se manifiesta, a modo de especificar sus propiedades, características y/o perfiles, buscando obtener información y no realizar modificaciones en el objeto de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Sumado a esto, el estudio será transversal, ya que la recolección de datos se hará en un único momento y no se buscará revisar la evolución del fenómeno en el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **3. Diseño metodológico**

Esta investigación se llevará a cabo desde una metodología cualitativa, que de acuerdo con Taylor y Bogdan (1987), permite comprender la complejidad del mundo desde la perspectiva de quienes viven en él. Desde el paradigma cualitativo, se busca comprender la realidad social por medio del razonamiento inductivo, cuyo fin es la construcción teórica. De esta forma, la guía de la investigación cualitativa depende mucho menos de conceptos preexistentes, teniendo una mayor capacidad teórica y siendo mucho más abierta, flexible e impredecible (Izcarra, 2014).

De esta forma, la metodología que guiará este estudio ofrece explicaciones ideográficas, es decir, interpretaciones que capturan la unidad y particularidad de los fenómenos sociales, buscando responder al “cómo” y al “por qué” de estos fenómenos (Izcarra, 2014). Además, el estudio será realizado a partir de una aproximación narrativa, ya que se trata de una forma de indagación sobre la práctica narrativa y los relatos que los individuos componen en y sobre la vida, donde se reconoce que a través del traspaso de éstas narrativas los seres humanos otorgan sentido a su experiencia y que la narrativización, o la práctica de contar historias, es una forma fundamental de comunicación humana (Bernasconi, 2011).

De esta manera, la aproximación narrativa permite estudiar los relatos que se elaboran respecto a la acción social y la cultura, pudiendo utilizar la

narrativización para aprehender estas enunciaciones de acciones y representaciones del mundo, siendo finalmente esta herramienta una forma fenomenológica y epistemológica, de comprensión y de expresión, de aprendizaje y de socialización (Bernasconi, 2011).

En adición a lo anterior, la posibilidad de aproximarse a las experiencias de los individuos pudiendo apreciar la naturaleza temporal de las mismas, es también una importancia que cobra sentido en este estudio y que puede lograrse mediante el método narrativo (Elliott, 2012), ya que, ofrecerá una mirada amplia que integrará ese aspecto temporal al entendimiento de la terapia en línea y al desarrollo que ésta ha presentado a lo largo de su conformación, y sobretodo, a su gran crecimiento en la última década. Por lo tanto, para fines de este proyecto, el foco estará puesto en las narrativas de los terapeutas familiares, un grupo de sujetos que se espera, proveerán las descripciones densas sobre el fenómeno de la intervención terapéutica familiar y de parejas sometida al contexto de virtualidad.

#### **4. Unidades de información**

Los participantes de esta investigación fueron escogidos de acuerdo a las necesidades y criterios que obedecen a los objetivos de la misma, por lo que se ha decidido optar por seleccionar a una muestra por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

La determinación de un número específico de participantes de antemano en este tipo de investigaciones resulta complejo, debido a que su fin último no se rige por una representación estadística, sino más bien al estudio del conocimiento obtenido a partir del proceso conversacional generado en la entrevista (Robles, 2011), por lo que, a medida que los elementos considerados en la pauta de entrevista fueron completados, se evaluó la necesidad de obtener mayor información o no, a través de nuevas entrevistas, utilizando el principio de saturación teórica para lograr la representatividad, esto es, detener la recolección de información cuando las entrevistas no aportaban nueva información.

Para escoger la muestra, se consideraron los siguientes criterios expuestos a continuación:

### Criterios de inclusión

Considerando la fundamentación del problema y los antecedentes de ésta investigación, si bien en las universidades chilenas no existe una certificación que indique el área de especialización en la formación como psicólogo (clínica, educacional, laboral, comunitaria, deportiva, etc.), ni tampoco una que indique el enfoque de trabajo cuando se trata de psicólogos clínicos, se considera relevante la formación e identificación propia de terapeutas entrevistados con el enfoque de trabajo sistémico, pues este proyecto se enmarca dentro de esa postura epistemológica.

Además, bajo la intención de otorgar variedad a la muestra, se abrió la convocatoria de participación a terapeutas de todas las regiones en Chile, evitando privilegiar un género en específico, junto a la consideración de su ejercicio tanto en el servicio público como privado, considerando un rango etario amplio sin obviar la condición necesaria del uso de medios tecnológicos para la investigación. De esta forma, se entrevistó a psicoterapeutas que cumplieran los siguientes criterios:

- Identificarse con el enfoque de trabajo sistémico
- Haber realizado psicoterapia con familias y/o parejas en modalidad presencial
- Haber realizado psicoterapia con familias y/o parejas en modalidad virtual
- No superar los 50 años de edad
- Tener al menos dos años de ejercicio de la profesión
- Haber realizado al menos un año de servicio público (incluyendo intervenciones con familias y/o parejas)



### Criterios de exclusión

Dado que este proyecto busca profundizar específicamente en la terapia psicológica con familias y parejas, se excluyó a otros profesionales de la salud mental que no cuenten formación certificada como psicólogos. Además, se consideró relevante la necesidad de ciertos años de experiencia en el área. Por lo tanto, los criterios de exclusión seleccionados fueron los siguientes:

- No tener formación certificada como psicólogo/a (ej. psiquiatra o trabajador/a social).

Los participantes de esta investigación se escogieron a través de un muestreo no probabilístico desde los criterios estratégicos e intencionados para así contar con una muestra idónea que se ajustara a las características específicas de esta investigación y al mismo tiempo contribuir a los tiempos establecidos para la realización de este proyecto y los recursos disponibles para llevarla a cabo (Ruiz, 2012).

### Caracterización de los participantes

Los participantes de esta investigación consisten en psicólogos chilenos en actual ejercicio de su profesión, de los cuales tres son hombres y dos son mujeres, cuyas edades oscilan entre los 31 y 47 años. Sus años de experiencia clínica están entre 9 a 19 años, en ella el trabajo con familias y parejas oscila entre 7 y 19 años de experiencia, tiempo que coincide con el trabajo en servicio público y modalidad presencial. En cuanto al trabajo remoto, todos los entrevistados han trabajado en esta modalidad durante los últimos 4 años (manteniendo su ejercicio remoto hasta la fecha de las entrevistas). Y si bien, algunos ya habían explorado en el trabajo virtual por iniciativa propia, todos adoptaron esta modalidad de forma definitiva a raíz de la pandemia por la COVID-19.

Respecto a su desempeño en el área pública de salud, la variedad de instituciones de las que son o han sido parte es amplia, en términos generales es posible decir que la mayoría ha trabajado en centros asistenciales como Centros Comunitarios de Salud Mental y Centros de Salud Familiar, en Organizaciones Colaboradoras Acreditadas y en programas municipales. También se han desempeñado en fundaciones, ONGs, universidades, colegios y todos han ejercido en consulta clínica particular.

Es posible decir que han intervenido familias y parejas que cuentan con miembros de todos los grupos etarios en modalidad presencial y casi todos los grupos etarios en modalidad remota, exceptuando recién nacidos y siendo muy escasas las atenciones al adulto mayor. El espectro de temáticas de trabajo es diversa, pasando por violencia intrafamiliar, reparación en maltrato y abuso sexual infantil, maltrato infantil grave, abuso sexual infantil, psicoeducación en familias con adolescentes, trabajo con adolescentes por déficit atencional, identidad de género y crisis vocacional, contención emocional en general, prevención del consumo de sustancias, intervención comunitaria, atención focalizada en el género, deconstrucción y promoción de la masculinidad igualitaria, inmigración, entre otras.

## **5. Técnica de producción de información**

Teniendo en consideración que desde el enfoque cualitativo la producción de datos es fundamental porque la información obtenida, esto es, las propias formas de expresión de los sujetos a estudiar, se transforma en información relevante para el estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), para lograr un acercamiento a los mundos individuales de experiencia de los sujetos entrevistados, se ha decidido utilizar las narraciones como método de obtención de información, entendiendo que mediante la entrevista es posible profundizar en las experiencias subjetivas a través del esquema pregunta-respuesta al ser éste manejado de una manera más flexible (Flick, 2007).

A través de las narraciones, es posible aproximarse de una manera más amplia al mundo experiencial del entrevistado y al ser este mundo estructurado en sí mismo (Flick, 2007), es posible caracterizar la narración como un proceso en el que es posible identificar tres momentos importantes: el resumen de la situación inicial que permite explicar cómo inició todo, la selección de acontecimientos relevantes tales que permiten entender el desarrollo de lo que ocurrió, y por último, la situación final en ese desarrollo que explica en qué se convirtió aquello que venía ocurriendo (Hermanns, 1995, cómo se citó en Flick, 2007).

En este sentido, desde la perspectiva narrativa el relato es considerado un portal a la experiencia, lo que significa que las experiencias están en el contexto de una red de significados e importancia histórica. Esta red es entendida por Connelly y Clandinin (2006) como relato, por lo que la investigación narrativa implica tener a la experiencia como el fenómeno a estudiar (Connelly y Clandinin, 2006; Xu y Connelly, 2010).

De esta manera, se ha optado por la entrevista cualitativa pues se trata de una reunión que permite una conversación más íntima, flexible y abierta, en la que se construyen conjuntamente significados sobre un tema (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). En este caso, la elección fue la entrevista semiestructurada, dada su utilidad como técnica de análisis cualitativo para explorar temas poco conocidos. A través ella se facilita la indagación en las experiencias subjetivas de los entrevistados y la forma en que atribuyen significado a sus vivencias. Además, proporciona espacio para el diálogo con el investigador, permitiendo una exploración profunda de las diversas aristas del fenómeno (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) (Ver anexo 4).

## **6. Técnica de análisis de información**

Para realizar el análisis de la información obtenida, buscando generar una comprensión que vaya más allá del texto explícito, se ha optado por llevar a cabo un análisis de contenido interpretativo, ya que, éste busca generar una comprensión del nivel significativo o semántico, permitiendo problematizar sobre

“lo que se dice” a través de la segmentación, agrupación y categorización de la información (Calventus, 2008).

De esta manera, ésta técnica de análisis permite realizar un proceso que inicialmente se enfoca en la descripción, para luego pasar al análisis de la relación entre categorías y finalmente comprender el significado. Así, la construcción del significado se entiende como un proceso complejo de intersubjetividades entre y con los participantes de la investigación (Calventus, 2008).

En esta línea de de-construcción y re-construcción de sentido, Calventus (2008) propone una forma de trabajo que implica una selección inicial de temas de acuerdo a los antecedentes teóricos, a las vivencias de los participantes y a la visión de la investigadora, temas que deben ser identificados en las transcripciones de las entrevistas para luego analizar la información extraída, llevando a cabo una problematización de las categorías e integrando aquellas que pudieron haber emergido durante el proceso de entrevistas.

## **7. Procedimiento**

La definición del concepto “*intervención terapéutica con familias y parejas*” utilizado en este estudio, corresponde a una definición operativa elaborada por la investigadora con fines metodológicos y se presenta a continuación:

De acuerdo al criterio utilizado por la investigadora, la intervención terapéutica con familias y parejas corresponde al encuentro producido consensuadamente entre un/a terapeuta y un sistema consultante compuesto por más de un individuo (que pueden ser familias o parejas), donde, frente a una consulta que puede ser -o no- espontánea, se produce una relación de ayuda desde el terapeuta hacia el sistema consultante con consecuencias terapéuticas para este último. Este encuentro puede ocurrir tanto en una institución pública o privada, como en un espacio no institucional tal como lo es la consulta psicológica particular, que puede darse en modalidad presencial y/o remota.

Se llevó a cabo la elaboración y aplicación de la entrevista piloto a un primer psicoterapeuta familiar conocido de la investigadora, pudiendo editar ciertos

aspectos de la misma, lo que permitió continuar al siguiente paso que fue contactar al primer informante clave y así realizar el contacto con la muestra inicial.

Posteriormente se llevó a cabo una invitación abierta a través de un afiche con la información oficial sobre el estudio, enviado a través de correo electrónico y whatsapp a psicólogos que cumplieran con los criterios de inclusión del proyecto. De esta forma se logró contactar a un total de cinco participantes interesados en participar y se acordó reuniones presenciales con cada psicoterapeuta para firmar el consentimiento informado (ver anexo n°1) y realizar una entrevista semiestructurada. Entrevista que fue llevada a cabo por la investigadora registrando el audio de lo conversado a través de grabadora de voz.

Las fechas en que se llevó a cabo el proceso de recolección de información fue desde el 19 de enero del 2024 hasta el 29 de marzo del 2024 de acuerdo a lo acordado con cada participante.

Una vez que el proceso de entrevistas fue completado, se realizó la transcripción de cada una de ellas según los estándares de transcripción de Mergenthaler y Stinson (1992) (Ver anexo n°2), y se procedió a eliminar las grabaciones de las entrevistas.

Posterior a eso, se realizó una lectura completa del material producido, haciendo el ejercicio de selección de las citas vinculadas con el problema, con la pregunta de investigación y con los elementos relevantes en general, para así nutrir la discusión. Luego, se agruparon las citas en temas relacionados entre sí, creando dimensiones que los agruparan y así tener un mayor nivel de integración.

En última instancia se buscó integrar de manera interpretativa toda la información obtenida, pudiendo dar sentido y así responder a la pregunta de investigación.

