



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Bases conceptuales para un protocolo de atención virtual desde el enfoque integrativo relacional

Mónica Alejandra Sierra Riveros

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de ciencias humanas, Departamento de psicología.
Bogotá, Colombia
2019

Bases conceptuales para un protocolo de atención virtual desde el enfoque integrativo relacional

Mónica Alejandra Sierra Riveros

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título parcial de:

Magister en psicología

Director:

Ps., M.A. Emilio Meluk Castro

Línea de investigación:

Plan de estudio de profundización - Psicología Clínica

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de ciencias humanas, Departamento de psicología.

Bogotá, Colombia

2019

A mi familia, a Ayda y a mis consultantes, quienes han sido mis Maestros.

Gracias infinitas.

Resumen

El desarrollo tecnológico actual promueve nuevas formas de hacer psicoterapia y las intervenciones basadas en internet, se convierten en un medio para favorecer el alcance de la psicoterapia a través de métodos terapéuticos innovadores. En esta propuesta se explican los fundamentos teóricos de la intervención terapéutica virtual desde el enfoque integrativo relacional; con base en la búsqueda sistemática de artículos especializados, se mencionan las definiciones básicas de este tipo de intervención, las metodologías más eficaces y sus efectos en la relación terapéutica. Se proponen las bases conceptuales para un protocolo de atención virtual como una herramienta de innovación para los procesos terapéuticos, dentro del marco ético y legal en el que se desenvuelve el contenido online que promueve salud y bienestar en Colombia.

Palabras Clave: Terapias virtuales, intervenciones online, psicoterapia y tecnología, enfoque integrativo relacional, promoción de salud mental, contenido terapéutico virtual.

Abstract

Current technological development promotes new ways of doing psychotherapy and internet-based interventions have improved the reach of psychotherapy through innovative therapeutic methods. This document explains the theoretical foundations of Internet-based practices from an integrative relational psychotherapy approach; starting by the basic characteristics, the most effective methodologies and their effects on the therapeutic relationship, based on a systematic review of specialized documents. This is a proposal of the conceptual bases for a virtual attention protocol, as an innovation tool for the psychotherapeutic processes, within Colombian's ethical and legal framework for online content that promotes mental health and wellbeing.

Keywords: Virtual therapies, online interventions, psychotherapy and technology, integrative relational approach, mental health promotion, virtual therapeutic content.

Tabla de contenidos

	Pag.
Resumen.....	IV
Introducción.....	1
1. Capítulo 1 - Marco Teórico.....	5
2. Capítulo 2 - Planteamiento del problema.....	17
2.1. Propuesta de desarrollo.....	19
2.1.1. Descripción del servicio terapéutico virtual.....	19
2.1.2. El terapeuta Virtual.....	22
2.1.3. Los consultantes.....	24
2.1.4. El Enfoque y la relación terapéutica.....	26
2.1.5. La confidencialidad.....	31
2.2. Ámbitos de aplicación.....	32
2.2.1. Terapia individual con adulto.....	32
2.2.2. Terapia individual con niños y adolescentes.....	34
2.2.3. Terapia de pareja y familia.....	34
2.2.4. Terapia Grupal.....	36
2.3. Metodologías.....	36
2.3.1. Modalidades de terapia virtual.....	39
2.3.2. Proceso de evaluación.....	42
2.3.3. Algunas estrategias de intervención.....	43
2.3.4. Seguimiento e intervenciones en crisis.....	44
2.4. Indicadores de cambio.....	45
2.5. Normatividad.....	47
3. Capítulo 3- Propuesta de implementación.....	50
3.1. Sugerencias metodológicas.....	50
3.2. Diseño general de pilotaje.....	51
4. Capítulo 4 - Consideraciones finales.....	52
Referencias.....	54

Introducción

El desarrollo tecnológico con el que contamos hoy en día, nos ha permitido ampliar las experiencias humanas hacia nuevos horizontes. Las conexiones remotas a través de equipos electrónicos como teléfonos celulares, computadores, tabletas digitales, televisores y otros dispositivos con pantallas de alta definición y sonidos envolventes, permiten que las experiencias de contacto virtual entre personas que están separadas por grandes distancias físicas, sean tan *realistas* que se experimente una especie de “cercanía” con el otro, a pesar de tener varios kilómetros entre ellos.

Las *tecnologías de información y comunicación* (TICS) son el “conjunto de recursos, herramientas, equipos, programas, aplicaciones, redes y medios, que permiten la compilación, transmisión, acceso y tratamiento de la información (por voz, datos, texto, video e imágenes) a través de canales microelectrónicos de comunicación o herramientas de tipo tecnológico” (Art. 6 Ley 1341, MinTic, 2018). En el marco de la prevención y promoción de la salud mental en el mundo, estas tecnologías han catapultado el uso de diferentes herramientas de telecomunicación en contextos que anteriormente no se hubieran considerado. La *telemedicina*, por ejemplo, es un campo reciente de estudio en el que se involucra el uso de las TICS por parte de los profesionales de la salud en diferentes actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la salud de las personas; dichas actividades se realizan a distancia y tienen el propósito inicial de facilitar el acceso de la población geográficamente aislada a este tipo de servicios (Rueda, 2007). En el ámbito de la salud mental, se utiliza el término de *psicoteologías* para referirse a la implementación y diseño de herramientas tecnológicas para promover el cuidado de la salud mental, por medio de dispositivos de videofeedback, softwares, aplicaciones y plataformas virtuales con fines terapéuticos (Maheu, Pulier, Whilhelm, McMEnamin & Brown-Conolly, 2005).

Este documento se centrará en la definición y bases conceptuales de la *psicoterapia virtual* o también denominada *e-therapy*, *terapia online* o *cyberterapia* (se emplean estos términos de forma indiferenciada), conocida como una forma de intervención mediada por el uso de herramientas de la telecomunicación en el proceso terapéutico (NBCC en Huges 2000, Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapia, 2008; Baker & Ray, 2011; APA, 2013; Cherry, 2018), las cuales permiten efectuar el proceso terapéutico, por medio de video llamadas, emails, mensajería virtual, el diseño y desarrollo de programas de atención a través de canales virtuales, plataformas especializadas, asesorías online y aplicaciones especiales

para ciertos tipos de diagnósticos (Stasiak & Merry, 2013; Bitencourt, Braga, Trelles, Bassols, Sfoggia, Kowacs, Valle, Benetti, Bento, Stella, Pigatto & Laks, 2016). Cabe señalar que este es un concepto relativamente reciente que emerge dentro de un tema de investigación bastante novedoso, por lo cual no se ha establecido hasta el momento, una definición estandarizada.

En Colombia, se han realizado algunos avances sobre la exploración formal del efecto de las telecomunicaciones en la psicoterapia, sin embargo son pocas las publicaciones que se encuentran al respecto. De hecho, este campo de acción es casi más reciente que la creación del Ministerio Colombiano de Tecnologías de la información y de las comunicaciones, el cual fue fundado hace 10 años como organismo encargado de conceptualizar y regular el uso general de las TICS a través de diferentes normativas. Hasta este momento en nuestro país, las TICS se contemplan principalmente como un medio para aumentar la competitividad de las y los colombianos ante las demandas sociales actuales, ya que se consideran como unas herramientas de apoyo en la ejecución de medidas nacionales para superar la pobreza y otras problemáticas de diferentes las poblaciones, sectores y territorios, a través de la interconexión y el intercambio inmediato de la información (MinTIC, 2018).

En el Plan Nacional de Desarrollo de 2018, se considera como un derecho constitucional tener acceso a la información y a la comunicación que permita el intercambio de ideas u opiniones para aportar al crecimiento mutuo y a la prosperidad social (UIT, 2018), por lo tanto, el acceso a la comunicación a través de los medios virtuales, se reconoce como un derecho instrumental que puede garantizar el cumplimiento de otros derechos fundamentales (MinTic, 2018), tales como el derecho a la Salud Mental. Es en este ámbito que las terapias virtuales se pueden considerar como una herramienta para promover la calidad de vida de las y los colombianos, a través del despliegue de la tecnología para que las personas que acceden a estos servicios, puedan potenciar sus recursos cognitivos, emocionales y mentales en la vida cotidiana, al igual que el establecimiento de relaciones significativas que contribuyan a la comunidad (Ley 1616 de 2013, Ministerio de Salud del Congreso de Colombia).

Con el propósito de contribuir para la innovación de nuestro ejercicio terapéutico y mejorar la calidad de vida de consultantes y terapeutas en el ejercicio de nuestra profesión; en este documento se describe la relación entre el desarrollo tecnológico actual en las telecomunicaciones y sus efectos en las nuevas formas de hacer intervenciones terapéuticas. La propuesta de este trabajo de grado parte de la necesidad de revisar los

fundamentos conceptuales de la *ciberterapia* desde el enfoque integrativo relacional y examinar sus alcances y limitaciones que puede tener al ponerse en práctica. Se pretende contribuir con las bases conceptuales básicas para un posterior desarrollo de protocolos y mecanismos efectivos para una intervención virtual u otros servicios *online*, con las particularidades de nuestro enfoque.

Una de las motivaciones principales de este trabajo, es responder a los posibles cuestionamientos que surgen de las y los terapeutas que incursionan en la atención terapéutica virtual en Colombia. Es conocido que varios de ellos se enfrentan a la experiencia -no sistemática- de hacer psicoterapia por medio de sesiones virtuales, generalmente con inmigrantes colombianos en países de culturas muy diferentes, quienes buscan terapeutas que entiendan su idiosincrasia y que de alguna manera los “conecte” con su país de origen, sucede algo similar con los consultantes cuyas situaciones laborales y personales les implica desplazarse a nivel nacional y solicitan continuar con el proceso terapéutico, preferiblemente con el mismo terapeuta.

Introducir este tipo de temáticas al enfoque integrativo relacional, resulta de gran importancia ya que es válido cuestionarse sobre las implicaciones que tienen este tipo de atención en la relación terapéutica, teniendo en cuenta la diversidad de métodos de conexión para prestar este servicio y las limitaciones que presenta cada uno. Las y los terapeutas virtuales, se enfrentan retos como realizar lecturas adecuadas de los estados emocionales de los consultantes y la ausencia de claves no verbales en la interacción, los cambios en la zona horaria, las imágenes congeladas o errores de conexión que interrumpen las sesiones, los cierres, el manejo de las crisis, entre otros.

Es necesario cuestionarse la calidad del servicio que se ofrece a través de estas metodologías, debido al vacío técnico, metodológico y ético en el que se encuentra. Este documento responde al reto de indagar sobre los parámetros básicos que garanticen un servicio terapéutico de alta calidad a través de una modalidad virtual para nuestro enfoque. Por lo tanto, el propósito de este trabajo es identificar las bases teóricas sobre las que se sedimenta la terapia virtual y de esta manera realizar unas recomendaciones conceptuales para el futuro diseño de un protocolo de atención online dentro de nuestro enfoque terapéutico particular. Para ello, se realizó una revisión de literatura especializada mediante una búsqueda sistemática de artículos especializados con el fin de caracterizar los principios conceptuales, éticos y metodológicos de la psicoterapia virtual, necesarios para el diseño de una propuesta de implementación.

El documento se compone de cuatro capítulos en los cuales se realiza un recorrido por los temas generales que se deben considerar para el cumplimiento del objetivo propuesto. En el primer capítulo se presenta un estado del arte del tema de las terapias virtuales desde sus inicios, las transformaciones principales a las cuales se ha sometido esta modalidad terapéutica y el estado actual de la misma. Se tienen en cuenta los diferentes enfoques teóricos desde los que se ha abordado la terapia online.

En el segundo capítulo se realiza una descripción introductoria de los elementos conceptuales más relevantes para el futuro diseño e implementación de un protocolo de atención virtual. El capítulo se compone de una sección con las definiciones principales de lo que se entiende por terapia virtual, las características de un terapeuta que decide incursionar en esta modalidad de atención, los perfiles generales de los consultantes que acceden a estos servicios y el enfoque integrativo relacional en este ámbito. Se incluyen también algunas áreas de implementación y las metodologías de intervención más utilizadas hasta el momento. Se finaliza este capítulo con la descripción de los principales indicadores de cambio terapéutico y la normativa actual en contextos internacionales y nacionales para un ejercicio ético adecuado en esta modalidad de intervención clínica.

En el tercer capítulo se hace un planteamiento global de la propuesta del protocolo de atención virtual que se puede diseñar utilizando como base teórica la información desarrollada a lo largo de este trabajo. Finalmente se incluyen unas consideraciones finales que recopilan algunas reflexiones personales de la autora frente a la temática principal del documento.

Se considera que este trabajo es un material introductorio a este tipo de investigaciones que requieren de una actualización constante en las bases de datos consultadas, debido a la vertiginosa cantidad de información que se produce en torno al desarrollo tecnológico actual y su uso en la mejoría de la calidad de vida humana.

Capítulo 1 - Marco Teórico

1.1. Antecedentes

Históricamente, en el siglo XIX era una práctica común intercambiar correspondencia entre consultantes y terapeutas como una forma de monitorear los avances del proceso terapéutico o reportar cualquier novedad -como recaídas en crisis o mejoras- (Cherry, 2018). Esta forma de comunicación a larga distancia, ejemplifica lo que hoy en día es posible gracias a la incorporación de las tecnologías de información y comunicación en los tratamientos psicológicos. Desde 1940 las telecomunicaciones tomaron un papel significativo en las diferentes intervenciones e investigaciones psicológicas, iniciando con el uso del teléfono como una forma económica y eficaz, en términos de cobertura, para intercambiar información clínica relevante de un lugar a otro a través de un medio de comunicación inmediato, que además permitía la reducción de costos y podía garantizar el anonimato (Minghelli & Gomes, 2014).