## **8. Consideraciones éticas**

Las consideraciones éticas para este estudio han sido entregadas por escrito en un consentimiento informado que se entregó a cada participante antes

de llevar a cabo la entrevista (Ver Anexo N°3), y junto a eso, la investigadora se aseguró de que éstas consideraciones fueran leídas y comprendidas por los entrevistados, respondiendo a cualquier pregunta que pudiera surgir a raíz de las mismas. Éstas consideraciones se detallan a continuación.

Mediante el artículo número 15 del Código de Ética de los Psicólogos de Chile (1999), se buscó resguardar el bienestar de los participantes y el respeto de sus derechos. A través de los protocolos vigentes establecidos por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (s.f), se aseguró a cada participante el derecho a participar de la investigación y de abandonarla sin necesidad de ofrecer ninguna explicación, junto al derecho de anonimato tanto de sí mismos como de la información obtenida a partir de su entrevista. Además, se ha asegurado el derecho de conocer a la investigadora, de recibir explicaciones respecto de lo que ella necesita averiguar, de los usos de la información obtenida y del lugar en que quedará alojada la misma.

Por último, cabe destacar que se ha abierto la posibilidad a cada participante de recibir información respecto de los resultados de la investigación en caso de así desearlo, por lo que se les ha otorgado a cada uno los datos de contacto de la investigadora para estos fines.

## **9. Dimensiones**

A continuación se exponen de forma organizada las distintas dimensiones que fueron producidas a raíz del trabajo de análisis de contenido interpretativo llevado a cabo por la investigadora. Éstas dimensiones funcionan como foco y guía de análisis frente al amplio escenario de información recolectada.

### **1. Primera dimensión: La intervención en línea**

Esta dimensión hace referencia a la forma y los aspectos que tiene el encuentro producido entre terapeuta y sistema consultante, en el marco de una terapia psicológica con familias o parejas en modalidad virtual. Ésta dimensión busca atender a las características particulares de ésta modalidad de abordaje

terapéutico que es mediado por tecnología (atención psicológica por videoconferencia), poniendo énfasis en los aspectos identificados por el terapeuta que tienen que ver con el proceso de construcción y desarrollo de este espacio, incluyendo los aportes y características de todos los elementos que componen aquel encuentro.

Podrá tratarse entonces de características concretas que respondan a elementos asociados al dispositivo tecnológico como tal, a aspectos que se producen debido a la relación entre el terapeuta o el sistema consultante con la tecnología u otros aspectos subjetivos identificados por parte del terapeuta que se vinculen con llevar a cabo una terapia mediada por la tecnología.

Esta dimensión resulta relevante, ya que, permite apreciar elementos particulares de la telepsicología, estrategias que los profesionales han empezado a desarrollar y al mismo tiempo, observar las similitudes y/o diferencias que pueda presentar con la modalidad tradicional cara a cara.

## **2. Segunda dimensión: Rol de lo analógico**

Esta dimensión está pensada para dar cuenta de los aspectos analógicos de la comunicación en el ejercicio clínico llevado a cabo a través de telepsicología. Debido a que estos aspectos son esenciales en el proceso de comunicación humana, en tanto permiten dar significado al contenido y ofrecer información sobre las relaciones humanas, son también esenciales durante la intervención terapéutica pues permiten acceder a la emoción, construir la relación terapéutica, observar el clima emocional, entre muchos otros.

De esta manera, la relevancia de ésta dimensión radica en la posibilidad de poner el foco en aquello que ocurre cuando éstos aspectos se ven obstaculizados en el proceso comunicativo debido a la presencia de la tecnología (videoconferencia) y esclarecer si las interacciones entre terapeuta y sistema consultante se ven o no afectadas en este proceso, definiendo cómo se ven afectadas de ser así. Se podrá observar en mayor detalle la construcción y forma

de las intervenciones, a través del entendimiento del papel que cumplen aquellos elementos en éste tipo de encuentros terapéuticos.

### **3. Tercera dimensión: Herramientas interventivas**

Esta dimensión, busca dar cuenta de las diversas estrategias y/o recursos disponibles en el terapeuta, que debe desplegar al enfrentarse a la presencia de tecnología durante la intervención terapéutica con familias o parejas. La pertinencia de ésta dimensión está apoyada en que desde los aspectos teóricos ya expuestos en el marco teórico, se ha constatado que durante el trabajo desarrollado por el terapeuta sistémico en modalidad tradicional cara a cara, se deben poner en práctica diversas destrezas específicas que permiten establecer el contexto terapéutico, conducir la sesión y llevar a cabo las intervenciones. Desde ahí es que se considera que la modalidad de atención en línea podría tener efectos en estos aspectos.

Se considera una dimensión relevante para la investigación en tanto permite poner el foco de análisis en aquellos aspectos asociados específicamente a la intervención terapéutica que debido a la presencia de un entorno terapéutico virtual, pudieran tener que crearse, sustituirse, transformarse o eliminarse.



## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

### 1. Adaptación y flexibilidad en el contexto virtual: trabajo en conjunto

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, es posible señalar que la adaptación del terapeuta y el encuadre terapéutico serían esenciales frente a la imprevisibilidad del entorno del sistema consultante. La necesaria flexibilidad del terapeuta permite destacar una posible tensión subyacente en él respecto a su expectativa de control y el contexto terapéutico virtual que se configura como impredecible y no controlado. Hallazgo que pone de manifiesto que debido a la mediación tecnológica, el terapeuta, como parte del sistema terapéutico, requiere reconceptualizar su rol desde la directividad, integrando diversos elementos psicológicos, socioculturales y materiales de los sistemas consultantes.

*“La necesidad de encuadrar (...) un espacio privado (...) respetar los tiempos de- de- de habla - que de repente va a haber un desfase (...) haciéndome cargo de- de las dificultades o de los factores que están entrando en juego” (E3, pág. 7).*

*“al comienzo de las sesiones ‘mira la idea es que estemos en un proceso tranquilo que nadie te esté interrumpiendo’ (...) -gente que tenía sesiones en la cama (...) o no sé con el hijo al lado - con la guagua - (...) “vas a tener que buscar un horario - un espacio’ para recuperar el setting” (E1, pág. 7).*

En este punto se pone en evidencia el rol esencial de la alianza terapéutica, en tanto su nivel de fortaleza permite un mayor o menor nivel de sincronía entre terapeuta y sistema consultante. Así, queda evidenciada la importancia del trabajo en conjunto donde se priorice el respeto de ciertos límites sobre el contexto de terapia virtual. La privacidad y la garantía de un ambiente seguro, son ejemplos de condiciones no transables para los

terapeutas. Apagar el teléfono, evitar interrupciones externas, respetar turnos de habla, no chatear con otras personas durante la terapia, instrucciones frente a la pérdida de conexión de internet, reglas sobre la plataforma específica que se esté utilizando, entre otros, son ejemplos de instrucciones que los terapeutas manifiestan son esenciales en el trabajo virtual.

*“esa responsabilidad ahora se la debes pasar a la persona (...) de estar en un setting como adecuado” (E1, pág. 7)*

*“Cuando trabajo con familias quizás ahí se da una situación como más incómoda en la cual se tienen que ir alternando como para posicionarse frente a la cámara - porque de repente las cámaras como que solamente toman eeh la voz de quién- quién le habla directamente y no cuando hay alguien en diagonal” (E3, pág. 6).*

De esta manera, el trabajo virtual dependería del esfuerzo por desarrollar una relación sólida entre terapeuta y sistema consultante, desde la idea de metas compartidas tanto respecto a la intervención en sí, como respecto al funcionamiento y límites de las plataformas y contexto de trabajo. Acuerdos que, de no cumplirse, podrían tensar el vínculo, el rol del terapeuta y por ende, la efectividad de la intervención.

*“Es mucho más difícil llevar un proceso psicoterapéutico con un niño frente a una cámara que con un adulto que quiere iniciar un proceso psicoterapéutico y que tiene un compromiso, una motivación, etc. (E1, pág. 4).*

*“es muy importante (...) encuadrar respecto de cómo va a funcionar el espacio psicoterapéutico eeh en relación como a las expectativas que*

*puedan tener como usuarios (...) las posibilidades que yo tenga como para poder satisfacer o alcanzar esas expectativas” (E3, pág. 11).*

*“les pedí que apagaran todo - que dejaran prendido solo el teléfono que estaba en la cámara (...) para que no nos interrumpiéramos - le pedí que estuvieran todas las cosas apagadas etcétera (...) apareció el perro - le dije ‘podemos sacar al perro para que no nos interrumpa’ - - como haciendo un setting distinto” (E4, pág. 12).*

## **2. Condiciones mínimas para la terapia a distancia**

De acuerdo a las narrativas de los entrevistados, las condiciones materiales y psicológicas de los sistemas consultantes influyen directamente en la factibilidad de las intervenciones. Punto que destaca las desigualdades digitales y la relevancia de cómo las dinámicas familiares o socioeconómicas pueden llegar a facilitar o limitar el acceso a un proceso psicoterapéutico efectivo. Ellos refieren que un ambiente sin interrupciones, seguro y respetado no siempre está garantizado para el sistema consultante. Y que dependerá en gran medida de las condiciones y necesidades de éste último, de las características del grupo etario al que pertenecen, de la convocatoria, del nivel socioeconómico, de su nivel de alfabetización digital, entre otros.

*“Las personas de 50-40 años que ya están acostumbrados a un formato de terapia, quizás para ellos a propósito de esta alfabetización digital es más difícil tener una sesión de forma remota” (E1, pág. 6).*

*“no creo que para alguien de sesenta años - voy a decirlo prejuiciosamente - pueda hacerlo más cómodo” (E3, pág. 16).*

*“en la terapia de parejas puede ser que la persona se sienta incómoda de estar hablando en su casa (...) yo tengo pacientes que se van al*

*auto - se encierran en el auto - la señora está en la casa no quiere que lo escuche” (E2, pág. 38).*

*“en el cosam yo atiendo población principalmente población infanto juvenil y (...) son personas que quizás no cuentan con los recursos eeh materiales para poder tener un espacio seguro cómodo privado eeh en donde participar de una sesión terapéutica” (E3, pág. 3)*

Por otra parte, los terapeutas han manifestado la importancia de poner atención en sus propios estados emocionales, cognitivos y corporales durante el desarrollo de las intervenciones virtuales. La relación generada entre el terapeuta y aspectos del propio contexto (lugar físico desde donde realiza la terapia), de su propio cuerpo, del dispositivo electrónico, de la plataforma de videollamada, entre otros, podría tener un efecto importante en la intervención. Además, los entrevistados indican que la virtualidad les obliga a intensificar la manifestación de elementos analógicos como movimientos, pronunciación, indicaciones, entre otros, para hacerlos más notorios. Quedando de manifiesto la relación entre las limitaciones analógicas de la modalidad en línea y el consecuente esfuerzo del terapeuta por desarrollar técnicas y estrategias para intervenciones efectivas.

*“te demoras más - de todas maneras -ya? o sea es más lento - pareciera ser que la- la- el distanciamiento que genera la tecnología produce como esta necesidad de ser más de estar ahí como más atenta y hace que sea más lento” (E4, pág. 8).*

*“potenciar o intensificar algunos recursos más que otros (...) como no se ve todo el cuerpo - solo funciona en base a la imagen - eeh - necesito como ser un poco más exagerado o enfatizar algunos aspectos de lo que sí se logra ver de mi cuerpo” (E1, pág. 15)*

*“hay un - como un filtro distinto desde el cual uno mira - como que yo creo que es distinto mirar una familia que se expone a una cámara que asiste espontáneamente a un espacio presencial en donde no se - el espacio está distribuido de manera aleatoria” (E3, pág. 5).*

En este punto, es posible destacar a la alfabetización digital como un elemento esencial durante la atención virtual, en tanto se pone en evidencia la dependencia de la tecnología como un tercer elemento en el sistema terapéutico. En este sentido, la alfabetización digital, tanto del sistema consultante como del terapeuta, sería un elemento crítico, por lo que la formación previa del terapeuta sería también clave. Idea que los terapeutas problematizan, pues reflexionan sobre el rol democratizador de la tecnología, y al mismo tiempo, sobre las desigualdades y dificultades de acceso a la misma.

*“en valparaíso que es un espacio mucho más precarizado lamentablemente en términos territoriales, mucho más vulnerado (...) la señal era más difícil (...) los niños no tenían esta cosa de ‘aaah que el xcelular’, eeh los niños todavía jugaban (...) afuera (...) con la pelota - entonces no había el mismo nivel de alfabetización” (E1, pág. 5)*

*“le pido al número uno que se ponga audífonos tenemos la sesión y le pregunto ‘está número dos ahí? si - es peligroso hablar? si - voy a hablar yo entonces” (E2, pág. 31).*

*“yo uso un fondo falso porque es más bonito (...) me gusta que parezca una consulta pero si te incomoda lo saco - hay personas que tienen neuro divergencia y esto le genera demasiada distracción o es muy raro que de repente se te desaparezca el brazo” (E5, pág. 13).*

*“saber usar la plataforma - porque y- y siento que eso pasa con*

*cualquier tipo de cosa - si yo voy a usar una técnica que nunca había usado - el paciente lo va a notar me va a salir torpe y voy a estar nerviosa - si yo nunca he trabajado online va a estar así” (E5, pág. 21).*

*“yo tuve que aprender a hacerlo y además aprender a hacerlo en estos términos - - es loco es loco porque tienes que saber dónde está la cámara pero sin mirar la cámara” (E2, pág. 22).*

### **3. La corporalidad y su ausencia: ventaja y desafío**

De acuerdo a los entrevistados, la ausencia del cuerpo físico presenta tanto beneficios como limitaciones, dependiendo de las características y problema del sistema consultante y de la relación del terapeuta con la tecnología.

Por una parte, señalan que ciertas condiciones particulares en el sistema consultante o desórdenes de salud mental requieren de una atención presencial y especialmente delicada. Por ejemplo, alteraciones mentales graves como psicosis o paranoia activas que pueden verse perjudicadas al estar en contacto con la tecnología y virtualidad; casos de maltrato grave que requieren contención física, anonimato y seguridad garantizada; y primeras infancias, que se benefician ampliamente de la terapia de juego. Abordajes capaces de tener en cuenta la complejidad de cada caso y de resguardar la seguridad de los usuarios.

*“atender un niño que presenta algún diagnóstico por algún problema conductual - - mantener la atención - mantener el interés en la sesión por videollamada también se hace más difícil” (E3, pág. 3).*

*“poder hacerme una idea clara del diagnóstico de qué le pasa de todo ese tipo de cosas - por atender adolescentes me pasó muchas veces que no querían prender la cámara tampoco entonces ni siquiera podía verlos - solo los escuchaba” (E4, pág. 2).*

Por otra parte, los entrevistados coinciden en que la ausencia de cuerpo (más allá de la distancia geográfica) podría ser una herramienta beneficiosa en aquellos casos en que el sistema consultante está en una zona de confort (hogar, vehículo particular, lugar de trabajo, etc.), lo que permitiría tratar ciertas condiciones de salud mental como depresiones severas, trastornos de ansiedad generalizada o fobias que dificultan salir al exterior. Además, tener el poder de ocultar el propio cuerpo a un otro de forma parcial o total permitiría trabajar desórdenes donde son relevantes los aspectos corporales, como en la dismorfia corporal, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros.

*“terapia familiar donde era una mujer de veinticinco que tenía trastorno de ansiedad generalizada que yo nunca había visto una tan grave - no podía salir de su casa y lo online hace que pueda hacerlo” (E5, pág. 9).*

*“Había una chica que me decía que no - que tenía temas con su cuerpo - la conocía de antes de forma presencial - tuve sesiones con ella de forma remota y me decía que tenía temas con su cuerpo entonces eeh obviamente ahí solicitaba si podía poner la cámara” (E1, pág. 15)*

*“una paciente que venía porque había sufrido abusos sexuales reiterados de su pareja y que ahora estaba con orden de alejamiento (...) ella estuvo toda la terapia con la cámara apagada porque le daba terror exponerse (...) y eso presencial no hubiese podido ir porque tendría que mostrar su cara si o si” (E5, pág. 9).*

*“empecé a recibir muchos casos de abuso (...) me meto a la intimidad de la gente o la gente me abre la puerta (...) yo tengo la opción de decirle a mi paciente ‘apaga la cámara si quieres’ (...) ‘si no quieres no’ (...) ‘si no quieres no no te hagas problemas” (E2, pág. 7)*

Además, los terapeutas refieren que la tecnología otorga herramientas interesantes para intervenir en el nivel analógico, como por ejemplo el uso de la cámara web para resaltar expresiones faciales, la interacción a través del chat, el uso de juegos en línea, la disposición visual en grupo, etcétera.

*“uno puede agrandar y achicar la pantalla - se puede hacer zoom (...) entonces si yo estoy interesado en como va reaccionando el papá - le hago zoom a la pantalla y me quedo mirando al papá” (E2, pág. 21).*

Respecto a sí mismos y su relación con los dispositivos y plataformas digitales, la ausencia de la corporalidad sería ventajosa para su experiencia subjetiva al permitirles bajar la guardia sobre sus propios aspectos corporales, disminuyendo el nivel de atención sobre sus gestos, vestimentas y despreocuparse por los movimientos de aquellas partes que quedan invisibles al sistema consultante, algo que promovería una mayor atención hacia éste último, su contexto y la intervención misma.

*“(en la presencialidad) estoy más preocupado yo creo que de mi cuerpo en la presencialidad - porque yo normalmente no hago esta postura que estoy adoptando por ejemplo ahora eeh de forma remota” (E1, pág. 14).*

*“tengo déficit atencional e igual me pasa que necesito estar con algo (...)y lo online me lo facilita mucho - estoy o con un colet o con una piedra (...) no se nota tanto entonces eso a mí me sirve mucho (...) cuando estoy presencial (..) uso vestido entonces no puedo cruzar las piernas y (...) estoy más preocupada de eso” (E5, pág. 6).*

En este sentido, la corporalidad virtual permite redefinir los conceptos de conexión y presencia dentro de la terapia sistémica, permitiendo reflexionar sobre el lugar del cuerpo en la intervención. A pesar de que exista una pérdida de información analógica significativa (como gestos, posturas, entre otros), ellos



manifiestan como un aspecto positivo la consecuencia de tener conciencia de esta pérdida, pues pondría a los terapeutas en una disposición particular para llevar a cabo las intervenciones. La conciencia de lo ausente evitaría la idea de que se tiene toda la información necesaria a la mano por el simple hecho de estar en el mismo espacio, obligando indagar mucho más sobre aquello que “se sabe que no se sabe”.

*“tal vez estás con pantuflas tal vez estás con tacos - tal vez estás muy nerviosa moviendo la pierna - tal vez no tienes piernas - no lo puedo saber - pero eso me obliga a estar muy atenta que no lo sé - (...) online no tengo idea entonces lo pregunto” (E5, pág. 17).*

*“he encontrado niveles de profundidad mayores en el trabajo online porque como tengo la posibilidad de ocupar medios digitales (...) entonces si tengo una paciente que es artista (...) le digo sabés que encontré un artista echale una miradita” (E2, pág. 37).*

*“Cuando trabajo con adultos o adolescentes hago dinámicas - estrategias que pueden estar adaptadas incluso a este formato - incluso cosas que no podría hacer emm de forma eeeh presencial (...) presentar no se un mapa - un power point - como un material - algo muy puntual - específico - un video incluso lo que sea” (E1, pág. 14).*

Este punto, permite dar cuenta del lugar relevante que tiene el criterio clínico del terapeuta en términos de evaluación y percepción sobre los casos a tratar y la capacidad de discernir sobre los potenciales beneficios o perjuicios que la virtualidad podría traer a sus sistemas consultantes, tanto por la ausencia de corporalidad, como por la relación y el manejo que el propio terapeuta considere tener con las herramientas digitales y su utilización caso a caso, considerando que en ciertos casos, para el propio terapeuta la virtualidad puede llegar a ser un

elemento de desconexión. Algo que invita a preguntarse por los aspectos éticos del uso de intervenciones virtuales.

*“no lo recomendaría online si es alguien que tenga psicosis o paranoia porque la idea de verse de tal vez sentir que pueden estar grabando - (...) tal vez el fondo piensa que es otra cosa” (E5, pág. 12)*

*“Hay cosas que definitivamente mediante este dispositivo no puedo hacer (...) no acepto este tipo de solicitudes de atención (...) yo no entiendo la terapia con niños si no es por medio de la terapia de juego” (E1, pág. 14).*

*“Es como atender con un espejo (...) como en sala de espejo (...) de frente entonces - es raro igual es raro por lo menos yo intento cerrar la cámara cuando estoy en el- el espacio terapéutico si porque me distrae mucho” (E3, pág. 11).*

*“el adolescente eeh puede sentirme a mí como un aliado pero cuando estoy de manera remota ese aliado está en una distancia kilométrica que hace que la sensación de estar solo igual se haga más presente entonces queda un poco a la deriva” (E4, pág. 13).*

Además, los terapeutas expresan un punto novedoso respecto de la pérdida del elemento que aquí se ha decidido nombrar “ritual pre y post terapia” (momentos previos y posteriores a la sesión de terapia), que podría dificultar la contención y el cierre emocional y cognitivo de las intervenciones. Algo que impactaría la integración de aquello trabajado con la capacidad del consultante para transitar desde la sesión a su contexto cotidiano.

*“mi paciente en el fondo queda sin contención (...) sin lo físico - así como sin poder procesarlo con alguien (...) presencial uno le logra ver*

*la cara - logra distinguir eso no verbal y decirle a los papás 'chuta denme un ratito con el' (...) darle un abrazo (...)" (E4, pág. 5).*

*"cuando uno va a terapia presencial hay un corte (...) ese espacio de caminar abajo al auto o al metro - lo que sea - genera ese espacio de 'que te pareció' no sé - mientras que acá a veces es como 'ya check - sigo con mi vida' como estoy tan acostumbrado a desconectarme tal vez tengo otro zoom al tiro" (E5, pág. 12).*

*"más difícil armar el vínculo (...) sobre todo para el adolescente es como un pedazo (...) de lo instantáneo que tiene el adolescente de las cosas sin proceso (...) en la piscina y dice 'chuta son cinco para las tres me salgo de la piscina hablo un rato con la psicóloga y me vuelvo a meter'" (E3, pág. 13).*

El último punto de la corporalidad y su ausencia que queda plasmado en la pérdida del ritual pre y post terapia invita a reflexionar sobre las limitaciones de la virtualidad y a explorar técnicas creativas que incorporen aspectos sensoriales y simbólicos, permitiendo maximizar el uso de las diversas herramientas digitales y así mantener el vínculo terapéutico. Además, permiten visualizar la necesidad de los terapeutas de diseñar estrategias alternativas que integren el inicio y cierre terapéutico del entorno virtual, utilizando técnicas como pausas reflexivas o pautas para el trabajo posterior fuera de consulta.

*"uno no accede a todo el lenguaje corporal - no puedes hacer tantas actividades físicas como esculturas pero se puede hacer la microescultura que es con objetos - esa yo la hago hartito online" (E5, pág. 12).*

*"me acuerdo de un caso súper bonito, de un niño que disponía los juguetes y realmente jugábamos con la cámara, o sea era como que él ponía la cámara y yo hacía las voces y mostraba los juguetes y traía*

*los dinosaurios y hacía la escena, y tenía muchos juguetes este niño en la sala” (E1, pág. 4).*

*“el niño mira y me dice ‘qué es eso? me carga’ y yo como ‘ahh no te gusta el fondo? dale lo sacamos’ y se lo muestro y dice ‘ah sí ahí está mejor’ y yo como ‘o prefieres este?’ y puse uno de fortnite que estaba ahí ‘oooh’ atención inmediata al computador y yo ‘ahh mira también puedo hacer esto’ me ponía un logo de conejo y éramos conejos todos” (E5, pág. 8).*

#### **4. La paradoja de la intimidad en la virtualidad**

Los entrevistados presentan un elemento relevante en el desarrollo de la intervención virtual con familias y parejas. Ellos han planteado que la virtualidad facilita el acceso a la intimidad del sistema consultante, promoviendo la seguridad y un vínculo más fuerte con el terapeuta, pudiendo también introducir distracciones y obstáculos en la comunicación debido a las limitaciones de los aspectos no verbales. Es aquí donde emerge una interesante paradoja: la virtualidad ofrece la posibilidad de observar dinámicas cotidianas "reales" y al mismo tiempo obstaculiza la retroalimentación emocional y corporal.

*“estando en el espacio común en el que habitan diariamente (...) las dinámicas que se dan de manera diaria quizás es mucho más fácil que ocurran - o es mucho más espontáneo que ocurra” (E4, pág. 14).*

*“no están de visita -(...) cuando la familia - la clásica la antigua chilena - la gente tenía el mantel la loza de visita? y cuando la gente llegaba de visita la gente se comportaba un poquito mejor ya? eso no está” (E2, pág. 39).*

Debido a esto, indican que la intensificación del lenguaje verbal como medio compensatorio es crucial para traducir y digitalizar lo analógico. Sin

embargo, evidencian que en algunos casos (como con adolescentes) esto podría intensificar la dificultad comunicativa. Los terapeutas indican que la consciencia sobre lo que “se sabe que no se sabe” puede ser una herramienta muy útil que abre posibilidades de intervención. Algo que refleja una reconfiguración de las fronteras terapéuticas tradicionales. En este sentido, se considera clave el desarrollo de competencias de observación en contextos digitales y métodos que permitan interpretar la comunicación no verbal limitada. Junto al beneficio que podría implicar el explorar en el diseño de ejercicios verbales específicos para trabajar con poblaciones con dificultades expresivas.