Años más tarde, hacia 1960 y 1980, el avance tecnológico permitió que se introdujera el diseño de programas de inteligencia artificial como alternativas a la psicoterapia tradicional. Pioneros como Joseph Weizenbaum (en Maheu et al, 2005) crearon uno de los primeros softwares como *complemento* terapéutico llamado ELIZA, el cual procesaba el lenguaje natural de forma escrita y daba respuestas a los usuarios que eran coherentes, basadas en reglas de concordancia y patrones de interacción verbales entre humanos. Este tipo de servicios, eran populares como mecanismos de apoyo para personas que deseaban realizar “consultas” básicas sobre la toma de decisiones y algunas afectaciones emocionales simples (Stasiak & Merry, 2013). Aparentemente, este programa daba la *sensación* a los usuarios de ser atendido por un interlocutor humano que mostraba empatía en sus respuestas; no obstante, este sistema de terapia tenía una gran limitante al enfrentarse a elementos de alta complejidad como las singularidades de los usuarios, los diagnósticos complejos, la ambigüedad de algunas expresiones, las contradicciones, la idiosincrasia o cultura de los usuarios y las connotaciones emocionales implícitas (Murphy

y Padekc, 1988; en Maheu et al 2005) que surgen normalmente en el proceso terapéutico y que en una sesión presencial son analizadas en colaboración con el terapeuta.

Otro software bastante popular, se denominó PLATODCS y fue diseñado como un programa de atención virtual que ayudaba a los clientes a resolver algunos problemas emocionales y ayudaba a los terapeutas a sistematizar las formulaciones de los motivos de consulta de los clientes de una forma sistemática. La primicia de este programa era generar a una solución desde un enfoque cognitivo conductual que podía consultarse desde la comodidad de la casa para patologías que se podían considerar sencillas; como problemas adaptativos, dificultades de ajuste en el ciclo vital, algunos problemas emocionales y problemas de ansiedad. Esta iniciativa tuvo resultados positivos al mostrar una reducción general de los síntomas que habían sido reportados al inicio del tratamiento. (Waagman, 1988; en Maheu, 2005).

En 1989 internet se consolidaba como esa red informática que conectaba de manera simultánea a miles de personas alrededor de mundo en el ciberespacio y esto dio cabida para la creación de foros virtuales en los cuales se podía compartir o discutir información sobre ciertos diagnósticos clínicos; rápidamente surgieron las comunidades virtuales conformadas por usuarios con problemáticas emocionales similares y operaban como grupos de apoyo virtual (Cherry 2018). Estas tendencias captaron la atención de algunos investigadores que buscaban comprender qué efecto tenía en la salud mental de los participantes, interactuar a través de estas comunidades virtuales; querían comprender cuál era la asociación entre la apertura emocional que se da en la escritura terapéutica y el intercambio virtual de este material con personas con las que no se encontraban cara a cara. Se encontró que para consultantes con trastorno de estrés postraumático (Lange en Wright, 2002) elaborar escritos sobre las vivencias significativas y compartirlos periódicamente en estas plataformas, tenía efectos emocionales positivos en el tratamiento.

Aunque la escritura como herramienta terapéutica no es novedosa, pues ya desde los años 50's se usaban los cuadernos de auto reporte como mecanismos de autoayuda (Progoff, 1975 en Wright, 2002), Pennebaker (1980 en Wright, 2002) halló que escribir y tener la posibilidad de compartir desde el anonimato este material con otras personas que tenían el mismo problema o compartirlo con el terapeuta, ayudaba a procesar y resignificar los eventos traumáticos a un ritmo diferente, sin presiones y acorde al consultante. De hecho, se observó que el anonimato servía como mecanismo protector que facilitaba la apertura emocional de los participantes. La conexión entre la escritura terapéutica y las

plataformas virtuales, sustentó el desarrollo posterior de la psicoterapia por medio de correos electrónicos.

En paralelo, hacia los años 90's el fenómeno de las "biblioterapias" *complementó* la labor terapéutica que se desarrollaba a distancia, con la producción de materiales de autoayuda y de programas de computadora que incluían entrenamientos terapéuticos para problemáticas específicas que se componían de diferentes módulos y daban una sensación de avance en el proceso en la parte que se llevaba de manera autónoma. El crecimiento exponencial de estos materiales, sitios web, plataformas o comunidades virtuales de terapia virtual, condujo a que en 1997 se creara la Sociedad Internacional de Salud Mental Online (*ISMHO* por sus siglas en inglés) para promover la comprensión, uso adecuado y desarrollo de la comunicación online, de la información y tecnología al servicio de la comunidad internacional de salud mental (ISMHO, 2019) y que se trabajara para diferenciar los materiales virtuales con efecto terapéutico como los softwares de autoayuda, de las psicoterapias online propiamente dichas.

1.2. La terapia virtual

Es importante aclarar que, en este documento se va a entender la *psicoterapia* como el tratamiento de aspectos emocionales, cognitivos, relacionales e interpersonales del consultante (Wachtel, Kruk, Mckinney, 2005), que le provocan malestar psicológico y le impiden desarrollar todo su potencial personal para desenvolverse de una forma adecuada en sus diferentes áreas de desarrollo (Rogers, 1959 en TEngland, 2009). La psicoterapia desde el enfoque integrativo relacional, se basa en la relación terapéutica que se consolida entre el consultante y el psicólogo, se emplea el diálogo como forma principal de trabajo y su objetivo principal -entre otros- es promover el cambio en el consultante en sus patrones interpersonales (TEngland, 2009; Wachtel et al, 2005) y promover el conocimiento de sí mismo para generar un bienestar subjetivo en la persona (Robertson, Rushton & Wurn, 2008),

Al transpolar el ejercicio psicoterapéutico al mundo virtual, nos damos cuenta que en la actualidad, el alcance de la teleterapia es casi tan amplio como el desarrollo tecnológico en áreas de telecomunicación y desarrollo de programas o aplicaciones especializadas. Debido a esto, es necesario hacer una distinción entre los conceptos de

“intervenciones basadas en internet” y “la psicoterapia virtual” de acuerdo al uso de las TICS en cada uno de estos contextos.

Las intervenciones terapéuticas basadas en internet, hacen referencia a programas de terapia, con o sin la participación directa del terapeuta que se realizan por medio de cds, dvds, videos, aplicaciones, videofeedback y plataformas de realidad virtual (por ejemplo “fear fighter” que es un simulador virtual para combatir fobias específicas (Minghelli et al, 2014; Sfoggia, et al 2014). El material terapéutico virtual, se emplea generalmente para promocionar salud, prevenir recaídas o crisis, reducir los síntomas de algunos diagnósticos e impedir el desarrollo de algunos trastornos mentales más severos. Estas herramientas deben ser claras, no solo en la forma en la que se presenta la información, sino en su contenido e interacción con los usuarios, especialmente cuando son de tipo interventivo e incluyen instrucciones progresivas en audio o video, elementos para el auto monitoreo y simuladores de entrenamiento social, entre otros (Proudfoot, 2011; Minghelli et al, 2014).

El uso del material terapéutico virtual permite a los consultantes y a sus cuidadores o red de apoyo, aprender acerca de sus diagnósticos y de sus procesos (Maheu, et al, 2005) ya que son herramientas auxiliares en el tratamiento terapéutico que incluyen elementos de psicoeducación (Roesler, 2017). Si bien, el uso de estas *psicotecnologías* resulta como un excelente paliativo para los consultantes (Minghelli et al, 2014) especialmente cuando están en listas de espera para iniciar sus tratamientos, las intervenciones basadas en internet no son equiparables a la psicoterapia virtual. Mientras, la *e-therapy* involucra la comunicación virtual entre un cliente y un terapeuta, la producción del materiales virtuales se basa en la noción de *autoayuda*; la cual se define como el uso individual de material terapéutico -como webs, plataformas asistenciales, videos, intervenciones psicoeducativas, entre otras- para que la persona misma, cambie sus situaciones o condiciones de malestar personal (Barak et al. 2008).

La terapia virtual, conocida también como terapia web, terapia online, e-therapy o cyberterapia (estos términos se utilizan de manera indiscriminada como se mencionó en la introducción del documento); es la terapia realizada por un profesional de salud mental por medio de email, mensajería instantánea, audio, teleconferencia, Skype u otras tecnologías de conexión virtual, a uno o varios consultantes que también emplean este tipo de tecnologías -sin excluir los encuentros presenciales- para desarrollar un proceso terapéutico (Proudfoot, 2011 en Minghelli, et al 2014). Se dice terapia “*en línea*” como referencia a estar en conexión simultánea con otra persona mediante una comunicación electrónica (Maheu, et al 2005). Sin embargo, algunos autores señalan que se debe

considerar que algunos elementos mediáticos en la comunicación entre el terapeuta y el consultante pueden verse alterados (Mallen, Jenkins, Vogel y Day (2010), por ejemplo, por varias distorsiones sensoriales que producen los aparatos electromagnéticos, ya sea en la proxemia o cercanía con el otro, en la imagen que aparece en la pantalla y en la voz que se escucha por el eco o que ocasionalmente se corre algunos segundos de la imagen (Wang, 2015).

Una característica fundamental de este tipo de servicios, es que el terapeuta y el cliente, se encuentran en disposiciones geográficas diferentes y ocasionalmente, con zonas horarias distintas. Las sesiones, a diferencia de la psicoterapia tradicional, pueden llevarse a cabo por medio de dos tipos de comunicación: *la sincrónica*, que es el tipo de intercambio al instante como las video llamadas que permiten la interacción simultánea a través de pantallas (Maheu, et al 2005), y la comunicación *asincrónica*, que es aquella que se da de manera diferida en el tiempo cuando no existe coincidencia temporal (Mallen et al, 2005; APA, 2013; Cherry, 2018), esta se brinda en la atención por correos electrónicos que se reciben y responden en momentos diferentes al evento ocurrido.

1.3. Aspectos principales

Existen varias investigaciones en las que se comparan las terapias de presencia directa con la terapia virtual a distancia y algunos de los hallazgos mostraron que en estas modalidades terapéuticas, existen más similitudes que diferencias (Barak et al 2008). Al analizar la psicoterapia por correos electrónico, se encontró que durante las sesiones virtuales los participantes (tanto consultantes como terapeutas) presentaban niveles de activación fisiológica o tensión corporal más bajos que aquellos que realizaban intervenciones cara a cara; aparentemente, las variaciones sensoriales como no ver al terapeuta y contar con la comodidad y la privacidad que ofrece estar en un espacio físico familiar (generalmente el hogar), ayuda a mejorar la receptividad de los clientes al proceso terapéutico (Maheu et al, 2005). Por lo que Cohen y Kerks (1998) sugieren que existen aspectos de la atención virtual que pueden tener un efecto relajante en las interacciones online, si se toman como factores aislados en el contexto terapéutico global ya que en un proceso terapéutico macro, se tienen en cuenta los elementos sutiles que surgen en la interacción cara a cara, incluidas las tensiones, las distancias o cercanías entre el consultante y el terapeuta (Burcham, 2014; Wang, 2015).

Otros estudios han evidenciado que como aspectos a favor se encuentran la reducción de costos por ahorro en el desplazamiento entre lugares, la reducción del estigma social alrededor de los tratamientos de salud mental, el anonimato y privacidad de los consultantes (Catherine, Ahern, & Locke 2010 en Mighelli et al 2014). Esto resulta muy útil para personas que presentan altos niveles de ansiedad o estigma relacionados con buscar ayuda profesional. Adicional a esto, la *e-therapy* viene acompañada generalmente de material psicoeducativo virtual y esto facilita la comprensión de temáticas que pueden ser útiles en los diferentes tratamientos, gracias a la explicación didáctica y de fácil acceso que favorece la comprensión de los consultantes acerca de sus propios procesos. Esto también permite aumentar la cobertura y la difusión de información psicológicamente relevante entre los usuarios.

Reynols, Stiles, Bailes y Huges (2013) analizaron varios procesos de psicoterapia virtual por medio de correos electrónicos y encontraron cuatro factores determinantes en la valoración de la alianza terapéutica por parte de clientes y terapeutas en estos procesos: (1) la orientación teórica del terapeuta, (2) la experiencia del terapeuta, (3) la severidad de los síntomas del cliente y (4) el soporte social del cliente. Relacionaron estos cuatro factores, con algunos aspectos de la interacción terapéutica como: la amabilidad percibida, la cooperación, la profundidad de las intervenciones, el vínculo, la confianza y la apertura emocional percibida por los usuarios en los intercambios realizados vía e-mail con sus respectivos terapeutas. Evidenciaron que, para los usuarios; la severidad de los síntomas y la orientación teórica de su terapeuta, eran altamente influyentes en la satisfacción con los procesos terapéuticos que habían recibido. La severidad de los síntomas fue el factor con más relevancia, ya que los consultantes que mostraron diagnósticos más difíciles (como trastornos afectivos severos, trastornos de personalidad y adicciones) percibieron las interacciones virtuales como menos amables y sintieron un vínculo menor con sus terapeutas. Sin embargo, es esperable que para ciertos diagnósticos en los que es difícil consolidar la alianza de trabajo, no se recomienden este tipo de intervenciones. Tampoco se recomienda para terapias como la infanti y juvenil, que requieren mayor contacto sensorial (Meier, Donmall, Barrowclough, McElduff y Heller, 2005; Mallinckrod 1991 en Reynols et al 2013).

Hasta el momento, se ha registrado que la Terapia Online y las terapias basadas en internet, han sido usadas para el tratamiento de trastornos como la depresión, trastorno de estrés postraumático, fobias, trastorno de pánico (Barak et al, 2008), dejar de fumar, pérdida de peso (Weinstein, 2006 en Bakar et al 2008), algunas adicciones, juego

patológico, también para el trabajo con inmigrantes y refugiados, trauma sexual y trastorno obsesivo compulsivo (El comercio, 2015; Roseler, 2017). También ha contribuido en el tratamiento para la soledad, la depresión, ansiedad, dejar de fumar (Mallen et al 2010), el alcoholismo, las fobias específicas (la fobia social es la más estudiada), conductas sexuales de riesgo, dismorfias, reducción del dolor, cuidados paliativos de carácter emocional en enfermedades terminales, entre otros (Maheu et al 2005).

De acuerdo Mallen y Vogel (2005, en Mallen et al 2010) todas las modalidades de atención virtual, pueden ser efectivas en perfiles de personas que hacen parte de entornos rurales o zonas donde las comunidades no tienen servicios de salud mental pero si tienen acceso a ciertas tecnologías. En Colombia, esto tendría que ser analizado detalladamente debido a nuestro contexto sociopolítico, ya que, algunas de nuestras poblaciones rurales han sido profundamente impactadas por fenómenos psicosociales asociados a la violencia sistemática y a la vulnerabilidad social, lo cual nos hace preguntar cuáles son las características que tendría que tener esta modalidad terapéutica para realmente beneficiar a esa población. De hecho, son pocas las investigaciones que se ajustan a los contextos latinoamericanos, pues el uso de las tecnologías en estos ámbitos es poco difundido.