*“en presencialidad como esta cosa de la mirada, los olores, los calores, - como sentir como esta cosa en la guata, como que se activa mucho más la guata, (...) hay una mayor receptividad del cuerpo” (E1, pág. 6).*

*“no me puedo dar cuenta si están de la mano tal vez las personas con las que estoy hablando eeh o qué está haciendo un niño si de repente se para de la cámara pero sigue ahí - no sé qué está pasando y esa es una información que uno se pierde” (E5, pág. 6).*

*“es más difícil para uno consignarlo - (...) poder interpretar a qué se refiere - o sea se le llenaron los ojos de lágrimas pero no logro reconocer si es de pena o de rabia - el tono de voz le cambió - pero le cambió porque se emocionó?” (E3, pág. 6).*

*“lo no verbal me - no se puede leer bien - entonces hay que volver a preguntar - profundizar (...) solo desde el lenguaje (...) con el área que yo veo que son adolescentes es más difícil (...) que ellos reflexionen un poco más de su mundo interior es más difícil” (E3, pág. 3).*

*“es muy importante online saber lo que te estás perdiendo - yo les digo ‘yo no veo qué está pasando acá - cuando ustedes miran para allá y no sé si entra una persona un niño - no sé que pasa - ustedes me lo van a tener que decir - yo se los voy a ir preguntando” (E5, pág. 16).*

## **5. Factores determinantes: alfabetización digital y postura del terapeuta**

Los terapeutas han dejado en evidencia que su percepción personal respecto a la tecnología, junto a sus competencias digitales influyen significativamente en el éxito de las intervenciones virtuales. Hallazgo que subraya la importancia de la congruencia entre las habilidades tecnológicas y la disposición actitudinal del mismo.

Los terapeutas manifiestan haberse formado en términos digitales de forma autónoma e instintivamente. No suelen trabajar desde ningún protocolo establecido en sus lugares de trabajo y consideran relevante que la formación digital exista en los terapeutas que incluyen la mediación tecnológica en sus prácticas clínicas. Este punto invita a reflexionar sobre la formación continua y la priorización del desarrollo de competencias digitales como una extensión de las habilidades clínicas, para explorar si las resistencias personales del terapeuta hacia la tecnología y sus implicancias en los procesos terapéuticos están siendo o no abordadas en la oferta existente de instancias formativas.

## **6. El vínculo terapéutico virtual familiar y su inestabilidad**

Los entrevistados dan cuenta de que la efectividad de las intervenciones depende de la solidez del vínculo terapéutico, sin embargo, en el caso de la modalidad virtual existen diversas situaciones que ponen en tensión y a prueba esta relación terapeuta-sistema consultante. Las familias con miembros numerosos, casos de intervenciones mandatadas por instancias judiciales, casos que transitan de modalidad, entre otros.

Por una parte, plantean que el nivel de coerción de la intervención es determinante a la hora de obtener buenos resultados y adherencia. La motivación presentada por los sistemas consultantes disminuiría ampliamente cuando la intervención es de carácter obligatorio. La virtualidad jugaría un rol determinante en este tipo de intervenciones, ya que, la distancia y la no corporalidad generarían la percepción del espacio como “poco serio” para los sistemas consultantes.

*“Yo tengo que tener una posición de- de autoridad frente al papá - - para que me haga caso (...) eso se pierde con lo online - por lo menos en mi caso en mi trabajo aquí en fuerzas armadas” (E3, pág.10).*

Sumado a esto, la comodidad de estar en el propio hogar en este punto jugaría un rol perjudicial clave, no solamente en los casos de intervención obligatoria, sino que las intervenciones familiares en general estarían más propensas a no respetar los límites del espacio de trabajo terapéutico, sobre todo cuando se trata de familias numerosas y con miembros de distintos grupos etarios. En este punto, la virtualidad jugaría un rol negativo y perjudicaría la mantención del encuadre, tensando el rol del terapeuta y poniéndolo en un -no siempre deseado- lugar de autoridad.

*“uno a veces se siente como - al menos en mi caso - como terapeuta un poco ofendido porque pareciera ser que no están tomando en serio el espacio” (E5, pág. 5).*

*“la gente se puede aburrir a la mitad (...) están en su casa entonces no tienen por qué mostrarte respeto (...) y se para y se va y hasta ahí llegamos (...) en familia a veces puede ser una desventaja porque se sienten tan cómodos que se paran y se van” (E2, pág. 37).*

Los terapeutas han expresado que cuando existe un cambio de modalidad presencial a virtual, el desarrollo de la intervención depende en gran medida de la

fortaleza previa del vínculo terapéutico siendo más fácil y efectivo continuar un tratamiento con quienes ya se ha desarrollado una relación previa.

*“estaba difícil generar el vínculo terapéutico en el contexto del PRM presencial - pero en forma remota no (...) el chico te mostraba la casa - estaba en su pieza - estaba en un lugar más seguro” (...) Era como que yo fuera a la casa en el fondo, en términos casi simbólicos y eso generaba como a veces en muchos chicos otra apertura” (E1, pág. 5).*

*“yo sentí que para los niños era incluso más fácil - porque una hora a veces es mucho y acá podían tener media hora - salir volver entrar o jugar en su propia casa y te mostraban la casa como ‘mira acá están mis posters” (E5, pág. 4)*

*“me resultó mucho más con la gente que ya conocía con la que ya estaba en terapia - y con la que ya había un vínculo ya había un conocimiento - fue mucho más fácil continuar” (E4, pág. 2).*

Sin embargo, ciertos terapeutas refirieron que en el trabajo con familias, incluso con aquellas que ya se venía trabajando con anterioridad en modalidad presencial, fue un desafío importante la mantención del encuadre. Esto sugiere que la ausencia de los aspectos físicos del espacio terapéutico como por ejemplo el ritual pre y post terapia impactaría negativamente el vínculo terapéutico, evidenciando que los aspectos corporales, de infraestructura, la cercanía entre terapeuta y sistema consultante, junto a los momentos informales fuera del espacio terapéutico, serían también fundamentales para reforzar el contacto emocional, la reflexión e integración de lo trabajado en terapia por parte del sistema consultante, y por consecuencia, la alianza terapéutica.



*“siento que se desdibujó - con las familias que estábamos presencial y pasamos a online siento que se desdibujó la formalidad entre comillas de la consulta - entonces nos pasaba que estaban a veces tomando once y ponían la cámara ahí o iban manejando y teníamos que pedirles que dejaran de manejar” (E5, pág. 4).*

*“tienden a ser mucho más flexibles y a subestimar quizás eeh la validez del espacio terapéutico como un espacio de privacidad en comparación con la presencialidad (...) o incluso como la validez en cuanto a rigurosidad o seriedad” (E3, pág. 7).*

*“Maltrato - maltrato altiro no - (...) no puedo evaluar cómo quedó emocionalmente el papá que trata mal la mamá que trata mal y el adolescente en términos de cómo se van de acá (...) qué pasa después de esa intervención?” (E4, pág. 8).*

Elementos que sugieren que, tanto los aspectos asociados a la presencialidad, junto al vínculo terapéutico operarían como una estructura de soporte. Algo que debería tenerse en consideración en los momentos de transición y en el caso de intervenciones impuestas por instancias superiores. Reflejando los efectos negativos que puede llegar a tener la virtualidad sobre la confianza y desarrollo de aspectos emocionales en la relación terapeuta-sistema consultante. Algo que también refuerza la idea de que el vínculo terapéutico no solo se construye durante la intervención, sino que en espacios colaterales.

Aspecto que durante el trabajo virtual invita a repensar los límites del encuadre y el diseño de trabajo terapéutico. Además, a pensar en el desarrollo de protocolos específicos para preservar el vínculo durante los cambios de modalidad y considerar elementos adicionales para suplir estos momentos de transición, destacando la importancia de que sea una transición consciente y bien planificada.

## DISCUSIÓN

### 1. Sistema terapéutico: una estructura frágil

Los resultados de esta investigación dan cuenta de que la mediación tecnológica facilita la creación de un metacontexto como normalmente se produce en las intervenciones presenciales cuando se encuentran dos sistemas específicamente definidos (terapeuta y sistema consultante), conformando el sistema terapéutico (Fernández et al., 1997; Villarreal-Zegarra y Paz-Jesus, 2015), que en este caso se trata de un sistema terapéutico especial, pues se encuentran también los aspectos contextuales asociados al espacio físico desde donde se conectan a los dispositivos digitales los participantes de la intervención. Este fenómeno, ha permitido observar que la conjugación de dos contextos físicos que muchas veces discrepan considerablemente entre ellos, transforma al sistema terapéutico virtual en una **estructura frágil** que está constantemente amenazada de perder el equilibrio entre los límites del entorno terapéutico y la funcionalidad del espacio virtual.

La dependencia directa de las formas que puede tomar el metacontexto de las características de los contextos físicos de cada sistema que forma parte de él, se ve claramente reflejada en lo que señalan los terapeutas. Por una parte, indican que las condiciones materiales y psicológicas de los consultantes definen la posible funcionalidad del sistema terapéutico. Por ejemplo, contextos seguros, sin interrupciones y de respeto, facilitan un proceso efectivo (aunque no están siempre garantizados). Y por otra parte, indican que las características de su propio contexto también puede afectar la intervención. Fenómeno en que se releva el lugar del contexto particular (en este caso específicamente el lugar físico) del individuo en la interpretación de las conductas (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

Desde aquí, es que cobra relevancia el nivel analógico de la comunicación respecto de las marcas de contexto (Boscolo et al., 1987), ya que, estar en la consulta del terapeuta no es lo mismo que estar en el propio hogar, y mucho menos, que estar en ambas partes a la vez. En ese sentido, podría pensarse que la necesidad de interpretar la información proveniente de dos contextos físicamente distintos, requeriría de un esfuerzo mayor que el de costumbre, interfiriendo en cómo se interpreta todo aquello que se percibe, produciendo una disonancia entre ambas informaciones, algo así como un **ruido analógico**. En esta línea, los entrevistados manifiestan que para que el sistema consultante entienda correctamente el entorno virtual como un espacio de trabajo, ellos -los terapeutas- deben esforzarse extraordinariamente por mantenerse adaptables y flexibles para establecer el encuadre virtual y la construcción de una sólida alianza terapéutica.

## **2. Alianza terapéutica: el sustento en la virtualidad**

La alianza terapéutica, de acuerdo a los entrevistados, permite un trabajo en conjunto que hace más factible el respeto de los límites de la intervención. Algo que coincide con lo descrito en la literatura (Escudero, 2009), y se sostiene aún más cuando señalan que ciertas características de los sistemas consultantes que impedirían una alianza terapéutica adecuada, debilitan el respeto de las reglas de funcionamiento que señala Selvini Palazzoli (1985). Éstas características corresponden por ejemplo, al número de miembros del sistema, al nivel de coerción de la intervención y al estado de transición de modalidad (de presencial a virtual).

Estos resultados, dejan de manifiesto que efectivamente el rol de la alianza terapéutica es esencial en el establecimiento y respeto del encuadre terapéutico (Escudero, 2009), lo que podría indicar que ésta funciona como una base para el sostenimiento del sistema terapéutico virtual frente a los límites de la virtualidad, pues cuando se logra una conexión suficientemente fuerte entre terapeuta y

sistema consultante para construir un clima de colaboración, confianza y respeto, se logra dar valor a la imposición de conductas que la comunicación establece en este tipo de contextos (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

### **3. La tecnología como un tercero en la intervención**

No obstante lo anterior, la presencia de mediación tecnológica en la intervención, da cuenta de que el lugar de ésta juega un rol aún más complejo en la forma en que se construyen las intervenciones. Evidenciando que no se trata solamente de una plataforma de comunicación a distancia que reemplaza la infraestructura presencial, sino que es una herramienta que permite la existencia de la virtualidad (y el metacontexto virtual), y al mismo tiempo, un dispositivo digital con el que los sistemas (terapeuta y sistema consultante) deben interactuar.

Los resultados evidencian que las características de la relación que mantiene cada sistema con la tecnología define la relación entre éstos sistemas y lo que se puede o no hacer dentro del sistema terapéutico, determinado su funcionalidad. Este fenómeno, podría permitir pensar que el sistema terapéutico virtual cuenta con la tecnología como un tercer sistema que posiciona a los participantes dentro de este proceso comunicativo interpersonal. Fenómeno que podría explicarse desde la lógica de la cibernética de segundo orden que considera que las observaciones que se dan en el sistema terapéutico son relativas al punto de vista del observador, que al mismo tiempo influye aquello que observa en el acto de observación (Von Foerster, 1996; Maturana y Varela, 2003), siendo la mediación tecnológica determinante en las intervenciones.

En esta línea, podría pensarse que la relación con el dispositivo tecnológico va más incluso más allá. Considerar el entorno virtual como un entorno real en el que ocurren procesos terapéuticos reales, permite entender que la oportunidad que ofrece el vínculo con el dispositivo tecnológico de entrar a ese mundo virtual con una serie de nuevos recursos tecnológicos, es fundamental y podría

entenderse como una **alianza tecnológica**, en la que, la tecnología funcionaría como un aliado.

En este punto, cobra relevancia la idea mencionada anteriormente de **ruido analógico**, ya que, la forma en que el terapeuta y el sistema consultante interpreten la información que reciben desde el sistema terapéutico, estaría condicionada también por el lugar en el que cada uno de ellos se encuentra y cómo se vinculan con ese espacio. En ese sentido, la corporalidad tendría un lugar particular en la virtualidad, ya que, si bien las intervenciones virtuales se desarrollan sin un cuerpo presente en un espacio físico compartido, el cuerpo se encuentra presente pero de manera virtual, algo que permitiría ampliar la manera de entender la participación del cuerpo y su lugar en la matriz comunicativa (Wiener, 1985) que es el sistema terapéutico virtual.