Otro aspecto a favor de estas modalidades de atención, es la atención para personas en condiciones de emigración o inmigración y que presentan dificultades para acceder a terapeutas que compartan su idiosincrasia y cultura. También se considera útil, en casos en los no se tiene fácil acceso a servicios de atención psicológica o cuando se necesita atención por parte de terapeutas especializados en diagnósticos específicos (Mallen et al 2010).

Algunos argumentos en contra de las terapias virtuales y las intervenciones basadas en internet, cuestionan justamente las implicaciones socio afectivas de las simulaciones online, argumentando que la tecnología nos ha hecho adaptarnos a un mundo distinto al real donde muchas veces el anonimato o el contacto electrónico entre dos personas, está distorsionado por unos imaginarios y por unas identidades idealizadas creadas específicamente para una realidad cibernética que puede no corresponder con la cotidianidad. Muros (2011) cita a Fishbein y Ajzen (1975) para mencionar que la apertura de estas plataformas, no detienen algunos procesos de distorsión en la identidad virtual, partiendo de la base que las personas ajustan o modifican su conducta e identidad según las actitudes, creencias e intenciones que mejor satisfacen sus expectativas y necesidad de responder a la deseabilidad social. Los medios virtuales y redes sociales, favorecen la creación de fantasías de un yo cibernético que fácilmente puede suplantar identidades o

construir personajes ficticios que sean los que acuden a terapia. Nos enfrentamos ante la posibilidad de atender a una persona que no es quien dice ser, que puede fingir o exagerar su sintomatología en un proceso de intervención virtual.

Otra desventaja, es que pueden presentarse algunos impedimentos en locaciones remotas con baja conexión a la red ya sea porque no se dispone de los dispositivos tecnológicos adecuados (lo cual puede resultar costoso de solucionar) o por barreras personales del consultante o del terapeuta en el manejo de las TICS. Adicional a esto, caemos en el riesgo de promover la búsqueda solitaria de información sin supervisar o acompañar los procesos de integración de la misma. Por ejemplo, promover la autoayuda es útil en ciertas etapas de un proceso terapéutico, sin embargo, hay momentos en los que se necesitan hacer movilizaciones distintas y promover procesos de reflexión que no se logran en solitario (Kraus, Stricker, Speyer & Speyer, C. 2004)

Como retos para el desarrollo de la terapia virtual, encontramos limitaciones en las interacciones entre el consultante y el terapeuta por la pérdida de algunos aspectos importantes de la comunicación no verbal, que son también fuente de información relevante para el terapeuta acerca de lo que está sucediendo en sesión y que su ausencia no permite evaluar con claridad los efectos de las intervenciones, ni la calidad de la relación terapéutica (Wang, 2015). No obstante, para algunos autores como Copeland y Martin (2004, en Elliot, 2008), la ausencia física del terapeuta, e incluso, el ser invisible en el momento de la consulta, puede generar un ambiente de mayor confidencialidad y autorrevelación, ya que permite en algunos casos, que el consultante experimente más apertura emocional y honestidad al reducir el posible temor de exponerse al intercambio cara a cara, incrementando la adherencia a la terapia y la percepción de autoeficacia del consultante. En contraste, Williams, Bambling, King y Abbott (2009 en Mallen et al, 2010) identificaron que esta ruptura en la presencia física, es más un obstáculo para las terapias virtuales, ya que la psicoterapia requiere más pistas verbales y no verbales en las interacciones para poderlas interpretar de manera correcta lo que sucede en sesión. Ellos recomiendan a los terapeutas virtuales, emplear más estrategias de intervención orientadas al desarrollo y fortalecimiento de la relación terapéutica, que aquellas estrategias orientadas hacia las clarificaciones y la recolección de información (Isaacs, 2006); Williams et al, (2009 en Mallen et al, 2010).

En un estudio realizado en 2010 (Mallen et al) sobre las habilidades clínicas que desarrollan los terapeutas en las modalidades de atención virtual, detectaron que algunas de las intervenciones más utilizadas fueron: la recolección de información, la formulación

de preguntas abiertas y cerradas, la reafirmación, la reflexión de sentimientos, la confrontación, la interpretación, la autorrevelación, la inmediatez (momento presente), la guía directiva y comentarios de aprobación y confirmación. Se evaluó la construcción de la alianza terapéutica y la evaluación clínica por parte de los terapeutas y se encontró que, en comparación con las psicoterapias cara a cara, las habilidades más comunes de los terapeutas virtuales fueron las preguntas cerradas, la aprobación y los comentarios tranquilizadores orientados a explorar los problemas de los clientes con mayor profundidad. También se observó que en este tipo de terapias, suelen aparecer con mayor frecuencia las autorrevelaciones y las intervenciones que llevan a la situación inmediata para invitar al cliente a observar lo que sucede en el momento presente, en sí mismos y en la relación con el terapeuta, todas con la finalidad de fortalecer el contacto con el cliente a pesar de las limitaciones físicas.

Desde un enfoque psicodinámico relacional, los efectos de los medios electrónicos en la terapia son altamente variables. Como ya hemos mencionado previamente, varios elementos importantes del contacto directo en la diada terapéutica no están presentes y existen riesgos relacionados con las expectativas por parte del cliente que pueden ser irrealistas y marcadas por la imaginación o idealización mutua (Wang, 2015; Roesler, 2017), que pueden desembocar en la mala interpretación de las interacciones entre consultante y terapeuta, así como una imprecisión en el diagnóstico debido a la ausencia de información detallada para evaluar adecuadamente. Muros (2011) menciona que en la realidad virtual surge una configuración distinta de la identidad; un “yo paralelo” que puede estar en desconexión con el mundo real ya que el sentido de la autenticidad es superado por la cultura de la simulación, con versiones idealizadas de sí mismos. En este sentido, en el encuentro terapéutico vía online, se construye una realidad virtual momentánea con un “cyber-yo” del cliente y del terapeuta, que tiene como núcleo de las interacciones, la proyección de lo que somos y compartimos total o parcialmente con el interlocutor. Es decir, que se interactúa con el espejo y con el reflejo, pero no con el sujeto real.

Stadter (en Savege Scharff, 2013) habla de un tercero virtual, que es un espacio intrasubjetivo que no está construido por la interacción de la diada terapéutica, sino por todo lo virtual que influye en el encuentro del analista y el analizado. Esto, en términos perceptuales hace referencia a los estímulos visuales, auditivos y kinestésicos que son distorsionados o limitados por el filtro perceptual del medio electrónico. La voz que se oye no es la misma voz natural de la persona, el tamaño de la imagen varía según el dispositivo que lo proyecta y literalmente el espacio terapéutico no es el mismo para el cliente y para

el terapeuta. Ambas partes pueden tener fondos distintos, climas diferentes, distinta zona horaria y una posición corporal o ubicación en el espacio totalmente distinta (Wang, 2015). Sin embargo, pueden presentarse elementos nuevos tales como conocer el espacio privado del consultante que pueden brindar nueva información sobre la persona, ya que generalmente estas terapias se dan en el hogar o en la habitación del consultante (Roesler, 2017) y también se puede emplear como material de análisis el tipo de locaciones que elige el consultante para las sesiones y si usa audífonos o no (Wang, 2015).

Con el uso de las tecnologías en la psicoterapia, algunas investigaciones han optado por indagar también la forma en la que se hace el procesamiento de información en un entorno *real*, versus un entorno de realidad virtual. Small, Moody, Siddarth y Bookheimer (2009 en Savege et al, 2013), evidenciaron que el procesamiento sensorial *normal*, cambia al realizar búsquedas sencillas de información en algunas plataformas virtuales, pues se presenta una actividad dispersa en diferentes áreas de integración sensorial. Esto señala que en la realidad virtual, se genera una lectura rápida e incompleta del entorno, promoviendo un procesamiento disperso y superficial de la información; lo cual es muy distinto a los estados mentales de tipo introspectivo que se persiguen en una sesión terapéutica, especialmente cuando se busca promover que la persona se conecte mejor consigo misma para promover procesos de reflexión y cambio (Carr en Stadlte, 2013).

Para algunos enfoques terapéuticos de cohorte más comportamental, se considera que la forma en la que los consultantes tienen acceso a los servicios virtuales promueve una relación simétrica con el terapeuta. Muchos de estos servicios cuentan con información completa sobre los perfiles de los terapeutas y modalidades de servicio para que los consultantes puedan elegir al profesional con el que quieren trabajar (Bakar et al, 2008), lo cual brinda al paciente una sensación de control de la situación y esto genera un mayor empoderamiento a lo largo del proceso (Cook y Doyle, 2002 en Minghelli et al. 2014), resultando favorable para la adherencia a los tratamientos, pero no en todos los casos. Algunas investigaciones se ha encontrado que la posibilidad de deserción en la terapia virtual, es igual en las intervenciones cara a cara (Maheu et al. 2005) y en algunas patologías que involucran mayor riesgo psicológico o una escisión con la realidad, no se recomienda el uso del asesoramiento virtual, ya que ese mismo “empoderamiento” que mencionan, puede acentuar los síntomas en trastornos severos de personalidad o en trastornos afectivos (Roesler, 2017).

En algunos casos, esta particularidad de la relación terapéutica virtual puede considerarse como una relación más insegura que otro tipo de relaciones terapéuticas

(Roesler, 2017). Esto se relaciona a lo que menciona Childress (2000b) sobre trajar con personas que tienen problemáticas psicológicas severas; se debe partir de la noción que el consultante es alguien que está en medio de un conflicto entre sus motivaciones para resolver sus asuntos personales y la fuerte necesidad de mantener sus defensas psíquicas para proteger o conservar el constructo que tienen de self y así evitar la retraumatización de las heridas emocionales que ya traen. Pero, en los escenarios virtuales se exagera el riesgo de retraumatización o lastimarse emocionalmente debido a la alta probabilidad de hacer una mala interpretación de las interacciones entre consultante y terapeuta por la ausencia de información detallada sobre el estilo de interacción con el consultante (Roesler, 2017). Esto también puede generar imprecisión en el diagnóstico por las dificultades de evaluar integralmente al consultante.

1.4. En la actualidad

Aunque existen unos riesgos comunes a todas las psicoterapias, en la terapia virtual se intensifican otro tipo de riesgos que se describirán a continuación. Están los riesgos relacionados con las expectativas por parte del cliente que pueden ser irrealistas y marcadas por la imaginación o idealización mutua ya que la interacción vía internet no deja conocer realmente a la otra persona (Roesler, 2017). En algunas ocasiones, los consultantes investigan en redes sociales a sus terapeutas antes de iniciar los procesos y llegan a sesión con la información aprendida y esto genera una invasión de la privacidad por parte del consultante hacia el terapeuta; aunque también puede suceder al revés.

Por otro lado, existen riesgos en el manejo de las situaciones de crisis o en la evaluación de riesgos potenciales por parte del consultante (IACP, 2019). Aspectos como el anonimato y el control de la conexión por parte del cliente, introduce algunos riesgos en relación con el manejo de las crisis, dado que, el terapeuta se encuentra profundamente limitado cuando desconoce la identidad completa de su consultante sino solo su “avatar” e identidad virtual, o cuando surge una crisis con comportamientos de tendencia suicida y el cliente puede en cualquier momento apagar la computadora o desconectarse de la sesión, sin recibir ayuda o culminar el tratamiento (Hertlein, Blumer & Mihaloliakos, 2015)

En contraste, Roesler (2017) menciona que algunos riesgos asociados a las dificultades en el establecimiento de límites y el mantenimiento del encuadre terapéutico. Por ejemplo, la dificultad para manejar los tiempos de espera por parte de los consultantes, también puede representar un riesgo, especialmente cuando la terapia virtual se desarrolla

por medio de correo electrónico o mensajería instantánea. Algunas personas escriben entre las consultas esperando que sean respondidos de manera inmediata, también vigilan si sus terapeutas se encuentran conectados o no a las plataformas que utilizan para comunicarse generando mayor ansiedad e incertidumbre acerca de los momentos adecuados de atención.

En la terapia virtual se presentan unos riesgos específicos que no estarían presentes en una psicoterapia de interacción directa, Baker & Ray (2011) los presentan como *riesgos asociados con un manejo inadecuado o ineficiente de los datos virtuales*. Hacen referencia a los peligros del acceso ilegal a información confidencial por parte de hackers o piratas informáticos para manipularla, publicarla o suplantarla. Este aspecto, introduce la pregunta sobre el marco normativo que regula y protege el ejercicio terapéutico virtual, sin embargo, nos enfrentamos ante la ausencia de una regulación legal especializada para estas intervenciones. Justamente aspectos básicos como el consentimiento informado, el manejo de la confidencialidad, las implicaciones éticas, el acuerdo del marco legal que se va a emplear cuando el terapeuta y el consultante se encuentran en países diferentes y los procedimientos de pago, se encuentran en una especie de limbo normativo.

En Colombia, el vacío legal para regular las terapias virtuales solo tiene como referencia el código deontológico del profesional encargado de la terapia y las normativas sobre del tratamiento virtual de datos personales. En primera instancia, podemos rescatar fragmentos de la ley 1090 (2006) para el adecuado ejercicio profesional en la psicología clínica, sin embargo, las terapias virtuales requieren mucho más que solo la creación de una atmósfera de privacidad, seguridad y comodidad para su desarrollo. Para hacer efectiva una intervención virtual, su diseño metodológico debe tener en como base la garantía que tanto los usuarios como los terapeutas conocen y manejen correctamente las TICS que se emplearán en la terapia, también que tengan acceso a una buena conexión de internet y estén al tanto de las actualizaciones necesarias para el acceso a las plataformas y las condiciones de manejo de información privada en ellas; debido a esto, es necesario conocer los estándares para el manejo adecuado de los datos confidenciales en los medios electrónicos. El MinTic (2018) estipula un contrato legal que garantiza la veracidad de la información brindada, con el fin de evitar la suplantación de datos en el medio virtual; también ofrece cursos virtuales de entrenamiento específico en conocimientos de tecnología y marco legal virtual para garantizar la seguridad de dicha información.