#### **4. El desarrollo de la corporalidad virtual**

En este sentido, las narrativas de los terapeutas han permitido observar este fenómeno que podría entenderse como el desarrollo de una **corporalidad virtual**, algo que tiene implicaciones interesantes en términos terapéuticos considerando que en la literatura se ha planteado la presencia del cuerpo como un aspecto analógico esencial en la intervención para la retroalimentación emocional y su conducción general (Isaacs y Tang, 1994). Las narrativas de los terapeutas, han dejado en evidencia que el sostenimiento de la intervención sin un cuerpo físicamente presente cuenta con beneficios y limitaciones que dependen de los tres sistemas (terapeuta, sistema consultante y dispositivo tecnológico), y de la relación entre ellos.

La retroalimentación que ofrece el cuerpo del terapeuta parece ser crucial para el tipo de sistema terapéutico que se construye, esto tiene sentido cuando se piensa en el rol del nivel analógico de la comunicación en ella (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991), ya que, de acuerdo a los resultados obtenidos, la presencia del

cuerpo físico ofrecería señales mucho más claras que permiten el establecimiento de marcas de contexto terapéutico. Desde la literatura, se ha planteado que el lugar de la alianza terapéutica juega un rol crucial en el establecimiento del encuadre (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009), lo que lleva a pensar que el respeto de las marcas de contexto se asocian al respeto de esa relación terapéutica. De acuerdo a los resultados, esa alianza, seguramente está apoyada en parte en la posibilidad que tiene el cuerpo físicamente presente de establecer marcas de contexto que robustecen la imagen del terapeuta como una autoridad.

Justamente, las narrativas de los entrevistados dan cuenta de que las condiciones de las plataformas virtuales de videollamada, ofrecen marcas de contexto que no están alineadas con el estilo directivo del terapeuta (Minuchin y Fischman, 1984; Haley, 1980; Rojero, 1986), su cuerpo físico está ausente y el acceso del sistema consultante a éste es a través de una pantalla que generalmente es pequeña (y si es un teléfono celular, muy pequeña), y permite que se pasen por alto muchas señales, el volumen de su voz es ajustable, los turnos de habla están regulados por la plataforma virtual, por lo que la interrupción y dirección de la conversación de parte del terapeuta se hace engorrosa.

Por su parte, la **corporalidad virtual** ofrecería otro tipo de marcas de contexto que contribuirían a construir un sistema terapéutico distinto al presencial. Desde ahí, el lugar del cuerpo virtual estaría asociado con un acompañamiento no amenazante ni intimidante, al ofrecer un espacio seguro que se conjuga con el entorno físico del sistema consultante en su propio espacio de confort (su hogar, su habitación, su vehículo personal, su oficina de trabajo, entre otros). Esto permitiría pensar que la virtualidad, más que sólo presentar limitaciones en términos analógicos, ofrecería la opción de redefinir los límites y forma de comprender este nivel.

Así, cobra sentido que los terapeutas han señalado que la intervención virtual puede ser inútil en algunos casos y muy útil en otros. Ellos han señalado

que ciertos desórdenes de salud mental y ciertas dinámicas relacionales complejas (suicidalidad activa, psicosis activa, violencia intrafamiliar) no son aptas para la atención virtual, tal como han señalado Magigan et al. (2021), pues requerirían de una atención cara a cara que mitigue el riesgo agudo y asegure la confidencialidad.

Por otra parte, han planteado que otro tipo de desórdenes de salud mental que se vinculan con la depresión, la ansiedad, la corporalidad y el abuso sexual, pueden verse ampliamente beneficiados por esta modalidad. Esto último tendría que ver, según ellos, con la condición del contexto virtual como un espacio seguro e íntimo para los sistemas consultantes, que no los expone a ser vistos o enjuiciados por otras personas, ni a las distintas variables de un entorno al aire libre, o a tener que desplazarse desde sus hogares y salir de su anonimato. Lo que permitiría pensar que la **corporalidad virtual**, ofrecería la distancia y privacidad necesarias para el trabajo de temáticas delicadas, por lo que no solo tendría que ver con estar en el hogar propio, sino que podría tener que ver con no verse amenazado por la presencia física de un otro, posiblemente intimidante. Algo que contribuiría a la construcción de la alianza terapéutica al garantizar seguridad en el proceso terapéutico (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009).

Aún así, los terapeutas han manifestado que la corporalidad virtual es deficiente en comparación a la modalidad presencial en ciertos aspectos que serían irremplazables. Los momentos previos y los momentos posteriores a las sesiones de intervención en modalidad presencial, que aquí ha decidido llamarse **ritual periterapéutico**, parecen ser esenciales pues permiten una cercanía corporal especial que contribuye al cierre emocional y a la integración de lo trabajado, lo que estaría vinculado con el importante rol de la contención emocional de los aspectos analógicos (Ceberio y Linares, 2005), evidenciando su lugar esencial y utilidad en el espacio terapéutico (Bernales, Bustos y Gálvez, 2006). Además, podría pensarse que el **ritual periterapéutico**, pudiera tener otras

características importantes vinculadas a los esfuerzos que deben hacer los sistemas consultantes para acceder a la intervención. Quizás, ahí también se pone en juego la valoración del espacio terapéutico pues tener que movilizarse, pagar por esa movilización, o hacer cualquier esfuerzo para llegar al lugar de la intervención, implicaría algún tipo de sacrificio personal. Dando a entender que la alianza terapéutica no solo se construye durante la intervención, sino también en espacios colaterales. Lo que podría invitar a explorar las formas de vinculación colateral en modalidad virtual.

### **5. La motivación como motor de la alianza en la virtualidad**

En esta línea, tal como se ha descrito en la literatura (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009), se ha podido visualizar a la motivación del sistema consultante como un punto clave asociado al desarrollo de una alianza terapéutica sólida y del respeto de las reglas de funcionamiento del espacio terapéutico virtual.

Los resultados han mostrado que los terapeutas que se encuentran con sistemas consultantes desmotivados con el proceso (por ejemplo en el caso de familias mandatadas desde una instancia judicial mayor que perciben el espacio como poco serio o inútil), o que lo perciben como informal (sobre todo en casos de familias numerosas en que varía la forma de entender el espacio terapéutico tanto por el número de miembros, como por los diferentes grupos etarios presentes que muchas veces varía), deben hacer el esfuerzo por compensar la falta de autoridad que implica la ausencia del cuerpo físico presente, adquiriendo una actitud mucho más directiva que de costumbre, para establecer más claramente los límites del entorno terapéutico, esto permite problematizar la posibilidad de variación del estilo del terapeuta, que normalmente debería implicar un continuo de acuerdo a las necesidades de la intervención (Minuchin y Fischman, 1984; Haley, 1980; Rojero, 1986), pudiendo hipotetizar sobre una posible tensión subyacente en su rol.



Además, podría pensarse que los sistemas consultantes que están obligados a ser parte de una intervención terapéutica, generarán resistencias asociadas a la idea de tener que exponer su vida íntima a un desconocido, pudiendo percibirse como una invasión a su privacidad, provocando aún mayor falta de motivación.

## 6. Tensión desde la directividad

Los resultados permiten pensar que en el sistema terapéutico virtual, un estilo terapéutico directivo da mayor garantía del respeto de las marcas de contexto cuando éstas se debilitan por alguna razón. Todo eso, si es que existe una alianza terapéutica a la base que permita la motivación del sistema consultante y el respeto por el vínculo. Sin embargo, si la relación entre terapeuta y sistema consultante se basa en su imagen de autoridad, la mantención del sistema terapéutico virtual probablemente será menos factible. Fenómeno que permitiría sustentar aún más la idea del sistema terapéutico como una **estructura frágil**, y dar cuenta de una posible tensión significativa en el rol del terapeuta cuando trabaja desde la virtualidad, confirmando que, si bien, las resistencias están en el sistema consultante, también se desarrollan en la interacción de éste con el terapeuta y con el contexto, evidenciando la relevancia de que éste se anticipe a ellas (Anderson y Stewart, 1988). Por lo que podría decirse que parte de la fragilidad del sistema terapéutico virtual encuentra su fuente en la relación entre sistema consultante y el terapeuta y el contexto.

El rol del terapeuta, no solo se tensaría en tanto el estilo terapéutico se ve forzado en algunas ocasiones en que se debilitan las marcas de contexto. Como se mencionó anteriormente, la relación del terapeuta con la tecnología es también un aspecto fundamental que define su manera de entenderse a sí mismo y a la intervención en sí. Desde ahí, vuelve a cobrar relevancia la idea del **ruido analógico**, pues la información a interpretar que proviene del contexto físico propio se complejiza si se agrega la alfabetización digital a la mezcla.

## 7. El dispositivo tecnológico como recurso

Como se mencionó anteriormente, si bien desde estos análisis es posible dar lugar a la tecnología como la plataforma que facilita el nuevo metacontexto virtual, también es posible entenderla como una herramienta interventiva. Esto último tiene que ver con las posibilidades que ofrece como técnica dentro de la realidad terapéutica virtual, un potencial que está estrechamente relacionado con las habilidades digitales y el nivel de conocimiento tecnológico que disponga el terapeuta, lo que pone en el centro de la discusión la importancia de la persona del terapeuta en la intervención (White, 2002), para problematizar qué implica una buena **alianza tecnológica**.

Los entrevistados, han evidenciado que las plataformas tecnológicas ofrecen recursos exclusivos que no se encuentran en la modalidad presencial. Recursos que permiten incluso intervenir en un nivel analógico. Juegos virtuales, uso de filtros, diversas formas de trabajar con la webcam, entre otros. Y que en manos de una persona digitalmente competente, podrían permitir una multiplicidad de alternativas interventivas. De acuerdo a los terapeutas, aquí juega un rol fundamental la creatividad y la posibilidad de adaptación. Una de ellas incluso pudo adaptar el trabajo con esculturas a la modalidad digital. En ese sentido, la literatura, describe como parte importante de la variabilidad de herramientas del terapeuta a la flexibilidad y la creatividad (Ceberio y Linares, 2005), y de acuerdo a estos resultados, en la virtualidad el terapeuta debe lograr equilibrar una alianza tecnológica con sus habilidades clínicas, haciendo pensar en algo así como en un **malabarismo terapéutico virtual**, que de lograrse puede potenciar considerablemente los recursos tecnológicos.

Además, de acuerdo a los entrevistados, mostrar menos partes de su cuerpo les permitiría estar más concentrados en la conducción de la intervención, dado que aspectos corporales como la vestimenta, la posición o movimiento de las piernas, entre otros, normalmente son aspectos que deben atender en la

modalidad presencial pero en la virtualidad no. Una terapeuta indicaba por ejemplo, que el control de su propio déficit atencional se veía significativamente beneficiado por la virtualidad al tener estrategias de relajación durante las intervenciones invisibles a sus sistemas consultantes. Lo que permitiría pensar que la **la corporalidad virtual** podría potenciar las destrezas de conducción (Selvini Palazzoli et al., 1980), al quitar presión de tener que poner atención a algunos aspectos corporales del terapeuta.

Por el contrario, los entrevistados indican que un manejo inadecuado de los dispositivos (que se abran ventanas emergentes, incomodarse por verse a sí mismo en la webcam, no lograr manejar los audífonos apropiadamente, entre otros) puede producir una distracción que provoque la desconexión de sí mismos respecto a la retroalimentación obtenida desde el relato del sistema consultante. Aspectos que permiten dar cuenta del lugar de la alianza tecnológica, entendiendo la tecnología como un tercero en el sistema terapéutico, pudiendo ver que una alianza deficiente aportaría al **ruido analógico** debido a la interdependencia entre los sistemas que conforman esta matriz comunicativa (Wiener, 1985).

Al mencionado malabarismo terapéutico digital, se suma el “saber que no se sabe”, o la conciencia de lo no evidente. Los terapeutas indican que la limitación de la tecnología en la obtención de toda la información analógica del sistema consultante, los obliga a mantenerse en una disposición de exploración extraordinaria, ya que, son conscientes de esta limitación. Este fenómeno podría pensarse como una oportunidad en términos interventivos, pues convertiría a las intervenciones en línea en un espacio fértil para ser explorado a través de la curiosidad. Dando paso a una apertura que facilita nuevos diálogos (Anderson, 1999; Andersen, 1991; Freedman y Combs, 1996; White y Epston, 1993), y fomentando un terreno interventivo en que el juego con hipótesis podrían tener mucho más sentido (Selvini-Palazzoli et al., 1980).

## 8. El autoconocimiento como aliado fundamental

No obstante lo anterior, los terapeutas señalan que si bien es posible ser creativos e inventar nuevas técnicas a partir de la virtualidad, al igual que adaptar otras para contrarrestar la pérdida del acceso a todos los aspectos analógicos, existen modalidades de trabajo que son irremplazables e inadaptables en la modalidad virtual. Algo así como lo que ocurre con el **ritual periterapéutico**. Existen técnicas que tienen que ver con la contención o retroalimentación emocional que requieren del cuerpo físicamente presente. Las técnicas asociadas a la terapia de juego con primeras infancias son el ejemplo que más se repite entre los terapeutas.

Lo anterior, permite pensar la necesidad de que el terapeuta conozca sobre sí mismo respecto a cuánto está dispuesto flexibilizar y sobre cuánto puede flexibilizar su sistema consultante. Aspectos que dependen en gran medida de un trabajo exhaustivo de autoconocimiento (Moreno, 2015), junto a la selección correcta del contexto operativo (Boscolo y Bertrando, 2005). De esta manera, los terapeutas podrían tener mayor garantía sobre su real competencia de acuerdo a la demanda del sistema consultante, y si el sistema terapéutico cumple con las condiciones mínimas que ellos refieren este espacio debe tener en relación a la privacidad, seguridad y confidencialidad.

En este sentido, la idea de **corporalidad virtual** podría permitir preguntarse: ¿es un terapeuta virtual que interviene familias y parejas exactamente igual a uno presencial?, aparentemente no. La virtualidad como metacontexto y la presencia tecnológica como un tercero, parecieran otorgar al sistema terapéutico características distintas a la presencialidad, que permitirían comportamientos específicos para la virtualidad que varían de acuerdo a las características inherentes y formación del terapeuta.

Considerando que la forma de la intervención terapéutica virtual depende significativamente de la alianza tecnológica, en tanto el nivel de alfabetización digital de cada sistema, (grado de conocimiento y manejo tecnológico que cada uno tenga), moldeará la forma del sistema terapéutico, definiendo la posibilidad de intervención, la literatura sistémica permite tener en cuenta ciertos elementos útiles a considerar para el logro de una convocatoria que corresponda a un contexto operativo adecuado (Boscolo y Bertrando, 2005), sin embargo, no ha considerado el nivel de alfabetización digital como uno de ellos.

Lo anterior, abre la discusión respecto a dos elementos esenciales: el trabajo interno del terapeuta y el rol democratizador de la tecnología. Por una parte, han quedado en evidencia, las implicancias que tiene en las intervenciones virtuales el estado personal del terapeuta, su forma de relacionarse con la tecnología, su grado de conocimiento sobre ella, su nivel de comodidad y disposición general respecto a la intervención virtual, entre otros aspectos. Desde ahí, cobra sentido que el enfoque sistémico de valor al rol del terapeuta cuando éste se enfrenta a los desafíos del contexto terapéutico, considerando el desarrollo de un estilo terapéutico que está dado por su personalidad y la amplia variabilidad de capacidades y recursos (Ceberio y Linares, 2005). Sin embargo, el alto grado de fragilidad del sistema terapéutico virtual y la gran dificultad para trabajar con familias numerosas, mandatadas y en transición de modalidades, permitiría pensar que la virtualidad implica características que superan el grado de injerencia que pueda llegar a tener el terapeuta sobre variables que salen de su control.

Aún así, estos elementos permiten problematizar aún más esta situación, ya que, los terapeutas han indicado que su formación académica en éstos asuntos ha sido notoriamente autogestionada, sin existir protocolos ni directrices que indiquen cuales son los caminos más apropiados a seguir para realizar intervenciones con familias y parejas aptas que se ajusten a las limitaciones asociadas a la virtualidad. Esto llama la atención, dado que la literatura post crisis sanitaria ha hecho un llamado al establecimiento de pautas y consideración en los

currículos en ésta temática (SRA, 2021; Servicio Nacional de Menores [SENAME], 2020; Minsal, 2021), lo que podría llevar a pensar que las dificultades asociadas a la modalidad, si bien, se pueden explicar por sus obvias limitaciones ya mencionadas, también podría tratarse de una falta de preparación académica de los terapeutas, que en este estudio considera la necesidad de tomar en cuenta el rol de la persona del terapeuta, pues tal como en la presencialidad, en la virtualidad éste sostiene y alenta la tarea terapéutica (White, 2002).

Por otra parte, tal como se ha descrito en la literatura, los terapeutas relevan las ventajas de la virtualidad en términos de cobertura y acceso (Spijkerman, Pots y Bohlmeijer, 2016), señalando su rol democratizador. Sin embargo, los resultados permiten dar cuenta de que, si las poblaciones a intervenir no cuentan con las condiciones materiales y psicológicas para vincularse tecnológicamente, éstas pueden resultar nocivas. Obligando a preguntarse por los costos y beneficios de aplicar este tipo de intervenciones en poblaciones no aptas. Permitiendo alertar sobre la brecha digital debido a la dificultad de acceso en términos socioeconómicos, evidenciando que podría existir de fondo un fenómeno de **segregación digital**.

## CONCLUSIÓN

Los resultados de esta investigación han permitido generar ciertas reflexiones respecto de la práctica clínica virtual de psicoterapeutas sistémicos que trabajan con familias y parejas, pudiendo concluir, a partir de sus propias narrativas, lo que se presenta a continuación.

Respecto a las características, construcción y desarrollo de la intervención, se ha visto que el entorno terapéutico virtual presenta desafíos únicos en comparación con el presencial, porque en él se forma un metacontexto a partir de la conjugación de dos contextos físicos inmediatos con características particulares y distintas entre sí (del terapeuta y del sistema consultante). Contexto particularmente difícil de establecer para los terapeutas y de lograr que sea interpretado como terapéutico por el sistema consultante.

Eso ocurre en gran medida porque las características asociadas a la modalidad virtual, como las distracciones del contexto íntimo, las interrupciones, la inmaterialidad y la distancia, son factores que se encuentran significativamente fuera del control de sus participantes y dificultan el establecimiento de marcas de contexto claras para la construcción y definición del contexto terapéutico. Función que en telepsicología depende de la dirección del terapeuta y que al fallar, produce nocivos deslizamientos de contexto, perjudicando fuertemente la intervención.

Desde ahí, es que el rol del terapeuta adquiere un lugar fundamental en la guía adecuada del espacio terapéutico. En este proceso, la construcción de la alianza terapéutica es un aliado clave, ya que se trata de una plataforma capaz de sostener las intervenciones en el largo plazo que permite una conexión más profunda entre terapeuta y paciente que contribuye a estar en la misma sintonía de trabajo.

De esta manera, es posible decir que el metacontexto terapéutico se presenta como una estructura frágil y condicionada por las características de sus

componentes, siendo especialmente vulnerable cuando existen dificultades para establecer el encuadre terapéutico. Entorno que plantea un riesgo para cierto tipo de sistemas consultantes, sobre todo familias poco motivadas (como las mandatadas de instancias superiores), familias numerosas, familias que transitan de modalidad y familias que están compuestas por diversos grupos etarios. Algo que exige al terapeuta un ejercicio selectivo y consciente en cuanto a las condiciones en las que acepta trabajar.

En este sentido, para dirigir el entorno virtual, el terapeuta está obligado a desarrollar una disposición particularmente exigente y contar con una formación suficiente para el manejo adecuado de los dispositivos tecnológicos y las plataformas digitales, que permitan intervenciones efectivas, evitando repercutir negativamente en el logro de los objetivos establecidos. Este nivel de exigencia hace necesaria una revisión de los currículos académicos, colocando la responsabilidad también en las instituciones formadoras. Incluir competencias tecnológicas y reflexiones éticas sobre la modalidad virtual es una obligación para garantizar intervenciones seguras y efectivas

Por lo que se puede concluir que, cuando el terapeuta es lo suficientemente experimentado para manejar una intervención con familias y parejas y lo suficientemente competente en términos tecnológicos, las experiencias interventivas en general son positivas. La modalidad virtual tiene gran potencialidad para el desarrollo de acompañamientos no amenazantes, favoreciendo, por ejemplo, la posibilidad de manejar cuánto mostrar del propio cuerpo al otro, lo que puede ser especialmente relevante en el trabajo con ciertas condiciones de salud mental

En este sentido, es posible afirmar de forma contundente que la intervención terapéutica con familias y parejas en modalidad virtual no debería realizarse por terapeutas que no se encuentren altamente calificados en términos digitales. Además, se invita a reflexionar sobre el rol democratizador de la



tecnología, considerando que su capacidad para ampliar el acceso a intervenciones terapéuticas debe ser balanceada con una evaluación crítica de sus implicancias éticas y prácticas.

El lugar crucial del terapeuta en la intervención ha permitido determinar la necesidad de asegurar una formación apropiada que incluya las destrezas requeridas para enfrentarse a la virtualidad, siendo consciente de sus implicancias, riesgos y el cambio en la relación con el cuerpo y su expresión en el entorno digital. La redefinición sobre el lugar del cuerpo en la terapia virtual emerge como un elemento fundamental para explorar y comprender su impacto en el proceso terapéutico.

En esta línea, se ha podido determinar que, si bien el terapeuta seguramente cuenta con sus propias herramientas formativas a partir de instancias académicas anteriores, de experiencias clínicas previas y de sus características personales, no necesariamente cuenta con la formación adecuada en términos tecnológicos. Esto subraya la importancia de continuar revisando protocolos y directrices, asegurando que las instituciones académicas aborden de manera suficiente y adecuada las competencias requeridas para esta modalidad.

Finalmente, esta investigación refuerza la necesidad de seguir reflexionando, ajustando y redefiniendo la intervención mediada por TICs para garantizar su mayor potencial y minimizar los riesgos, asegurando un desarrollo continuo que beneficie tanto a los terapeutas como a los sistemas consultantes.

## REFLEXIONES FINALES

Se considera pertinente reconocer las limitaciones de este estudio, para así pensar también en sus futuras aplicaciones y proyecciones. Por una parte, es relevante mencionar que a pesar de que la convocatoria para reunir participantes en este estudio estuvo abierta a todo Chile, la muestra final se trató de una muestra bastante centralizada. Los participantes provienen de la Región Metropolitana y de la Quinta Región, algo que permite pensar que sería beneficioso considerar una muestra que represente a otras regiones del país, pudiendo ampliar la información obtenida, nutriendo el estudio de narrativas menos centralizadas.

Por otro lado, se considera importante el estudio de otros actores que son parte del fenómeno. Por ejemplo, estudiar a las familias o parejas que se configuran como usuarios de los servicios públicos y/o privados.

Sumado a lo anterior, una limitación importante en este proyecto se relaciona con las restricciones de tiempo y recursos del programa de estudio, ya que éstas impidieron un proyecto de largo plazo que permitiera observar los cambios del fenómeno, tanto en relación a los avances tecnológicos, como a los cambios en la contingencia sociosanitaria. Se considera muy pertinente el llevar a cabo futuros estudios que consideren un alcance longitudinal que ofrezca esta posibilidad.

Por último, se considera necesario y urgente continuar ampliando el conocimiento en ésta área dada la escasez de literatura sobre este tema en Chile. Lo que permite hacer un llamado a futuros investigadores a interesarse por continuar su desarrollo y exploración académica.

Sería un aporte el investigar sobre la efectividad y utilidad de intervenciones virtuales con familias y parejas frente a ciertas condiciones particulares de salud mental. También lo sería estudiar las barreras asociadas a la alfabetización digital y centrarse detenidamente en la experiencia y motivación del terapeuta para formarse tecnológicamente, en la perspectiva de los sistemas consultantes, e incluso, en las narrativas de profesionales que se niegan a la terapia en línea.

Se cree que si ésta área de la atención clínica psicológica logra obtener mayor atención, se podría llegar a establecer lineamientos actualizados que permitan dar una idea más clara y detallada a los terapeutas de familia que se interesen en ejercer su profesión en modalidad en línea, abriendo paso a un mayor desarrollo a algo tan útil y necesario para la población y su bienestar.

Por último, vale la pena mencionar que continuar la exploración en ésta área sería una gran contribución para un más amplio y mejor desarrollo de las intervenciones con familias y parejas a través de telepsicología. Apuntando a que en un futuro existan garantías de tratamientos efectivos y confiables, ampliando la cobertura de atención en salud mental. Algo sumamente relevante cuando se piensa en que la democratización del acceso a estas tecnologías es esencial para acortar la brecha socioeconómica en el ámbito de la salud mental, asegurando que más personas puedan beneficiarse de éste tipo de intervenciones.