Capítulo 2 – Planteamiento del problema

Con base en la revisión teórica, se hace un cuestionamiento sobre las bases conceptuales necesarias para realizar una psicoterapia virtual desde el enfoque integrativo relacional. ¿Es posible trabajar con este tipo de metodologías desde este enfoque? ¿Qué aspectos metodológicos de la intervención terapéutica del enfoque mencionado se pueden ver más alterados? ¿Cuáles son las ventajas y limitaciones de proponer un tipo de intervención online para esta perspectiva? Y ¿Qué debe incluir un diseño preliminar para realizar el pilotaje de esta propuesta?

Los resultados de las investigaciones antes mencionadas, y la experiencia empírica señalan que, a pesar de que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la terapia directa (cara a cara) y la terapia virtual en términos de eficacia (Wampold's, 2001; Lambert's y Ogles, 2004; en Barak, Hen, Boniel-Nissim, & Shapira, 2008), si se registran niveles inferiores en la empatía, la consideración y credibilidad del terapeuta, percibida por parte de los consultantes en las terapias virtuales (Shepler et al, 2016) y mayores niveles de motivación y adherencia en las terapias cara a cara (Alfonsson, Johansson, Uddling & Hursti, 2017). En contraste, otros estudios muestran mayor apertura emocional en las terapias virtuales por parte de los consultantes (Sfoggia et al, 2014; Bitencourt et al, 2016) y alta efectividad en patologías específicas, así como una reducción de síntomas similar a las terapias cara a cara (Soto et al, 2010).

Existen unas implicaciones profundas al trasladar la relación terapéutica a un plano virtual, así como unas responsabilidades básicas del terapeuta con el cliente en la relación que se puede entablar a través de estas herramientas de telecomunicación. Partimos del supuesto que la mediación virtual de un proceso terapéutico, debe promover realmente el bienestar de una persona cuyas necesidades emocionales demandan este tipo de intervención, es por esto que se propone resolver este tipo de inquietudes por medio una revisión de artículos especializados para comprender las características básicas, los factores comunes y la regulación de esta modalidad terapéutica.

Un aspecto a considerar sobre esta problemática, es que la mayoría de fuentes bibliográficas en torno a este tema son de origen anglosajón y hay una predominancia en la producción de estos artículos en países como estados unidos y europeos. Esto

representa un reto a la hora de extrapolar este tipo de información a nuestro contexto sociocultural, pues en Latinoamérica tenemos condiciones diferentes en cuanto al alcance que tiene la población general al desarrollo tecnológico que sustenta este tipo de modalidades terapéuticas. Por lo tanto, se considera relevante revisar su viabilidad y sostenibilidad para un futuro modelo de aplicación.

A continuación se presenta el objetivo principal y los objetivos específicos del presente trabajo de grado.

Objetivo general

Brindar herramientas conceptuales básicas para el futuro diseño e implementación de un protocolo de atención virtual desde el enfoque integrativo relacional.

Objetivos específicos.

- Realizar una revisión de literatura especializada con el fin de caracterizar un servicio de atención terapéutica virtual desde el enfoque integrativo relacional.
- Describir los principios básicos, éticos y metodológicos fundamentales para diseñar un programa de entrenamiento en habilidades terapéuticas para el profesional interesado en el trabajo virtual.

Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se empleó un método de investigación cualitativa basada en la formulación de la pregunta PICO, con la cual se estableció que no hay una población específica a tratar debido a que se quiere conocer el tipo de población bajo la cual funciona la intervención objeto de investigación; se realizan comparaciones entre las metodologías de atención virtual conocidas que emplean el enfoque integrativo relacional en diferentes ámbitos de aplicación y se establecen los aspectos conceptuales más representativos para poder construir un protocolo de atención virtual con las particularidades de nuestro enfoque.

A partir del planteamiento del objetivo de investigación, se realizó una búsqueda sistemática en la que se encontraron como bases de datos más representativas los portales Academic Search Complete, EBSCO, American Psychological Association, Biblioteca Virtual en Salud, BioMed Central, PsycArticles, Consumer Health data base, eBooks, Taylor

& Francis, Global Health, Hapi On Line (Index de publicaciones hispanoamericanas) Dyalnet, Research Gate, Oxford Journals, ProQuest Central, ProQuest Psychology data base Pubmed, Redalyc, Science Direct, Sage Knowledge Books, Scielo, Springer Books y Wiley online library.

Se establecieron como criterios de inclusión de los artículos revisados que su tema principal fuera la terapia virtual, que tuvieran como enfoque terapéutico una perspectiva integrativa relacional, psicodinámica, Gestalt o Sistémica; que presentaran modalidades de intervención virtuales y no solamente terapias basadas en internet, incluyeran datos empíricos en su investigación, que preferiblemente tuvieran fecha de publicación del año 2000 en adelante y que en la medida de lo posible, tuvieran en cuenta diferencias multiculturales.

Como método de recolección de la información, se hizo una lectura crítica buscando los términos conceptuales más relevantes y reiterativos para lograr una síntesis narrativa de los resultados.

2.1.Propuesta de desarrollo

A continuación, se presentan los elementos conceptuales más relevantes de las terapias virtuales para un enfoque integrativo relacional. Están descritos dentro de lo que puede considerarse como la estructura general de un protocolo de atención psicológico que sigue los estándares determinados por la ley 1090 del 2006, según la cual se reglamenta el ejercicio de nuestra profesión y se dicta el código deontológico y bioético que nos rige (Congreso de Colombia, 2006). Cabe mencionar que al ser ésta un área en la que todavía no existen estándares o normativas específicas, es nuestro deber, como lo mencionan Habib, Rueda y Esteban (2017) tomar las precauciones que sean necesarias para proteger el bienestar de los usuarios que acceden a este tipo de servicios.

2.1.1.Descripción del servicio terapéutico virtual.

Para definir la e-therapy o terapia virtual, es necesario comprender que en sus bases teóricas está enmarcada dentro del terreno conceptual de las psicoterapias tradicionales y al mismo tiempo, está dentro del marco conceptual de la *telesalud* y de las *psicotecnologías* que hemos mencionado previamente. Esta configuración, traslada los

conceptos básicos de la psicoterapia al terreno de la realidad virtual y la traspolación de algunos términos al ciberespacio, tiene un efecto sobre el desarrollo práctico de la misma.

Actualmente no existe una definición estandarizada de lo que es la terapia online, ya que es un concepto en construcción que incluso, cuenta con diferentes nombres que se usan indiscriminadamente como se ha mencionado a lo largo del texto (e-therapy, telepsicoterapia, cyberterapia, terapia virtual y terapia online). Esto nos da una pista de lo flexible y maleable que es este concepto (Soto, Franco, Monardes & Jimenez , 2010).

De acuerdo a la revisión teórica realizada y teniendo en cuenta nuestro contexto sociocultural, definiremos la psicoterapia virtual como el servicio terapéutico que ofrece un profesional en psicología a través de medios de comunicación electrónica (emails, video llamadas, mensajería instantánea, foros virtuales o teleconferencias) con la finalidad de brindar soporte o ayuda psicológica vía internet a un consultante que se encuentra en otra locación (NBCC en Huges 2000, APA, 2013, Cherry, 2018). La terapia se lleva a cabo a través del intercambio intencional de información virtual (bits informáticos) lo que implica establecer un acuerdo en el tipo de tecnología de la comunicación que se va emplear en las sesiones, pues debe ser del conocimiento de ambas partes.

Al igual que otras psicoterapias tradicionales, el propósito principal de la *e-therapy*, entre otros, es resignificar los problemas con los que acude el cliente a terapia (Baker y Ray, 2011) promoviendo el cambio personal y la salud mental de los usuarios, incrementando su calidad de vida y bienestar subjetivo (Tengland, 2009). Es un servicio con una amplia cobertura y variedad en modalidades de atención, según el medio de telecomunicación que se elija, acorde con las posibilidades, necesidades o preferencias de los consultantes y del terapeuta. Aunque la terapia online, pueda apoyarse en material terapéutico virtual, como se dijo anteriormente; se excluye el acceso a softwares de autoayuda, contenido multimedia con conferencias de consejería (Asociación británica para la consejería y la psicoterapia, 2001 en Wright, 2002), aplicaciones especializadas y simuladores virtuales, entre otros. Esto, debido a que son programas de autoayuda que tienen diseños totalmente automatizados para uso autodidáctico del consultante y no se desenvuelven en el contexto de una relación terapéutica entre dos partes (Bitencourt et al, 2016)

Las características principales de la e-therapy son:

- El uso de tecnologías de comunicación en la prestación de servicios psicológicos (APA, 2013; IACP, 2019).

- Involucra la interacción entre un profesional de la salud mental (psicólogo o consejero) y uno o varios clientes/consultantes que no se encuentran en el mismo espacio físico o geográfico y establecen conexión remota por vía electrónica. (Savege, 2013).
- Aunque los clientes son los receptores del servicio, es un tratamiento colaborativo basado en la relación entre el cliente y el psicólogo (Isaacs, 2015).
- Se intercambia, se transmite o se procesa la información clínica por medios electromagnéticos, electro ópticos o electrónicos (Committee on National Security Systems, 2010, en APA, 2013) con la finalidad de ayudar al cliente a atravesar y superar sus problemas emocionales.
- Emplea tecnologías como teléfonos o dispositivos móviles, videoconferencias interactivas, correo electrónico, mensajería instantánea, chats, sitios web (tipo blog o comunidades cibernéticas), redes sociales, entre otros. Y se pueden combinar varios de estos medios en un mismo proceso (APA, 2013).
- La comunicación puede ser sincrónica, que significa en tiempo real (en video conferencia, video llamada o teléfono) o asincrónica, en las que se almacena o re envía la información en un tiempo posterior al que es emitida (emails, blogs) (IACP, 2019).
- Se rige bajo el principio de confidencialidad, en el que los datos o información no se divulgan y deben manejarse bajo un protocolo específico para el manejo de la información virtual. Esto involucra la encriptación de los datos y almacenamiento seguro de los mismos. (HIPAA, 2019),
- Permite el trabajo intercultural y el acceso de algunas minorías a terapeutas especializados o familiarizados con su idiosincrasia o trastornos específicos. (Stasiak et al, 2013)
- Aunque requiere de la inversión significativa de recursos para acceder al desarrollo tecnológico necesario, una vez establecidos, reduce significativamente los costos de los programas de salud y de los tratamientos. (Stasiak et al, 2013)

Algunos elementos similares a la terapia presencial son:

- Se emplean técnicas basadas en la evidencia para ayudar a las personas a conseguir el cambio personal e interpersonal que desean, para desarrollar mejores sociales, cambios en sus patrones relacionales, desarrollar comportamientos más adaptativos y equilibrio emocional, entre otros (Stasiak et al, 2013)

- El psicólogo debe proveer a la persona de un ambiente seguro que le permita hablar abiertamente con alguien que es objetivo, neutral y sin juicios. Por lo tanto debe usar plataformas que garanticen la confidencialidad de las sesiones y advertir al consultante los posibles riesgos de filtrar información virtual. (Siegel, en APA 2018)
- Al tener contacto virtual con los consultantes, el terapeuta debe mantener una posición profesional manejando de manera adecuada la diferencia entre el contenido personal del terapéutico, (American Medical Association en Sfoggia et al 2014)

2.1.2. El terapeuta virtual.

Las y los terapeutas dispuestos a brindar un servicio virtual, deben contar con unas competencias específicas que los hagan aptos para esta modalidad de intervención. Como en Colombia no existe, por el momento, ningún mecanismo de regulación del ejercicio terapéutico virtual, vamos a basarnos en las competencias básicas que se describen en el código deontológico colombiano y el código ético establecido por la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) para el ejercicio del profesional en psicología clínica.

En ambos casos, se indica que los profesionales en psicología deben practicar únicamente dentro de sus áreas de competencia, entrenamiento y experiencia (estándar 10.04 a, APA 2013) y en aquellos casos en los que no existe un estándar, el profesional debe tomar las medidas razonables y adecuadas para que su trabajo proteja de cualquier tipo de daño a los clientes, estudiantes, participantes de investigación y otros. (Estándar 1.04 p.1600)

Es nuestro deber como profesionales en psicología, garantizar los estándares de cuidado con los consultantes en cualquier tipo de intervención que tengamos con ellos, por eso en la práctica clínica se debe cumplir con: el consentimiento informado, la confidencialidad, la transmisión de información pertinente para el proceso, la disposición adecuada de los datos registrados en las historias clínicas y la práctica interjurisdiccional (entre lugares con legislaciones diferentes) (ASPPB, 2019). Estos son aspectos que no desaparecen en la práctica virtual pero si cambian un poco en su forma de cumplimiento.

Cualquier terapeuta que desee realizar una práctica virtual, debe estar muy informado a nivel ético y tecnológico con pleno conocimiento de los posibles riesgos en la

relación terapéutica virtual, ya que esta requiere de un manejo diferente a la que se establece en los encuentros presenciales (Childress, 2000; Soto, et al, 2010; APA, 2013) También, debe asegurarse de tomar todas las precauciones para eliminar esos posibles riesgos; es por eso que el terapeuta virtual debe formarse en ciertas competencias complementarias por medio de capacitaciones y entrenamientos especializados que lo certifiquen (APA, 2013; IACP, 2019; ASPPB, 2019).

Según Baker (en APA, 2018), el terapeuta virtual es un profesional que se ha asegurado de estar familiarizado con la tecnología por medio de la cual va a realizar su intervención, es alguien que preferiblemente tiene experiencia en el manejo de medios digitales, que está capacitado en el manejo de los datos electrónicos y que adicional a eso, tiene pleno conocimiento de las posibles guías de trabajo construidas para este tipo de intervenciones nacional e internacionalmente. Un terapeuta de esta índole, debe conocer muy bien el equipo físico que utiliza para comunicarse, debe tener claridad del área de soporte técnico con la que cuenta y sabe qué debe hacer en caso de que algo falle tecnológicamente.

Cabe decir que, la relación terapéutica virtual demanda el desarrollo de competencias y habilidades diferentes a las habilidades empleadas dentro de un servicio tradicional independientemente del enfoque o tiempo de experiencia de los terapeutas que incursionan en las terapias virtuales (Shepler, Ho, Zoma, Bober & Dluzynski, 2016). Por ejemplo, se requiere de una capacidad adecuada de lectoescritura para poder articular el lenguaje escrito de una manera ordenada y clara para comprender y hacerse comprender en las terapias realizadas por email o por chats (Childress, 2000 a). Existe evidencia que las diversas formas de comunicación, le permiten a los terapeutas y clientes establecer diferentes formas de relacionarse y esto a su vez, abre nuevas posibilidades terapéuticas (Bitencourt et al, 2016).

Otra habilidad que necesitan las y los terapeutas virtuales, es un manejo corporal adecuado, una correcta modulación de la voz y expresiones faciales con el manejo de la cámara -en caso de hacer video llamadas- ya que por la disposición de este tipo de atención, se elimina la presencia real del otro en el mismo espacio físico y se debe procurar cuidar al máximo la calidad de la imagen o sonido que se emite. Gillian Isaacs (2015) afirma que en el trabajo psicoanalítico, el cuerpo debe ocupar un lugar muy importante pues la forma en la que “estamos presentes” en nuestro cuerpo (cómo lo movemos, cómo nos ubicamos en el espacio) dice mucho de cómo nos sentimos en esos momentos. En las terapias virtuales que no incluyen contacto visual (llamadas telefónicas o chats), el cliente

y el terapeuta experimentan varios estados mentales que los llevan simbólicamente a diferentes lugares sin desplazarse del lugar en el que se encuentran físicamente y esto puede tener un efecto diferente en la forma en la que se interactúa con el otro, provocando actitudes menos formales, posiciones corporales más relajadas o incluso, el uso de ropa más cómoda. Por otro lado, cuando se está proyectando en una pantalla por videollamadas o teleconferencias, no solo se debe hacer un esfuerzo adicional para compensar la ausencia de ciertos elementos sensoriales, también debe hacerse un esfuerzo por manejar la presencia de otros elementos que son distractores; por ejemplo, la pantalla que muestra la imagen del propio terapeuta o del propio consultante.

Cabe mencionar que en la mayoría de los casos, los clientes prefieren utilizar video llamadas en las que la pantalla proyecta una imagen de su propio rostro (Isaacs, 2015), e incluso, hay quienes solicitan a los terapeutas que desactiven sus cámaras para no verlos (Wang, 2015) y esto tiene un efecto específico en la apertura emocional del cliente. Por otro lado, los terapeutas también somos propensos a distraernos por nuestra propia imagen proyectada en la pantalla, pues en pocas ocasiones se tiene la posibilidad de observar los propios gestos en tiempo real cuando se realiza la psicoterapia; no obstante, la particularidad de esta imagen es que se trata de una proyección del yo cibernético; es decir, que nos refleja la voz y el rostro de un *otro* virtual (Muros, 2011) que puede hacernos cambiar la forma en la que nos comportamos normalmente en sesión.

Con base en lo anterior, el terapeuta virtual, debe incluir en su labor terapéutica una extenuante preparación relacionada al trabajo corporal, la autoobservación (Burcham, 2014) y el cuidado por la presentación personal como herramientas fundamentales para su trabajo a través de los distintos medios digitales a su disposición. En estas modalidades, es importante conectar con el lenguaje no verbal que logra filtrarse en las pantallas y utilizarlo a favor de la terapia, *por ejemplo, tomando consciencia de la ausencia del contacto visual real, el terapeuta puede mirar directamente a la cámara como una estrategia para generar en el consultante una sensación de cercanía mientras le escucha o mientras le hace una devolución.*

2.1.3. Los consultantes

Antes de considerar a un consultante para participar en una modalidad de terapia virtual, es fundamental evaluar los niveles de competencia del cliente en relación con el

manejo de la tecnología y no solamente tener en cuenta su motivación y funcionamiento general (Soto, et al, 2010). Debido al tipo de tecnologías que se involucran en las terapias virtuales, es crucial revisar qué tan familiarizado está el consultante con dichas tecnologías y qué tan informado está acerca de los riesgos que se presentan en estas modalidades (Novotney, 2017; Baker & Siegel en APA, 2018).

La evaluación inicial debe responder si la persona interesada es clínicamente apropiada para participar en sesiones o practicas de telepsicología. Lo cual no solo considera un funcionamiento cognitivo y emocional adecuado para estas modalidades terapéuticas, sino que se debe indagar si la persona se siente cómoda con el tipo de tecnología que se van a usar para los encuentros, si necesitan algún tipo de asistencia -por ejemplo, con pacientes que tienen dificultades físicas por condiciones de salud limitativas- y si la persona cuenta con las condiciones legales para recibir el servicio (IACP, 2019; ASPPB, 2019).

Uno de los aspectos más favorables de la terapia virtual es que ofrecer los servicios de atención psicológica a distancia, se ha convertido en una vía alternativa para las personas que por sus condiciones de salud no pueden desplazarse hacia los consultorios o centros de atención psicológica, también es una opción viable para personas cuyos horarios laborales no les permiten tener el tiempo necesario para acceder a una terapia presencial ya que pocos servicios de atención tienen horarios extendidos. Otra utilidad de este tipo de terapias, es el cubrimiento en atención especializada a personas que tienen desórdenes mentales específicos y no pueden pagar las sumas que piden los especialistas por atenderlos cara a cara o en un centro de salud especializado, mientras que en internet tiene la oportunidad de encontrar diferentes tipos de servicios que pueden ajustarse mejor a sus necesidades (Bitencourt, et al 2016).

Los beneficios mencionados son más evidentes en poblaciones con necesidades especiales, como aquellos consultantes cuyas condiciones de salud son tan delicadas que les impiden desplazarse con total libertad; por ejemplo, población con problemas nefrológicos que tienen dependencia a aparatos de diálisis, consultantes con cánceres avanzados, problemas cardiacos o coronarios (Vogel, 2012 en Bitencourt, 2016) y otro tipo de pacientes crónicos que conservan sus funciones ejecutivas en un buen estado pero tienen condiciones físicas que les restringen el movimiento y el desplazamiento. Algo similar sucede con otro tipo de población que tiene necesidades especiales, como las personas sordo mudas que muchas veces tienen limitaciones para encontrar terapeutas que se

comuniquen por medio de lenguaje de señas y pueden recibir atención psicológica por medio de correos electrónicos o mensajería instantánea (Griffiths, 2000 en Wright 2002)

En este apartado cabe mencionar que no se recomienda el trabajo con niños y adolescentes desde esta modalidad terapéutica, pues estos son perfiles que se comunican con un lenguaje más primario que requiere de mayor contacto físico. No obstante, para la población adolescente, Stasiak et al (2013) mencionan que el entusiasmo de esta población por el uso de los medios digitales, sugiere que puede desarrollarse *material terapéutico basado en internet* para complementar los procesos terapéuticos. En esta misma línea, es muy importante evaluar los perfiles de los consultantes adultos que participan en las terapias virtuales ya que algunos consultantes que presentan rasgos regresivos o infantiles, como algunos trastornos de personalidad. También necesitan espacios más contenedores que los hagan sentir seguridad, por lo que aspectos como la cercanía física del terapeuta es importante para el desarrollo de la terapia y la ausencia de la presencia física real del terapeuta y el contacto mínimo entre las sesiones (Soto, et al, 2010) puede sentirse inconscientemente como un abandono o rechazo al usuario (Wang, 2015) por lo que no es recomendable utilizarla con ellos.

2.1.4. El enfoque y la relación terapéutica.

La psicoterapia cara a cara tiene una extensa historia de guías y marcos teóricos bien elaborados para argumentar el uso de ciertas técnicas y enfoques. Sin embargo, en la práctica de las intervenciones virtuales hace falta un marco teórico y una revisión histórica para clarificar cuáles son los aspectos, orientaciones y modelos de la psicoterapia tradicional que pueden ser “traducidos” a la terapia online (Childrenes, 2000). De acuerdo a la revisión teórica realizada, es claro que para algunos modelos terapéuticos es más fácil de adaptar este tipo de intervención a sus enfoques teóricos, lo que sugiere que es importante considerar las limitaciones y ventajas de cualquier modelo en el trabajo virtual (IACP, 2019).

En la revisión teórica se encontraron pocos estudios de orientación psicodinámica o integrativa y solo se encontró evidencia de investigaciones que emplearon una metodología mixta en su diseño, esto significa que además de las sesiones virtuales (por correo electrónico), se utilizaron herramientas terapéuticas virtuales como el apoyo con

algunos programas de autoayuda diseñados para comprender y detectar patrones inconscientes en las relaciones (Silverber, 2005, en Bieatancpurt et al 2016).

La principal limitación del enfoque integrativo relacional en la modalidad virtual, es que la base terapéutica se fundamenta en la relación que se establece en la diada consultante-terapeuta (Zaslavsky & Santos, 2006; Mabilde, 2009, en Bitencourt, 2016) gracias a las dinámicas que surgen en el encuentro entre ambas partes. Sin embargo, en las interacciones virtuales no es posible vivenciar algunos elementos importantes debido a la ausencia física del terapeuta y del consultante, de manera que esta ausencia fáctica no produce ciertas movilizaciones psíquicas que si se dan en los encuentros cara a cara. Acudiendo al término de *vivencia* (Benyakar, 2016), se puede decir que las intervenciones virtuales desde un enfoque psicodiámico producen desde el comienzo una disrupción de las vivencias que surgen normalmente en terapia; esto es porque no hay un sostén ambiental *real* ya que los “encuentros” se producen en una dimensión virtual, que es una especie de limbo entre el mundo externo y el mundo interno. Todo esto, exige una capacidad yoíca lo suficientemente fuerte para poder procesar lo que es “*estar y no estar*” con el otro en una realidad fáctica marcada por la atemporalidad, desigualdad en los espacios físicos y las limitaciones en algunos estímulos sensoriales.

Surge entonces el cuestionamiento por la intersubjetividad que se crea entre las subjetividades individuales del terapeuta y del consultante en un escenario virtual (Odgen, 1995; en Bieatancourt, 2016). En este tipo de interacciones se pierde la posibilidad de integrar como material de análisis los productos de la interacción “cara a cara” como el tono de la voz, las sensaciones corporales, los cambios temporales de tema (digresiones o deflexiones), los cambios en la respiración, el movimiento corporal, la tensión en el ambiente (Sfoggia et al, 2014) y otros elementos que enriquecen el campo de análisis en terapia.

Isaacs (2015) menciona que cuando ella comenzó su trabajo como psicoanalista virtual, realizó investigaciones con sus colegas y supervisados, recolectando información proveniente de las sesiones de intervención y de supervisión ejecutadas a través de Skype con y sin video. Descubrieron que su experiencia como terapeutas había cambiado al trasladar sus escenarios habituales de atención a otros espacios como el hogar y esto tenía efectos en las interacciones en consulta, descubriendo que en las sesiones se registraban más conversaciones sobre las diferencias en el horario y las comparaciones climáticas que lo usual, lo que fue interpretado como una necesidad de buscar referentes de la realidad que enmarca las sesiones. Adicional a esto, se detectó que los terapeutas podían sentirse

más relajados, olvidaban fácilmente el tiempo que había transcurrido durante las sesiones y las interacciones se hacían un poco más informales, incluso con el paso del tiempo, observaron que los terapeutas se vestían de manera más casual, lo que sugería que el analista podía perder también su encuadre. Sin embargo Wang (2015) sugiere que para regular este tipo de problemáticas, locación del terapeuta sea siempre la misma y que el mismo espacio/fondo en todas las transmisiones generen un sentido de regularidad.

La realidad virtual tiene un efecto de distorsión sobre la realidad cotidiana, Akhart (2011, en Bitancourt et al, 2016) menciona que las experiencias cibernéticas hacen sentir a la persona que la realidad externa está más cerca, brinda un sentimiento de libertad de expresión del mundo interno a través de diferentes medios y cambia la noción de temporalidad o de espera, permitiendo el acceso a la información de forma inmediata. Para Lisondo (2012, en Sfoggia, Kowacs, Bento, Braga, Bassols, Trelles, Machado, Valle, Benetti, Pigato, Stella & Laks, 2014) la mediación de las nuevas tecnologías en las experiencias terapéuticas, impiden al consultante a llegar a estados mentales más primarios como se logra cuando están en sesiones cara a cara a través del análisis de la transferencia y contratransferencia a partir de las señales sensoriales que aparecen en la consulta (Wang, 2015). Las TICS trasladan el foco de las interpretaciones a los contenidos netamente verbales, creando una dificultad para trabajar con las intuiciones y las defensas emergentes en las interacciones virtuales, ya que, el espacio intersubjetivo del análisis online se llena de identificaciones proyectivas que no siempre son evidentes y pueden generar varias confusiones en las interpretaciones.

A continuación se mencionan algunas contradicciones que se deben considerar de el enfoque integrativo relacional, al trasladar su ejercicio al terreno virtual (Gaviã, Camargo, Palis, Ricci, de Freitas y Degani, 2011, en Sfoggia et al. 2014).

Lo real vs lo virtual. En las plataformas virtuales o incluso en las redes de comunicación tipo Skype o WhatsApp, existen “avatares” o “yos cibernéticos” en perfiles con nombres y fotografías, algunas veces editadas, que cumplen la función de un “yo ideal” que protege del contenido latente a los consultantes y de los terapeutas (Muros, 2011). Depende de la perspicacia del terapeuta saber leer a los consultantes, identificando en los elementos simbólicos de los avatares y perfiles, pues en ellos están las proyecciones del contenido intrapsíquico del sujeto (Burcham, 2014), incluyendo las plataformas que elije el consultante para acceder a terapia (Savege, 2013)

La presencia vs la ausencia. Desde una perspectiva dinámica, el espacio físico del consultorio toma una representación simbólica de un espacio seguro y acogedor, al cual se acude cada vez que se desea consultar al terapeuta. En las plataformas virtuales o en la consulta vía correo electrónico, una de las características del servicio es la disponibilidad en horarios no habituales y consultas desde la comodidad del hogar; lo que diluye un poco la diferencia entre la presencia y la ausencia del terapeuta. Esto tiene un profundo significado desde este enfoque porque la transición física de entrar y luego salir del espacio del consultorio es remplazada por un “click” en el momento del cierre. Isaacs (2015) señala que esto genera una ligera confusión y entorpece la “digestión” de las sesiones por parte del consultante, incluso puede afectar a los terapeutas para recordar las sesiones ya que a nivel neurológico hay también una desorientación, al no tener un desplazamiento físico y es difícil generar la noción de los cortes temporales.