## REFERENCIAS

- Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo. (s.f). *Lineamientos para la Evaluación Ética de la Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*. Ministerio de la Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación. <https://s3.amazonaws.com/documentos.anid.cl/proyecto-investigacion/Lineaamientos-evaluacion-etica.pdf>
- Anderson, C. y Stewart, S. (1988). *Para dominar la resistencia. Guía práctica de terapia familiar*. Amorrortu. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=318189>
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Amorrortu. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=314421>
- Andersen, T. (1991). *The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues about the Dialogues*. Norton & Company. <https://psycnet.apa.org/record/1992-97367-000>
- Aracena, M., Cortez-Monroy, F., Soto, M., Monsalve, P., Basualto, P., Quiroz, R. y Cerfogli, C. (2022). *Políticas públicas para un sistema de atención híbrida en salud mental: una propuesta para Chile*. Concurso políticas públicas UC. <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/publicacion/capitulo-i-politicaspUBLICAS-para-un-sistema-de-atencion-hibrida-en-salud-mental-una-propuesta-propuesta-para-chile/>
- Ayala, T. (abril, 2012). Saber y Cultura en la Era Digital. *Revista Austral de Ciencias Sociales*. (20), 41-59. DOI: 10.4206/UHYDXVWUDOFLLHQFVRFQ
- Baldwin, M. (Ed.). (2012). *The use of self in therapy* (3era ed.). The Haworth Press.
- Banshur, R. (1995). On the definition and evaluation of telemedicine. *Telemedicine Journal*. (1), 19-30. DOI: 10.1089/tmj.1.1995.1.19

- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., y Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Bateson, G. (1991). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En: Lohlé, C (Ed.). *Pasos hacia una Ecología De La Mente*. (pp. 231-256). Lohlé-Lumen. [https://www.academia.edu/32929023/Pasos\\_hacia\\_una\\_ecolog%C3%ADa\\_de\\_la\\_mente\\_de\\_Gregory\\_Bateson](https://www.academia.edu/32929023/Pasos_hacia_una_ecolog%C3%ADa_de_la_mente_de_Gregory_Bateson)
- Bateson, G. y Ruesch, J. (1984) *Comunicación. La matriz social de la Psiquiatría*. Paidós.
- Bateson, G. y Donaldson, R. (2010). *Una unidad sagrada: pasos ulteriores hacia una ecología de la mente* (2da ed). Gedisa.
- Bernales, P., Bustos, M. y Gálvez, F. (abril, 2006). Presencias y prácticas analógicas en las psicoterapias sistémicas: implicancias epistemológicas y teóricas. *eQtasis*.
- Bernasconi, O. (septiembre-diciembre, 2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica*. (56), pp. 9-36.
- Birdwhistell, R. (1959). Contribution of Linguistic-Kinesic Studies to the Understanding of Schizophrenia. En Auerback, A (ed.). *Schizophrenia: An Integrated Approach*. (pp.99-123). Ronald Press. <https://doi.org/10.1080/00207284.1961.11508215>
- Ricci-Bitti, P. y Cortesi, S. (1980). *Comportamiento no verbal y comunicación*. Punto y Línea.
- Blanco, A. y Berti, J. (2016). No hay hardware sin software: Crítica del dualismo digital. *Rivista Internazionale di Filosofia Contemporanea*. 4(1-2), 197-214.

- Borcsa, M. y Pomini, V. (2017). Virtual Relationships and Systemic Practices in the Digital Era. *Contemporary Family Therapy*. 39, 239-248. DOI 10.1007/s10591-017-9446-6
- Bravo, D., Errázuriz, A., Calfucoy, P. y Campos, D. (mayo, 2023). Termómetro de la salud mental en Chile ACHS-UC: Séptima ronda. *Centro UC*. <https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/2023/noticias/achs-176657/Presentacion-TSM-ACHS-UC-R7.pdf>
- Burgoyne, N., y Cohn, A. (2020). Lessons from the transition to relational teletherapy during COVID-19. *Family Process*, (59), 974-988. <https://doi.org/10.1111/famp.12589>
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., y Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. Basic Books.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2005). La terapia sistémica de Milán. En Roizblatt, A. *Terapia familiar y de pareja*. (pp. 224-243). Mediterráneo. [https://www.academia.edu/8269462/Boscolo\\_Luigi\\_Paolo\\_Bertrando\\_Felipe\\_Galvez\\_Sanchez\\_2011\\_La\\_terapia\\_sist%C3%A9mica\\_de\\_Mil%C3%A1n\\_Historiograf%C3%ADa\\_actualizaciones\\_y\\_traducciones\\_En\\_Roizblatt\\_A\\_S\\_Terapia\\_familiar\\_y\\_de\\_pareja\\_Mediterr%C3%A1neo\\_2da\\_Edici%C3%B3n\\_ISBN\\_978\\_956\\_220\\_356\\_2](https://www.academia.edu/8269462/Boscolo_Luigi_Paolo_Bertrando_Felipe_Galvez_Sanchez_2011_La_terapia_sist%C3%A9mica_de_Mil%C3%A1n_Historiograf%C3%ADa_actualizaciones_y_traducciones_En_Roizblatt_A_S_Terapia_familiar_y_de_pareja_Mediterr%C3%A1neo_2da_Edici%C3%B3n_ISBN_978_956_220_356_2)
- Calventus, J. (2008). Una aproximación al análisis de datos cualitativos textuales. *Universidad de Valparaíso* [Documento de trabajo].
- Carter, B. y Mc Goldrick, M. (Eds.) (1999). *The expanded family life cycle. Individual, family and social perspectives* (3era ed.). Allyn and Bacon.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1989). *The family cycle. A framework for family therapy*. Brunner y Mazale.
- Cavas-Hoyos, K. (septiembre, 2020). Eficacia de la Telepsicología en intervenciones del área clínica y de la salud una revisión sistemática de la

literatura. *Revista Iberoamericana de psicología*. 13(3), 03-101.

<https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.13306>

Ceberio, M. y Linares, J. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica*. Paidós Ibérica.

Chen, C., Nehrig, N., Wash, L., Schneider, J., Ashkenazi, S., Cairo, E., Guyton, A.,

& Palfrey, A. (2020). When distance brings us closer: Leveraging

telepsychotherapy to build deeper connection. *Counseling Psychology*

*Quarterly*. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1779031>

Comisión Nacional de Productividad [CNP] (2018). Tecnologías disruptivas:

desafíos, riesgos y oportunidades.

<https://www.comisiondeproductividad.cl/estudios/estudios-finalizadosorigina-dos-por-cnp/tecnologias-disruptivas-desafios-riesgos-y-oportunidades/>

Connelly, F. y Clandinin, D. (2006). Narrative inquiry. En Green, J., Camilli, G. y

Elmore, P. (eds.). *Handbook of complementary methods in education research*. Lawrence Erlbaum.

Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). Código de Ética Profesional.

[http://psicologia.ubiobio.cl/wp-content/uploads/2021/07/CODIGO-DE-ETICA-PROFESIONAL\\_psicologia-VIGENTE.pdf](http://psicologia.ubiobio.cl/wp-content/uploads/2021/07/CODIGO-DE-ETICA-PROFESIONAL_psicologia-VIGENTE.pdf)

Goodman-Deane, J., Mieczakowski, A., Johnson, D., Goldhaber, T., & Clarkson, P.

J. (2016). The impact of communication technologies on life and relationship satisfaction. *Computers in Human Behavior*, (57), 219–229.

<https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.11.053>

Decreto 44 de 2007 [Ministerio de Salud]. Aprueba garantías explícitas en salud

del régimen general de garantías en salud. 31 de enero del 2007.

De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McColum, E. y Berg, I. (2007).

*More than Miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. Haworth.

- De Roten, Y., Darwish, J., Stern, D., Fivaz-Depeursinge, E. y Corboz-Warnery, A. (junio, 1999). Nonverbal communication and alliance in therapy: The body formation coding system. *Journal of Clinical Psychology*. (55), 425–438. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199904\)55:4%3C425::AID-JCLP7%3E3.0.CO%3B2-D](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/(SICI)1097-4679(199904)55:4%3C425::AID-JCLP7%3E3.0.CO%3B2-D)
- Deres-Cohen, K., Dolev-Amit, T., Peysachov, G., Ramseyer, F. T., y Zilcha-Mano, S. (diciembre, 2021). Nonverbal synchrony as a marker of alliance ruptures. *Psychotherapy*, 58(4), 499–509. <https://doi.org/10.1037/pst0000384>
- Díaz, I. (enero-junio, 2012). La investigación en terapia familiar. *EN-CLAVES de pensamiento*, 6(11), 163-196.
- Donoso, T. (2004). Construccinismo Social: Aplicación del Grupo de Discusión en Praxis de Equipo Reflexivo en la Investigación Científica. *Revista de Psicología*, 13(1), 9-20.
- Dowell, N. y Berman, J. (2013). Therapist nonverbal behavior and perceptions of empathy, alliance, and treatment credibility. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 158–165. <https://doi.org/10.1037/a0031421>
- Elliott, J. (2005). *Using narrative in social research: Qualitative and quantitative approaches*. Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9780857020246>
- Escudero, C. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 247-259.
- Faucett, H., Lee, M. y Carter, S. (noviembre, 2017). I Should Listen More: Real-time Sensing and Feedback of Non-Verbal Communication in Video Telehealth. *PACM on Human-Computer Interaction*, 1(44), 1-19. DOI: 10.1145/3134679
- Fernández-Liria, A., Hernández, M, Rodríguezs, B., Benito, T. y Mas, J. (1997). Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental:



resultados de un grupo de consenso. En Fernández, A., Hernández, M, Rodríguez (coords.) *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. <https://www.masterpsicoterapia.com/wp-content/uploads/2014/05/Fernandez-Liria-et-al-1997-Psicoterapias-en-el-sector-p%C3%BAblico-AEN-texto-completo.pdf>

Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. y Montesano, A. (enero, 2016). El Modelo Sistémico Familiar en la Intervención Familiar. *Universitat de Barcelona, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics* 1-53. [https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo\\_Sistemico\\_Enero2016.pdf](https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemico_Enero2016.pdf)

Fernández, A. y Rodríguez, B. (2002). *La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas* (2da ed.) Desclée De Brouwer.

Fondo de las Naciones Unidas para los Niños [UNICEF]. (2012). 4to Estudio de Maltrato Infantil. Dirección de Estudios Sociológicos PUC. [https://biblioteca.unicef.cl/sites/default/files/2022-11/260\\_4to\\_estudio\\_de\\_maltrato\\_infantil\\_2012.pdf](https://biblioteca.unicef.cl/sites/default/files/2022-11/260_4to_estudio_de_maltrato_infantil_2012.pdf)

Fonseca, A. y Osma, J. (2021). Using Information and Communication Technologies (ICT) for Mental Health Prevention and Treatment. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 461. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020461>

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. (2da ed). Morata. <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2013/03/INVESTIGACIONCUALITATIVAFLICK.pdf>

Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Narrative therapy. The social construction of preferred realities*. Norton & Norton.

- Friedlander, M., Escudero, V., y Heatherington, L. (2009), *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Paidós.
- Gere, C. (mayo de 2010). Algunas reflexiones sobre la cultura digital. *Digitum*, (12), 3-7.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266–275.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.3.266>
- Glass, V. y Bickler, A. (2021). Cultivating the Therapeutic Alliance in a Telemental Health Setting. *Contemp Fam Ther*, 43(2), 189-198. doi: [10.1007/s10591-021-09570-0](https://doi.org/10.1007/s10591-021-09570-0)
- Godoy, J., Ríos, C., Venegas, P., López, C., Alvarez, J., Labbé, T., Ramírez, C. y Ríos, J., 2020. Oportunidad en la salud digital: una respuesta al control de las demencias, *Revista Médica de Chile*, 148(7), 1018-1024.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000701018>
- Greenwood, H., Krzyzaniak, N., Peiris, R., Clark, J., Scott, A., Cardona, M., Griffith, R. y Glasziou P. (marzo, 2022). Telehealth Versus Face-to-face Psychotherapy for Less Common Mental Health Conditions: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *JMIR Ment Health*. 9(3) doi: [10.2196/31780](https://doi.org/10.2196/31780)
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu.
- Heidegger, M. (1997). La pregunta por la técnica. En Heidegger, M. (ed.) *Filosofía, Ciencia y Técnica*. (pp.111-149). Editorial Universitaria.  
[https://monoskop.org/images/c/c9/Heidegger\\_Martin\\_1997\\_La\\_pregunta\\_por\\_la\\_tecnica.pdf](https://monoskop.org/images/c/c9/Heidegger_Martin_1997_La_pregunta_por_la_tecnica.pdf)
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). McGraw-Hill.

- Hertlein, K., y Webster, M. (2008). Technology, relationships, and problems: A research synthesis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(4), 445-460. doi: 10.1111/j.1752-0606.2008.00087.x.
- Hertlein, K., Lambert-Shute, J., y Piercy, F. (2009). The journal reading habits of practicing MFTs. *Journal of Family Psychotherapy*, 20, 28-45. <https://doi.org/10.1080/08975350802716483>
- Hertlein, K. (2012). Digital Dwelling: Technology in Couple and Family Relationships. *Family Relations*, 61(3), 374-387. doi:10.1111/j.1741-3729.2012.00702.x
- Hirsch, H. y Durau, M. (2020). *Psicoterapia Online: qué es y cómo se practica* (1a ed). Centro Privado de Psicoterapias.
- Hui, Y. (2021). Sobre Cosmotécnica: Una nueva relación entre tecnología y naturaleza en el antropoceno. *Cosmotheoros*, 1(1), 113-136.
- Ilmiatun, N., Astri, N., y Syafitri, M. (mayo, 2021). Effectiveness of Online Psychotherapy in Managing Mental Health Problems During The Covid-19 Pandemic: A Systematic Review. DOI:10.30994/SJIK.V10I1.758
- Schönsteiner, J. (ed). (2022). Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile (1a ed). *Centro de Derechos Humanos UDP*. [https://derechoshumanos.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2022/11/DDHH2022\\_MG4.pdf](https://derechoshumanos.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2022/11/DDHH2022_MG4.pdf)
- Isaacs, E. y Tang, J. (agosto, 1994). What Video Can and Cannot Do For Collaboration: A Case Study. *Multimedia Systems*, 2(2), 63-73. DOI:[10.1007/BF01274181](https://doi.org/10.1007/BF01274181)
- Izcarra, S. (2014). *Manual de investigación cualitativa*. (1 ed). Fontamara.