Sin embargo, estas modalidades son efectivas en tratamientos que deben suspender los encuentros cara a cara debido a viajes temporales tanto de los consultantes como de los terapeutas y ayuda a mantener la alianza de trabajo a lo largo del proceso. (Sfoggia, 2014)

Lo expuesto vs lo oculto. Desde el enfoque integrativo relacional, existen muchos contenidos ocultos o implícitos que son sujetos a elaboración a través del análisis de la transferencia, la contratransferencia y las defensas psíquicas. Y es un poco difícil acceder a esos contenidos a través de las interacciones con tantos elementos distractores que se presentan en las intervenciones virtuales. Isaacs (2015) comparte en su libro “Screen relationships: *The limits of computer mediated psychoanalysis and Psychotherapy*” que en algunos estudios de caso de atención por video llamada, algunos consultantes que tuvieron varias sesiones de análisis vía Skype, solo se observaban – o se hablaban- a ellos mismos en la pantalla y no al analista que estaba “del otro lado”. En las interacciones virtuales, esto no es posible de detectar fácilmente puesto que la imagen proyectada en la pantalla en las teleconferencias, no permiten establecer un contacto visual real. Ejemplos como este, se encuentran en otro tipo de investigaciones sobre la disposición del terapeuta y el consultante en las consultas telefónicas, ya que muchas veces la postura corporal o la disposición de la persona (algunos terapeutas o consultantes están vestidos con pijama en la sesión), cambia entre un entorno en el que se está siendo observado, a otro en el que solo se escucha una voz.

Otro aspecto relacionado con esta confusión, es que se ha evidenciado que algunas veces los terapeutas buscan al consultante por curiosidad y para verificar la información

que les ha sido suministrada por ellos (Sfoggia et al 2014) y en contraposición, algunos consultantes tienen fantasías de control omnipotente al poder esconder ciertos elementos del terapeuta, o al investigar sobre este en sus redes sociales y conocer aspectos privados de este (Trotta, en Sfoggia et al, 2014).

La proximidad vs la distancia. Las nuevas formas de comunicación son un reto para que el terapeuta mantenga el anonimato, abstinencia y neutralidad. Por ejemplo, hay evidencia que algunos aspectos en la relación terapéutica cambian, cuando el consultante descubre el facebook del analista (Kwoacs, en Sfoggia, 2014) o viceversa. Esto se relaciona a la forma en la que algunos consultantes establecen sus relaciones vinculares con los terapeutas virtuales, buscando las redes sociales de los mismos e incluso enviando solicitudes de amistad mostrando el deseo de perpetuar la cercanía con el terapeuta. Los clientes también pueden acceder a la página web personal del terapeuta o iniciar sesión en grupos de discusión en línea a los que también pertenece el terapeuta y generar conflictos al cruzar los límites de la vida privada del terapeuta, pueden incluso usar el internet para acosar a los terapeutas actuales o antiguos (Childress, 2000b).

Ellos sugieren que cuando lo anterior sucede, es importante discutir en persona la solicitud de amistad con el paciente para comprender los motivos de estas peticiones. Sin embargo, ellos también aclaran que esto no es nuevo, ya que antiguamente sucedían fenómenos similares con los mensajes de voz en las máquinas contestadoras o la correspondencia. Cabe aclarar que este tipo de situaciones no son exclusivas de este enfoque terapéutico, solo varía la forma en la que se elabora.

La comunicación vs la confusión. Isaacs (2015) observó en sus investigaciones con consultantes y colegas, que en las sesiones virtuales había una dificultad para manejar los silencios y los cierres de sesión, ya que los primeros se asociaban a fallas en la conectividad lo que tenía un efecto diferente a los silencios terapéuticos en la terapia cara a cara, y en los cierres, algunos terapeutas experimentaban sentimientos de culpa cuando “daban click” a la opción de colgar o salir de la video llamada, antes que sus consultantes; adicional a esto, sus estados y los de sus consultantes en las plataformas continuaban como “activos” o “en línea” incluso cuando se había finalizado la sesión y esto les generaba contradicciones.

Bitencourt et al (2014) también mencionaban que las fallas en la conexión virtual pueden distorsionar la percepción y por lo tanto la interpretación de las disrupciones y resistencias, ya que pueden existir dificultades de conectividad reales por problemas técnicos que interrumpan las sesiones o imposibiliten la continuidad de las mismas y eso

puede mal interpretarse como resistencias al proceso terapéutico. Esto requiere de un trabajo mental permanente por parte del terapeuta que lo mantenga en ejercicios constantes de autoobservación y trabajo consigo mismo para que el ejercicio terapéutico no se vea desfigurado (Lisondo en Sfoggia 2014).

En términos generales, no se encuentra mucha bibliografía que soporte estudios realizados desde el enfoque psicodinámico en diferentes poblaciones. Lipovestsky & Charles (en Sfoggia et al 2014) mencionan que es posible que la ausencia de estudios con enfoque integrativo relacional, responde a la tendencia posmoderna de buscar encuentros rápidos y con resultados inmediatos, debido a la necesidad de consumir tiempo aceleradamente, lo que no sucede en las terapias psicodinámicas y relacionales, que suelen durar más tiempo que otras de cohorte más operativo. Teóricamente, es difícil que las perspectivas psicodinámicas se traduzcan al lenguaje del consumo inmediato y pragmáticamente, su metodología solo puede ajustarse a las nuevas formas de interacción virtual.

2.1.5. La confidencialidad

En la terapia online, existen casi los mismos riesgos en términos de confidencialidad que en las terapias tradicionales; la variación más relevante responde a que dicha terapia se lleva a cabo en una dimensión cibernética en la que existen riesgos que no se contemplan en las terapias cara a cara, como mencionamos anteriormente. Asuntos como la suplantación de identidad (Muros, 2011), los permisos parentales para usuarios menores de edad, la filtración de información en redes sociales, las fallas de los motores de búsqueda, los virus, los hackers, las fallas tecnológicas, fallas en los sistemas de seguridad (Hughes, 2000) y otros posibles riesgos de divulgación de los datos e información, pueden ocurrir durante la entrega del servicio y los terapeutas deben contar con un seguro que soporte este tipo de fallas (APA, 2013).

Para hacer un uso correcto de documentación en las terapias virtuales, se recomienda a los terapeutas tomar las medidas de seguridad necesarias para proteger los datos y la información del cliente de cualquier acceso o revelación no deseada (HIPAA, 2019). Es por eso que existen alternativas digitales para que el servicio prestado cuente con una forma de registro que permita a los terapeutas supervisar la verificación de los datos brindados por los clientes, así como la firma del consentimiento informado. Se recomienda al terapeuta virtual que a la hora de iniciar un proceso terapéutico, explicita claramente el tipo de tecnología de telecomunicación que se van a emplear durante el

tratamiento, informando cuál va a ser su uso y cuál será el medio principal de contacto (Baker, en APA 2018).

Algunas revisiones sistemáticas, plantean llevar el registro literal de la información que se abordó durante la sesión, es un aspecto positivo que ofrece la terapia virtual (Sfoggia et al 2014; Bietancourt et al, 2016). El registro sistemático de los correos electrónicos, los mensajes en línea y el registro de la fecha y duración de las videollamadas realizadas, permite llevar un mejor control de las sesiones ya que permite el seguimiento del proceso y facilita el registro de la información o notas evolutivas de cada consultante. Adicional a eso, la información terapéutica que queda almacenada, es usada ocasionalmente, como material para el análisis en sesión con el propósito de ver los avances en el proceso, o como forma de entrenamiento del propio terapeuta al revisar cuidadosamente sus intervenciones y supervisar aspectos de la contratransferencia (Wang, 2015).

Cabe mencionar que, la atención virtual requiere de sistemas especializados de información que permitan encriptar la información y los datos privados de los consultantes, lo que significa que la información es protegida y almacenada en la memoria de las plataformas o aparatos que se emplean en la terapia virtual y está únicamente disponible para el terapeuta o el soporte técnico en caso de ser necesario (HIPAA, 2019). Debido a esto se recomienda almacenar respaldo de dicha la información en otros dispositivos diferentes a los que se usan para la atención virtual, en caso de que estos presenten fallas.

2.2. Ámbitos de aplicación

2.2.1. Terapia individual con adulto.

Con base en la bibliografía revisada, la terapia individual con adulto ha sido la modalidad terapéutica más utilizada en las terapias virtuales. Especialmente para clientes con ciertos problemas sociales como el aislamiento, la fobia social, trastorno de ansiedad generalizada (Henderson, en Carter 2019, IACP, 2019), también para población con trastorno de estrés postraumático (Stasiak et al, 2013), ataques de pánico y depresión mayor (Bitencourt et al, 2016). No es recomendable para casos en los que hay riesgo de suicidio, agresión extrema y automutilación (Elliot, 2008; Sfoggia, 2014; Bitencourt, 2016) pues resulta muy difícil hacer un seguimiento y acompañamiento adecuado vía online.

En casos en los que el motivo de consulta suele despertar algo de estigma a la hora de solicitar ayuda profesional desde la perspectiva del consultante, estas terapias brindan la posibilidad de escoger las modalidades de interacción con los terapeutas y esto aparentemente genera una sensación de protección y emponderamiento en el proceso terapéutico. Se ha descubierto que esto tiene un efecto positivo en poblaciones como personas con estrés postraumático, grupos de mujeres con pérdidas o abortos durante el embarazo (Kersting, Kroker, Schichty Wager, 2011), estudiantes universitarios con factores de riesgo en desórdenes alimenticios (Bauer, Moessner, Wolf, Haug & Kordy, 2009) y desórdenes sexuales (Hall, 2004 en Bitencour, 2016). Uno de los aspectos positivos de las intervenciones digitales en tratamientos con trastornos alimenticios, es que las personas se involucran más en el tratamiento al recibir terapia de una forma más intensiva (Bauer et al, 2009; Jones, en Novotney, 2017)

Existen también algunas restricciones en personas que consultan por problemas en relaciones abusivas, ya que la mayoría de los casos estudiados reportaron personas que consultan vía online porque tienen restricciones para acudir físicamente al psicólogo (Carter, 2018) y en casos de riesgo contra su integridad física, acceder a este tipo de consultas acarrea unos compromisos legales delicados, debido a la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran. Para este tipo de población, resulta más efectivo que se apoyen diferentes recursos terapéuticos basados en internet, como las cápsulas de video con material psicoeducativo, algunas aplicaciones o simuladores virtuales para tratar la reducción de los síntomas (Botella et al, 2004) o incluso, informarse acerca de las alternativas para garantizar protección de sus derechos. Este tipo de intervenciones son utilizados en personas con esquizofrenia (Rotondi et al, 2005 en Soto, et al, 2010)

Otro tipo de población que no es recomendable tratar por medios virtuales, son las personas con adicciones o pacientes con diagnósticos muy delicados de trastorno de personalidad (Novotney, 2017) ya que la ausencia de encuadres terapéuticos claros, puede incrementar en lugar de reducir los síntomas asociados a ansiedad. No obstante, el World Journal of psychiatry (en Cherry, 2018) realizó estudios de satisfacción con algunos pacientes que se encontraban en recuperación de sus adicciones y detectó que para algunos casos, la compañía virtual del terapeuta en momentos de crisis fue un factor protector ante las recaídas (Soto et al, 2015).

Pocas investigaciones de las revisadas en la literatura, tenían caracterizaciones detalladas del tipo de consultantes que más demandan el servicio terapéutico virtual. Barak et al, analizaron 97 trabajos investigativos y encontraron que en la mayoría de los casos,

los participantes que más participaban en estos programas terapéuticos, eran adultos entre los 25 y los 39 años, seguidos de los adultos jóvenes de 19 a 24 años. La edad que menos recibió atención virtual, fue de los 40 años en adelante y muy pocos casos investigaron en adolescentes de 18 años o menores.

2.2.2. Terapia individual con niños y adolescentes.

Como se mencionó previamente, la terapia virtual no es recomendable para el trabajo con niños y adolescentes, sin embargo, se recomienda el uso de elementos terapéuticos virtuales como alternativas de trabajo para casos muy específicos. Los niños que requieren tratamiento en el manejo del dolor (por condiciones crónicas de salud), el manejo de algunas conductas agresivas, niveles de estrés por los tratamientos médicos y otros síntomas de ansiedad o depresión asociados a sus estados de salud (Stasiak et al, 2013). Actualmente existen varios juegos especialmente diseñados para modificar algunos patrones de comportamiento en los niños, que se desarrollan en simuladores virtuales en los que se consigue ganar en las diferentes pruebas o niveles, adquiriendo habilidades de autocontrol, automonitoreo y manejo del estrés y la atención. (Por ejemplo: “The journey to the wild divine, Bell, 2003 y Freeze-Frame 2.0, Childe, 2005; en Stasiak et al, 2013).

En algunas investigaciones se encontró evidencia de terapias virtuales con adolescentes, a través de plataformas con simuladores en los que se crea un “Avatar” o representación gráfica de los usuarios que se ajusta de acuerdo a las preferencias del mismo. Y se programaban encuentros entre terapeutas y consultantes por medio de estas plataformas para realizar un entrenamiento en habilidades sociales que permitieran superar fobias sociales (Bitencourt et al 2016). Sin embargo son estudios demasiado específicos que tienen diferentes limitantes para ser replicados en nuestro país. Por esta razón, este tipo de terapias con jóvenes no se considera tan viable.

2.2.3. Terapia de pareja y terapia familiar.

Aunque existen diferencias entre la terapia de pareja y la terapia familiar, se tomarán estas dos intervenciones como equiparables, ya que involucra el trabajo con un sistema compuesto por dos o más miembros en una relación vincular.

La terapia virtual para familias, consiste en un encuentro terapéutico online de un terapeuta con los miembros de una familia que también se encuentran en diferentes locaciones (Hall, 2013). Se utiliza cuando las condiciones de vida, condiciones académicas

o laborales, llevan a que uno o varios miembros de la familia emigren. Las sesiones de estos grupos, se hacen a través de encuentros en plataformas virtuales.

Hall (2013) asegura que los programas de intervención familiar online, deben recolectar información relevante, como los datos sociodemográficos de los miembros, las quejas principales, historias previas de psicoterapia, la red de apoyo familiar, aspectos educativos y vocacionales en la familia, fotos de la familia, el genograma y otros instrumentos de evaluación a través de cuestionarios que deben ser desarrollados en familia (pp:41) Algunas de las problemáticas principales para la terapia de pareja son: infidelidad, problemas sexuales, problemas maritales, conflictos entre los miembros de la pareja y el desarrollo personal de cada miembro (Jedlicka y Jennings, 2001; en Barak et al, 2008). Para las familias: relaciones mal adaptativas, hijos inestables emocionalmente, fallas en la comunicación, adolescentes con problemas de peso o seguimiento de la norma, adaptación a cambios familiares (Barak et al, 2008; Wrape et al, 2018), entre otros.

Una de las ventajas de la terapia familiar, es que cuando los miembros de la familia están juntos, resulta más fácil trabajar con los aspectos del lenguaje no verbal a través del trabajo estratégico con los miembros de la familia, pidiéndoles observaciones y reflexiones sobre los estados emocionales de los otros miembros (Wrape & McGinn, 2018). Se puede hablar sobre los bloqueos corporales, los lugares que se ocupan, la distancia y cercanía entre los miembros de la familia. Esto también da cuenta de las dinámicas de poder (In, 2002; en Hall, 2013) que se pueden presentar en los miembros del sistema ya que ocasionalmente los miembros compiten entre ellos para participar en las sesiones y eso puede ser un poco difícil de manejar, a través de una video llamada.

En este contexto, es posible trabajar con población infantil en etapas tempranas de su desarrollo. Wang (2015) realizó una revisión de varios casos en los que se empleaba la observación por videollamada a madres y padres interactuando con sus bebés para analizar con los adultos, aspectos del cuidado de los niños. Llegó a la conclusión que a pesar de las limitaciones físicas de la terapia, la terapia virtual introduce nuevos elementos para el psicoanálisis de las familias que participaron en esta modalidad terapéutica; inicialmente consideró como un obstáculo que el terapeuta no tuviera la posibilidad de regular el entorno en el que se realizaron las observaciones, ya que ocasionalmente se daban interrupciones de otros miembros de la familia o había dificultades para sostener la atención de los consultantes. Sin embargo, estos aspectos le brindaron información más “natural” sobre las interacciones reales de las familias y pudieron emplearse como material que podía ser interpretado en sesión.

2.2.4. Terapia grupal

Se realiza por medio de foros o plataformas de mensajería instantánea que permiten la participación de varias personas al mismo tiempo, aunque actualmente hay aplicaciones de videollamada (ZOOM, Hangouts, WeChat, Workplace de Facebook, entre otras) que permiten hacer llamadas grupales con y sin video, moderadas por una persona que actúa como administrador de la llamada, controlando el número de participantes y coordinando sus intervenciones.

En estas plataformas, comúnmente los participantes utilizan nicknames o apodos para identificarse en los chats y conservar el anonimato (Bakar et al, 2008), en otras aplicaciones, es necesario crear un perfil para acceder a estos servicios, con la autorización del administrador de la llamada, que en ese caso; es el terapeuta. En el análisis de este tipo de intervenciones, los clientes valoran el anonimato como algo conveniente y positivo para la apertura emocional, sin embargo, hay mayor preocupación acerca de la confidencialidad y la privacidad de la información que se comparte (Young, 2005; en Barak, 2008) pues no hay certeza de que las otras personas respeten la confidencialidad de lo que se trabaja a nivel grupal.

Barak y Beloch (2006, en Barak et al, 2008) mencionan que en las intervenciones grupales vía chat, cualquier detalle de la forma en la que se desenvuelve la terapia impacta la forma en la que los clientes perciben el nivel de ayuda que reciben. Por lo que se recomienda que para este tipo de intervenciones, se incluya en el consentimiento informado total claridad sobre las condiciones de confidencialidad necesarias para desarrollar la terapia grupal de una forma adecuada y se haga énfasis en las primeras sesiones la psicoeducación sobre las terapias grupales y las modalidades virtuales de terapia para poder realizarlas.

2.3. Metodologías

Después de evaluar si el perfil del consultante es adecuado para este tipo de servicio terapéutico, la primera sesión debe ser dedicada a la psicoeducación sobre la metodología de la *e-therapy* y los posibles riesgos que hemos mencionado, esto hace parte de la preparación para del tratamiento. Luego de esta primera intervención se puede corroborar

que el consultante está de acuerdo con esta modalidad de atención y que el servicio elegido es el apropiado (Human Givens institute, 2019).

Idealmente, en el encuadre terapéutico los clientes deben comprender totalmente los beneficios y los riesgos potenciales asociados a estas intervenciones antes de firmar el consentimiento, sin embargo, Childress (2000) menciona que hay un factor de riesgo frente a la firma del consentimiento informado que se relaciona con la apertura emocional prematura de los consultantes que acceden a este tipo de servicios. Varios investigadores señalan que es común que en la práctica virtual el consultante se sienta demasiado cómodo al incursionar en esta modalidad, posiblemente se deba a que las consultas generalmente se dan en una zona física que le resulta familiar y esto en unión a lo novedoso que pueden ser este tipo de servicios, puede hacer que las personas se apresuren a compartir sus problemas emocionales antes de haber comprendido plenamente el consentimiento (Baker, en APA 2018).

En el contrato terapéutico, es importante aclarar las condiciones y límites de la relación terapéutica virtual, estableciendo los horarios de disponibilidad del terapeuta y los medios por los cuales se puede establecer el contacto el consultante. Se debe ser explícito y detallado acerca de estos aspectos, especialmente con modalidades de mensajería instantánea o correos electrónicos, pues los clientes pueden recibir alertas cada vez que el terapeuta está en “línea” en las diferentes plataformas y pueden enviar mensajes instantáneos para que realicen charlas cada vez que el terapeuta inicie sesión o pueden continuar enviando correos electrónicos al terapeuta después finalizar la relación terapéutica (Maleen, Jenkins, Vogel & Day, 2010). Los terapeutas virtuales deberán considerar su respuesta a este tipo de situaciones y discutirlos en sesión, cada vez que se presenten.

Se debe hacer una aclaración sobre las condiciones necesarias para poder desarrollar la atención online. Por eso, para brindar un servicio adecuado de atención virtual se debe saber cuáles son los tipos de conexiones de telecomunicación disponibles en nuestro territorio; normalmente se ofrece una cobertura promedio de 3,8 megas por segundo de velocidad en internet (MinTIC, 2018). Lo que hace que exista una cobertura general a nivel nacional que cumple con las condiciones necesarias para ofrecer un servicio terapéutico virtual de una calidad aceptable en modalidades de video llamada y mensajería instantánea.

Frente al tema del pago de los honorarios en la terapia virtual, no se encontró información al respecto en la literatura revisada. Sin embargo, tras visitar diferentes sitios

web nacionales e internacionales que ofrecen servicios de terapia virtual, es posible decir que es incierto afirmar que existe un estándar para realizar los pagos de las sesiones virtuales. Casi todos los servicios visitados utilizan plataformas virtuales de pago para hacer transferencias y consignaciones a través de internet, sin embargo, algunas plataformas solicitan el pago inicial de una membresía para tener acceso a la comunidad terapéutica virtual, antes de iniciar el proceso terapéutico. Esto puede tener efectos como generar desconfianza en algunos usuarios que no están acostumbrados a pagar antes de recibir el servicio y, al mismo tiempo, puede generar expectativas más exigentes sobre la calidad de terapia que esperan recibir.

Por otro lado, algunas plataformas ofrecen la primera sesión de forma gratuita y luego de generar la confianza en el consultante, establecen los acuerdos sobre el pago; estos se pueden hacer por cada consulta o en un acumulado mensual para hacer una única transferencia virtual del dinero. Esta postura tiene dos efectos en las relaciones terapéuticas virtuales; el primero de ellos es que puede afectar un poco las expectativas de la persona frente a los costos del servicio, ya que los pagos por sesión, implican transferencias periódicas que suelen ser más costosas que la terapia presencial por las comisiones que se deben pagar a las plataformas bancarias por cada transferencia. El otro aspecto a reflexionar, no es tan procedimental como el anterior, sino que se relaciona con el tipo de consultantes que acceden a estos servicios.

La oferta de sesiones gratuitas puede promover dinámicas de *consumo* irresponsable de los servicios terapéuticos virtuales, ya que puede promover una actitud similar a la del “comprador fingido” que mencionan Fischl Weakland y Segal (1984) en el libro “La táctica del cambio” para hacer referencia a los consultantes que acuden a terapia pero no se comprometen con los procesos. Ellos utilizan la metáfora de los “compradores fingidos” que entran a una tienda y sin la intención de comprar algo, pero pretenden que lo van a hacer mientras “pasa la lluvia”, la cual representa una crisis emocional, una situación familiar o un evento parecido que lo “obliga” a asistir a terapia. Estas personas pueden sentir momentáneamente que deben acudir a terapia, normalmente coactados por factores externos y pero no reconocen en ellos una problemática a trabajar. Esta comparación se puede aplicar a los clientes que acceden a primeras sesiones gratuitas, una y otra y otra vez, pero no inician un proceso terapéutico que les exija compromiso representado a través de los pagos regulares. Sin embargo esto habría que analizarlo en futuras investigaciones.

Desde la perspectiva del terapeuta virtual que trabaja de manera independiente, es posible emplear algunas estrategias para resolver las posibles dificultades en temas de

honorarios cuando existe desconfianza de los pagos por medios virtuales. En el establecimiento de las tarifas, es importante considerar si se mantienen los honorarios de la atención presencial o si es necesario realizar algún ajuste basados en los posibles costos extra de las transferencias bancarias provenientes del exterior. Al igual que en las sesiones presenciales, se debe pactar con el consultante si el pago se realizará por sesión o un pago mensual con el total de las intervenciones realizadas.

2.3.1. Modalidades de terapia virtual

Dada la complejidad (instrumental y técnica) de los canales por los que se configura y mantiene el vínculo terapéutico, se delimitarán las videollamadas como **medio** principal para el desarrollo de la terapia virtual. Otros medios como los correos electrónicos, los chats de mensajería instantánea y la videollamada sin imagen, se considerarán como recursos secundarios cuando la conectividad a internet, no permita las videollamadas.

Se excluirán las plataformas o foros de participación virtual colectiva ya que en su mayoría, estas modalidades permiten el anonimato de los participantes y esto resulta más difícil de monitorear en un estudio piloto inicial.

Al decidirse por el uso de estas intervenciones, es muy importante garantizar que no se va a violar el principio ético de no generar daño a los consultantes. Por eso se describen las principales fortalezas y limitaciones de cada modalidad mencionada.

- *Videollamadas:* Por este medio la comunicación es verbal y visual, es conducida en tiempo real por los canales de internet o transmisión simultánea (IACP, 2019). Se puede realizar por medio de diferentes aplicaciones diseñadas especialmente para eso, tales como Skype, Face time, Viber, entre otras. Sin embargo, se debe procurar tener un buen equipo físico con una cámara y un micrófono de buena definición, también se debe tener una conexión adecuada a internet por lo que la transmisión de datos audiovisuales en tiempo real consume bastante capacidad para hacer sostener la conversación el tiempo necesario.

En esta modalidad, se incluyen las videollamadas sin imagen, a través de las mismas plataformas mencionadas, ya que muchas veces, desactivar la imagen es la mejor opción para mejorar la conectividad durante la sesión. Las llamadas telefónicas virtuales permiten realizar consejería a través del intercambio verbal en tiempo real, entre el consultante y el terapeuta (IACP, 2019), sin embargo la consulta netamente telefónica

puede ser un poco desorientador (Lisondo, en Sfoggia, 2014; Isaacs, 2015) ya que limita la interacción al nivel verbal y esto reduce la capacidad de lectura del interlocutor. No es tan recomendable y la evidencia muestra que reemplazar video llamada por audio, no contribuye significativamente a la terapia sino que disminuye la satisfacción de los consultantes con el servicio (Barak et al, 2008).

Algunos aspectos a favor de las videollamadas es que es la modalidad de atención virtual que ofrece el servicio más completo en términos sensoriales y es de fácil acceso (Teufel-Prida, Raglin, Long & Wrick, 2018). A pesar de esto, Lisondo (en Sfoggia, 2014) critica el uso de este medio ya que no se puede observar la parte baja del cuerpo y no se ve el ambiente en el que se encuentra la persona abiertamente. Esto tiene varias implicaciones en la forma de interactuar con el otro, ya que algunos clientes pueden cambiar ligeramente su forma de hablar, si ellos piensan que hay alguien más en el otro lado de la pantalla (distinto al terapeuta) que pueda escuchar la conversación que se tiene (Carter, 2018) Este tipo de reacciones, provee a los terapeutas virtuales de material interesante para analizar ya que da pistas sobre el tipo de relación y confianza que se tiene con el terapeuta.

- *Modalidades de atención secundarias:*

- *a. Atención vía email:* La comunicación privada por medio escrito entre el cliente y el terapeuta ocurre por un intercambio asincrónico de información (Ainsworth, 2004 en Baker et al, 2011), la llegada y la respuesta a los correos no ocurre de manera simultánea a lo que se está experimentando sino que se recibe en otro momento temporal (IACP, 2019).