- Jutorán, S. (abril, 1994) El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas. *Revista sistemas familiares*, 10(1), 9-27.
- Korochentseva, A. (2022). Features of non-verbal communication in the process of online counseling and distance learning. *E3S web of conferences*, 363,. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202236304024>
- Llinás-Delgado, A., Alcocer-Olaciregui, A. y Vargas-Moranth, R. (2023). Telemedicina: revolucionando la prestación de la atención médica en la era digital. *Transdigital*, 4(8), 1-13. <https://doi.org/10.56162/transdigital259>
- Livings, J. (agosto, 2013). A content analysis of eighteen scholarly journals: what has been written about online family therapy?. *ProQuest LLC*. <https://twu-ir.tdl.org/server/api/core/bitstreams/c44f38a2-12cf-4a2d-a50f-b0c3b911bd1e/content>
- López-Santin, J. y Álvaro, P. (julio, 2018). La salud mental digital. Una aproximación desde la ética. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 38(134), 359-379. doi: 10.4321/S0211-57352018000200002
- Lipchik, E. y De Shazer, S. (1986). "The purposeful interview". *Journal of Strategic & Systemic Therapies*, (5), 88-99.
- Lurie, N. y Carr, B., (2018). The role of telehealth in the medical response to disasters. *JAMA Internal Medicine*, 178(6), 745-746. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.1314>
- Lutz, L y Spell, S. (2009). Reflections of the two trainees: person of the therapist training for marriage and family therapists. *Journal of Marital and Family therapy*, 35(4), 370-80. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2009.00126.x

Mateu, R. (2001). *El lugar del silencio en el proceso de comunicación*. Universitat de Lleida.

McNamee, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Paidós.

Minuchin, S. (2004). Un modelo familiar. En Minuchin, S. *Familias y Terapia Familiar*. (pp. 78-107). Gedisa.  
[https://www.academia.edu/31849577/Minuchin\\_Salvador\\_Familias\\_Y\\_Terapia\\_Familiar\\_PDF](https://www.academia.edu/31849577/Minuchin_Salvador_Familias_Y_Terapia_Familiar_PDF)

Mergenthaler, I. y Stinson, C. (1992). Psychotherapy Transcription Standards. *Psychotherapy Research*, (2)2, 125-142, DOI: 10.1080/10503309212331332904

Madsen, W. (2007). *Collaborative therapy with multi-stressed families* (2nd ed.). Guilford Press.

Madsen, W. (marzo, 2009) Collaborative helping: a practice framework for family-centered services. *Fam Process*, 48(1), 103-116. doi: 10.1111/j.1545-5300.2009.01270.x. PMID: 19378648.

Maturana, H. y Varela, F. (2003). *El Árbol del Conocimiento. Las Bases Biológicas del Entendimiento Humano*. (1a ed). Lumen.

Ministerio de Salud [Minsal] (2017). Plan Nacional de Salud Mental. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

Ministerio de Salud de Chile [Minsal] (enero, 2018). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda Entrega de Resultados. [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS\\_MINSAL\\_31\\_01\\_2018.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf)

Ministerio de Salud [Minsal] (mayo, 2021). Plan de acción de Salud Mental 2019-2025. Disponible en:

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/Plan-de-Acci%C3%B3n-Salud-Mental-2019-2025.pdf>

Ministerio de Salud [Minsal] (septiembre, 2022). Listado de prestaciones-GES. <https://www.minsal.cl/listado-de-prestaciones-ges/>

Minuchin, S. y Fischman, C. (1984). *Técnicas de terapia familiar* (1a ed). Paidós Ibérica.

Moreno, A. (Ed.) (2015). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y Herramientas de intervención* (2a ed). Desclée De Brower.

Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy?*. Dulwich Centre Publications.

Nichols, M. y Schwartz, R. (1998). *Family therapy: Concepts and methods* (4ta ed.). Allyn y Bacon.

Organización de los Estados Americanos (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas. Comisión interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).

<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/noticias/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (junio, 2022). Trastornos mentales. *Who*. Recuperado el 9 de noviembre del 2023 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2023). Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud

Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud. OPS.  
<https://doi.org/10.37774/9789275327265>.

Ortiz, D. (2008). *La Terapia Familiar Sistémica* (1a ed). Abya-Yala.

Observatorio de Salud Mental en Chile (junio, 2024). Resultados Estudio de Salud Mental en Chile. *Observatorio de Salud Mental*.  
<https://img1.wsimg.com/blobby/go/c79287c5-23b7-4837-9ed1-22fbfc08289d/An%C3%A1lisis%20Metodol%C3%B3gico%20Resultados%20Estudio%20Junio.pdf>

Papp, P. (1994). *El proceso del cambio*. Paidós Ibérica.

Payne, L., Flannery, H., Kambakara Gedara, C., Daniilidi, X., Hitchcock, M., Lambert, D., Taylor, C., & Christie, D. (2020). Business as usual? Psychological support at a distance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(3), 672-686. <https://doi.org/10.1177/1359104520937378>

Pérez, C. y Mercadal, J. (mayo, 2017). La eficacia de la terapia familiar: una revisión. *La Revue du REDIF*, (9), 34-45.

Población, P. y López, E. (1991). La escultura en terapia familiar. *Vínculos*, (3) 79-98.

Población, P. (2010). *Manual de psicodrama diádico*. (1era ed). Descleé de Brower.

Poppas, A., Rumsfeld, J. y Wessler, J., (febrero, 2020). Telehealth is having a moment: Will it last?. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(23), 1989-2991. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.05.002>

Ramírez, J. (2021). *Lo sublime: un concepto clave para analizar la evolución de la sensibilidad contemporánea*. [Tesis de pregrado]

<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/186078/Lo-sublime.pdf?sequence=1>

Reupert, A. (abril, 2008). Transdisciplinary Study of the Therapist's self. *European Journal of Psychotherapy and Counseling*, 10(4), 369-83. <https://doi.org/10.1080/13642530802577125>

Ritterband, L. y Tate, D. (agosto, 2009). The science of Internet interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 1-3. DOI: 10.1007/s12160-009-9132-5

Rizo, M. (enero, 2009). Intersubjetividad y comunicación intercultural. Reflexiones desde la sociología fenomenológica como fuente científica histórica de la comunicología. *Perspectivas de la comunicación*, 2(2), 45–53.

Rizo, M. (2011). Reseña de "Teoría de la comunicación humana" de Paul Watzlawick. *Razón y Palabra*, (75).

Riverón, G. (noviembre, 2016). La cultura digital en la sociedad moderna. *RITI Journal*, 4(8), 1-6.

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Cuiculco*, 18(52), 39-49.

Rojero, C. (1986). "Hacia un Programa de Salud Mental Comunitario: aspectos de un modelo sistémico de organización e intervención clínica". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6(18), 438-453.

Rojas-Jara, C., Polanco-Carrasco, R., Caycho-Rodríguez, T., Muñoz-Vega, C., Muñoz-Marabolí, M., Luna-Gómez, T. y Muñoz-Torres, M. (mayo-agosto, 2022). Telepsicología para psicoterapeutas: lecciones aprendidas en tiempos del Covid-19. *Revista Interamericana de psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 56(22). DOI: <https://doi.org/10.30849/ripijp.v56i2.1733>

Ruiz, J. (2012). *Metodología de la Investigación cualitativa* (5a ed). Deusto.



- Salazar, M., Nestler, S., Hansmeier, J., Glombiewski, J., y Exner, C. (noviembre, 2020). Mimicry in psychotherapy - an actor partner model of therapists' and patients' non-verbal behavior and its effects on the working alliance. *Psychotherapy Research*, 31(6), 752–764. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1849849>
- Scherer, M. y Rogers, R. (julio, 1980). Effects of therapist's nonverbal communication on rated skill and effectiveness. *Journal of clinical psychology*, 36(3), 696-700. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198007\)36:3<696::AID-JCLP2270360315>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198007)36:3<696::AID-JCLP2270360315>3.0.CO;2-9)
- Selvini Palazzoli, M. (1985). ¿Qué es la terapia del contexto?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (5), 15-22.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (marzo, 1980). Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three Guidelines for de Conduction of the Session. *Family Process*, 19(1), 3-12. DOI:10.1111/J.1545-5300.1980.00003.X
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2020). Lineamientos y recomendaciones sobre trabajo remoto. Departamento de Protección de Derechos. <https://cdn.sis.mejorninez.cl/pdf/cd/instructivos/Lineamientos%20Trabajo%20Remoto%20Aporte%20Supervisi%C3%B3n.pdf>
- Simondon, G. (2007). *El modo de existencia de los objetos técnicos* (1a ed). Prometeo.
- Smith, W., Atala, A., Terlecki, R., Kelly, E. y Matthews, C. (agosto, 2020). Implementation Guide for Rapid Integration of an Outpatient Telemedicine Program During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American College of Surgeons*, 213(2), 216-222. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.030>

Spijkerman, M., Pots, W. y Bohlmeijer, E. (abril, 2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomized controlled trials. *ELSEVIER*. (45)102-114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>

Stiegler, B. (1994). *La Técnica y el Tiempo*. (1a ed). Galilée.

Stoll, J., Müller, J. A., & Trachsel, M. (febrero, 2020). Ethical issues in online psychotherapy: A narrative review. *Frontiers in psychiatry*, 10(993), 1-16. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00993

Subsecretaría de la Prevención del el Delito (2020). IV Encuesta de violencia contra la Mujer en el Ámbito de Violencia Intrafamiliar y en Otros Espacios (ENVIF-VCM) Resultados País. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. [https://eol.uchile.cl/assets/courseware/v1/96612bc7ce05a8915e32ca2b73c654f6/asset-v1:eol+MED-GO+2021\\_1+type@asset+block/Presentacio\\_n\\_de\\_Resultados\\_IV\\_ENVIF-VCM.pdf](https://eol.uchile.cl/assets/courseware/v1/96612bc7ce05a8915e32ca2b73c654f6/asset-v1:eol+MED-GO+2021_1+type@asset+block/Presentacio_n_de_Resultados_IV_ENVIF-VCM.pdf)

Subsecretaría de Telecomunicaciones [SUBTEL] (junio, 2022). Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones. Especial Análisis Nueva Tecnología 5G en Internet Móvil y crecimiento Tecnología Fibra en Internet Fija. [https://www.subtel.gob.cl/wp-content/uploads/2022/07/PPT\\_Series\\_ABRIL\\_2022\\_V2.pdf](https://www.subtel.gob.cl/wp-content/uploads/2022/07/PPT_Series_ABRIL_2022_V2.pdf)

Subsecretaría de Redes Asistenciales [SRA] (s.f.). Orientaciones para la implementación del modelo de atención de salud familiar y comunitaria. Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

Subsecretaría de Redes Asistenciales [SRA] (2018). Programa Nacional de Telesalud. Ministerio de Salud.

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/Documento-Borrador-PROGRAMA-NACIONAL-DE-TELESALUD-para-consulta-p%C3%BAblica.pdf>

Subsecretaría de Redes Asistenciales [SRA] (2022). Informe Final Programa Hospital Digital. Ministerio de Salud. [https://www.dipres.gob.cl/597/articles-285478\\_informe\\_final.pdf](https://www.dipres.gob.cl/597/articles-285478_informe_final.pdf)

Subsecretaría de Redes Asistenciales [SRA] (2021). Orientaciones técnicas para el desarrollo e implementación de la atención a distancia 2021. Ministerio de Salud. [https://portalsaluddigital.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/04/2021\\_08\\_31-ORIENTACIONES-TECNICAS-PARA-EL-DESARROLLO-E-IMPLEMENTACION-DE-LA-ATENCION-A-DISTANCIA-2021.pdf](https://portalsaluddigital.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/04/2021_08_31-ORIENTACIONES-TECNICAS-PARA-EL-DESARROLLO-E-IMPLEMENTACION-DE-LA-ATENCION-A-DISTANCIA-2021.pdf)

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós Básica.

Uzelac, A. (mayo, 2010). La cultura digital, un paradigma convergente donde se unen la tecnología y la cultura: desafíos para el sector cultural. *Digithum*, (12), 28-35.

Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., y Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services*, 16(4), 621–635.

Vicente, B., Saldivia, S., & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*, 22(1), 51-61. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>

Villarreal-Zegarra, D. y Paz-Jesus, A. (2015). Terapia familiar sistémica: una aproximación a la teoría y a la práctica clínica. *Interacciones*. 1(1) 45-55.

- Von Foerster, H. (1996). *“Las semillas de la Cibernética”*. Gedisa.
- Von Foerster, H. (1984). *Observing Systems*. (2nd ed). Intersystems Publications.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Herder.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- White M. (2002). *El Enfoque Narrativo en la experiencia de los Terapeutas*. Gedisa.
- Wiener, N. (1985). *Cibernética o el control y comunicación en animales y máquinas*. Tusquets.
- Xu, S. y Connelly, M. (2010). Narrative inquiry for school-based research. *Narrative Inquiry*, 20 (2) 349-370. <https://doi.org/10.1075/ni.20.2.06xu>

## **ANEXOS**

Anexo 1.

Documento pdf enviado en anexo: "CONSENTIMIENTOS INFORMADOS"

Anexo 2.

Documento pdf enviado en anexo: "TRANSCRIPCIONES ENTREVISTAS"

Anexo 3.

Documento pdf enviado en anexo: "CONSENTIMIENTO INFORMADO TIPO"

Anexo 4.

Documento pdf enviado en anexo: "PAUTA ENTREVISTA"