Varios estudios han observado que la atención virtual basada en la comunicación escrita, favorece la apretura emocional de algunos consultantes en menor tiempo que las intervenciones cara a cara (Barak, Boniel-Nissim & Suler, 2008, en Baker et al 2011) las cuales pueden ser un poco más intimidantes para ciertos consultantes. También reflejan una alta capacidad reflexiva sobre lo que consultantes y terapeutas comparten, ya que hay una mayor consideración o meditación de lo que escriben (Bitencourt, 2014). Algunas personas son mejores escribiendo que hablando

Anhony (2000 en Writgh, 2002) menciona que el rapport entre el cliente y el terapeuta en el cyberspacio, se desarrolla no por la reacción ante la presencia física de otro, sino por la capacidad de centrar a comprender los constructos mentales del cliente vía escrita. Es por eso que la ventaja de la terapia por correos electrónicos radica

en que las personas contestan a conveniencia en los tiempos en los que cuentan con mayor disposición. Adicional a esto, le ofrece al terapeuta más tiempo para elaborar mejor sus respuestas y puede generar una sensación de trabajar más profundamente y abarcar más cosas que las sesiones cara a cara (Childress, 2000b). Para los terapeutas es mejor para responder con mayor meditación preguntas difíciles.

Se puede almacenar un historial de correos que permiten ver el avance y el progreso de las sesiones y llevar este registro, permite monitorear las propias intervenciones y reflexionar sobre la capacidad de redacción y de escritura. Adicional a esto, llevar un seguimiento de las diferentes intervenciones y esto permite llevar el control de algunas fallas en la generadas por la atribución de tonos emocionales diferentes en el momento de leer los textos favoreciendo las malas interpretaciones (Evans, 2009)

b. Chats en tiempo real o mensajería instantánea: Este es un servicio de atención inmediata por conexiones simultáneas o plataformas virtuales en las cuales se llevan a cabo las por medio del intercambio de mensajes escritos (MinTec, 2019). Normalmente la aplicación o plataforma notifica cuándo el interlocutor se encuentra en línea, cuándo lee y cuándo está escribiendo el mensaje. Por esta razón, es importante establecer horarios de atención específicos para los consultantes, con el ánimo de hacer un uso adecuado de este medio. (IACP, 2019).

Esta modalidad requiere de entrenamiento personal porque se deben usar algunas técnicas de imaginación para completar los vacíos que quedan de la interacción netamente escrita. Ocasionalmente, el uso de emoticones o iconos de representación gráfica que hacen alusión a algunas emociones, complementan el tono emocional de los mensajes transmitidos por los consultantes. También se recomienda utilizar algunas expresiones abreviadas e informales que brindan una sensación de cercanía a estas interacciones (Cocklell, 2018).

Al igual que los correos electrónicos, la intervención escrita parece ser más cómoda para el cliente para definir y explorar sus propias experiencias y sentimientos. Sin embargo, la atención virtual por mensajería instantánea es la que presenta un mayor riesgo en los errores de comunicación entre terapeuta y consultante. Como lo mencionan Bitencourt et al. (2016) en un análisis sistemático de diferentes modalidades de intervención, reveló que para algunas patologías, las terapias por chats presentaban mayores errores en la interpretación que otras modalidades. Personas con trastornos

afectivos y de personalidad, tenían la tendencia de interpretar los mensajes de sus terapeutas como más agresivos de lo que en realidad eran, generando una imagen percibida del terapeuta como alguien crítico que rechazaba al consultante.

c. Metodologías mixtas: Aquí se incluyen los diseños terapéuticos que involucran más de una modalidad de terapia virtual mencionada previamente. También se incluyen los diseños terapéuticos que utilizan sesiones virtuales y ejercicios de autoayuda mediante material terapéutico virtual, como los softwares, videos, aplicaciones y grupos de discusión a través de foros virtuales (moderados por el terapeuta) como complemento a la terapia (Bitencourt, et al, 2016).

2.3.2. Proceso de evaluación

La fase de evaluación clínica inicial es un verdadero reto en terapia virtual, es difícil leer adecuadamente el estado anímico del consultante ya que no se cuenta con muchas señales importantes para poder determinarlo. Resulta imposible detallar la apariencia de la persona, su aroma y la proximidad física que establece con el terapeuta. Tampoco se puede tener certeza sobre cuales son las deformaciones sensoriales que se producen de la imagen o audio que el terapeuta recibe a través del medio por el cual se realiza la terapia.

Es por eso que se requieren de varias sesiones de recolección de datos importantes y evaluaciones exhaustivas para completar la información faltante (Childress, 2000a). Se recomienda utilizar diferentes metodologías para realizar una correcta evaluación del consultante, para el diagnóstico y para el plan de tratamiento que se propone seguir (APA, 2013). Esto pone a prueba las capacidades clínicas del terapeuta, ya que debe construir una formulación del caso lo suficientemente completa a pesar de los múltiples vacíos en estas intervenciones. Ante esto, algunos servicios de terapia virtual proponen formularios de registro inicial para recolectar aspectos generales de la historia clínica y psicosocial de la persona antes de iniciar el tratamiento, de hecho, deben ser diligenciados obligatoria para poder ser atendidos (Hughes, 2000; APA, 2013). Durante las primeras sesiones, los terapeutas deben contrastar la información que observan con la que ha sido previamente recolectada.

Para los enfoques integrativos relacionales en terapia, se parte de una perspectiva retórica sobre la forma de comprender al consultante, sus problemas y sus posibles soluciones; en sus raíces psicodinámicas se busca el material inconsciente, preconsciente y relacional de nuestros problemas. Sin embargo, la capacidad de análisis de estos

elementos se limita a la experiencia fáctica de estar frente a una proyección de una persona en una pantalla o frente a un correo electrónico que nos pone el reto de interpretar lo que sucede respecto al otro usando contando solo con los elementos que se tienen y compensando los que no (Savege, 2013). Es por esto que algunos de los métodos de evaluación, consisten en intentos de ensayo y error, por medio de interpretaciones y verificación verbal de las percepciones del terapeuta (Kraus et al, 2004). Isaacs (2025) complementa el trabajo con el cuerpo de una forma integral al análisis que realiza, ella incluye preguntas de escaneo corporal a los consultantes, para encontrar claves somáticas que le permitan comprender mejor qué sucede “del otro lado”.

2.3.3. Algunas estrategias de intervención.

Las reflexiones más frecuentes en la literatura revisada, tienen en común que esta modalidad terapéutica es un excelente laboratorio para los terapeutas del enfoque integrativo relacional que están incursionando en la psicoterapia virtual. La forma en la que se realizan las sesiones en sus diferentes modalidades, permite tener un mejor seguimiento al trabajo realizado (Henderson, en Novotney, 2017), lo cual ofrece oportunidades constantes para entrenar y mejorar las habilidades que terapéuticas que se traen de los contextos “tradicionales”.

De acuerdo a Baker y Ray (2011), son los profesionales y no tanto los usuarios, quienes perciben un mayor cambio al trasladarse de la modalidad tradicional de terapia a la modalidad virtual. Esto se debe a que los terapeutas han encontrado una mayor exigencia en términos de técnica para lograr intervenciones adecuadas en el contexto cibernético.

Como se mencionó previamente, la primera herramienta de intervención en las terapias virtuales es la psicoeducación. Hace parte del ejercicio ético en este tipo de terapia, que exista una fase inicial en la que se aclaren las dudas y se enseñen las condiciones con las cuales se está trabajando. Los terapeutas son los que deben elegir qué tanta psicoeducación van a integrar en sus tratamientos (Childress 2000b), sin embargo esta herramienta se usa más como apoyo o complemento que como estrategia terapéutica para el tratamiento de los trastornos emocionales. Es más común usar la psicoeducación en el desarrollo de material terapéutico virtual que como forma de tratamiento.

Para Mallen (2005 en Hall, 2013) propone en que las intervenciones por medios virtuales, es muy importante verificar cómo está la empatía entre el terapeuta y el consultante, fomentando el uso de feedbacks sobre las reacciones emocionales y las

reacciones no verbales que puedan detectarse. Cuando se avanza en el tratamiento terapéutico, otra de las formas de intervención más frecuentes desde el enfoque integrativo relacional, consiste en realizar clarificaciones ancladas en el “*aquí y ahora*”. Con el fin de recordar el principio de realidad en las sesiones (Isaacs, 2015), se proponen tareas de describir la inmediatez y otros ejercicios para estar en contacto con el presente (Murphy y Mitchell, en Evans 2009). Se incluyen ejercicios de respiración rítmica con indicaciones claras en el tiempo de inhalación, sostenimiento y exhalación para favorecer el contacto con las sensaciones somáticas del momento (Evans, 2009; Isaacs, 2015)

En momentos en los que es necesario trabajar con la alianza terapéutica Collie (2000 en Wright, 2002) sugiere trabajar con el “*Emotional bracketing*” o *soporte emocional* a través de comunicaciones verbales y textuales con un contenido emocional evidente; con el fin de compensar la ausencia de claves no verbales en la interacción virtual, se busca que estos intercambios tengan cargas emocionales adecuadas al clima emocional de la sesión. En los intercambios textuales, se recomienda hacer uso de los emoticones que son símbolos semipintorescos de emociones específicas asociadas a las reacciones faciales que pueden complementar la comunicación (Cocklell, 2018) y mensajes encriptados como acrónimos similares siglas como “LOL” (por “Laught out lough” en inglés) y “ROFL” (en inglés “Rolling on floor laughing”). Antes de usarlos, se recomienda tener una adecuada lectura del consultante para determinar si es un intercambio apropiado.

También se emplean algunas *técnicas de relajación y cuidado*, tales como las visualizaciones guiadas para poder acceder a contenidos latentes con menor resistencia o simplemente con el propósito de reconfortar al cliente cuando lo necesita. Desde el enfoque integrativo relacional, el terapeuta cumple con un papel simbólico de figura de cuidado que provee al consultante de elementos que le tranquilizan en momentos de necesidad, por ejemplo, brindando un pañuelo, un vaso con agua o una cobija en el momento indicado. Sin embargo, al no tener esa posibilidad de interacción en vivo, surge la idea de trabajar con los elementos disponibles en el ambiente de la persona (Isaacs, 2015) y esto es tremendamente poderoso porque se ayuda a la persona que busque a su alrededor y en su propio espacio, esos materiales que lo pueden confortar acorde con las indicaciones del terapeuta, quien le hace énfasis en que esto proviene de sus propios recursos, lo que brinda una sensación de fortaleza interior.

2.3.4. Seguimiento e intervenciones en crisis.

Una de las preocupaciones y dilemas éticos más frecuente en las terapias virtuales es ¿qué hacer cuando los consultantes entran crisis y simplemente apagan su computador o dejan de responder? Lo más parecido a eso que puede pasar en la consulta tradicional es un silencio prolongado que viene acompañado de una actitud agresiva o resistente y en el peor de los casos un intento por abandonar el consultorio o agredir al terapeuta. No obstante, son situaciones manejables con la ayuda de las personas que estén cerca del consultorio, como la persona encargada de la recepción, algún guarda de seguridad o incluso los servicios de emergencia hospitalaria con los que cuentan algunos servicios de atención psicológica. Pero no hay protocolos o guías para el manejo virtual de casos clínicos con riesgo suicida o comportamientos agresivos.

Un primer filtro para evitar situaciones de riesgo en los consultantes que usan la terapia virtual, es la abstinencia de atender casos con perfiles suicidas, con historias de intento de suicidio, víctimas sexuales, comportamiento agresivos o amenazantes hacia terceros, tratamientos para adicciones, alteraciones alimenticias nerviosas u otras problemáticas de orden psiquiátrico que ocasionalmente requieren de hospitalizaciones o terapia intensiva (Childress, 2000b). Sin embargo, cuando ya se está atendiendo vía online a la persona con estas problemáticas, es necesario tomar medidas para garantizar el bienestar del consultante.

Lo recomendable es, en lo posible, evitar el anonimato y discutir con el consultante los planes de manejo de las crisis y así como planear futuras estrategias para el manejo de las mismas (Childress, 2000b). Algunas medidas son activar el servicio de localización GPS del usuario para garantizar que hay un seguimiento, así como incluir una dirección física validada y un número de teléfono adicional para poder contactar al usuario o a un contacto de emergencia en caso de que sea necesario (Novotney, 2017a)

Estos aspectos se deben incluir en el consentimiento informado y ser discutidos en la primera sesión.

2.4.Indicadores de cambio

Bitencourt et al (2016) realizaron una revisión sistemática de 59 estudios comparativos entre la efectividad de las terapias virtuales versus los tratamientos tradicionales, en intervenciones individuales y grupales para una población mayor de 18

años; en su mayoría se revisaron estudios con enfoque cognitivo conductual y solo algunos de enfoque psicodinámico. En las diferentes revisiones sistemáticas de literatura, se encontraron frecuentemente referencias a la duración de los programas de intervención para poder ser considerados como eficaces; encontraron que los tratamientos individuales y grupales que eran periódicos (semanalmente) y de larga duración (al menos 6 semanas de constancia), mostraban mayor reducción de síntomas en los participantes que el uso de materiales terapéuticos virtuales (Barak et al, 2008; Bietencourt et al 2016).

En cuanto al cambio percibido por los consultantes, mostraron que las terapias virtuales tienen un desempeño similar a las tradicionales, solo mostraron con una mejoría ligeramente superior aquellas intervenciones realizadas por correo electrónico. Se evaluaron aspectos de la alianza terapéutica y se encontró que los consultantes tenían respuestas similares en ambos tipos de intervención, aunque la modalidad mixta (virtual-presencial o varias modalidades virtuales) fue la que más alto puntuó en la variable de alianza y efectividad del tratamiento (Ebert et al, 2013 en Bietencourt, 2016).

En términos de recursos se detectó como más rentable la terapia virtual ya que representaba menor costo a comparación de otros tratamientos (Crow et al, 2009, en Bietencourt, 2016). No obstante, esta visión se basa en indicadores económicos más que terapéuticos, ya que en algunos casos, detrás de los indicadores de cobertura y el alcance de estas modalidades terapéuticas, hay diseños de intervención fundamentados más en psicoeducación (Wantland, Portillo, Holzemer, Slaughter y McGhee, 2004 en Barak et al 2008) que la aplicación estrategias psicodinámicas para promover el cambio. Entonces, la efectividad terapéutica se puede confundir con qué tan informado está el cliente sobre su problemática o cuáles son los cambios comportamentales que puede conseguir con esto.

La mayoría de la bibliografía revisada, muestra evidencia empírica asociada a la reducción de síntomas comportamentales y somáticos (manejo del dolor y manejo de ansiedad) que se recolectan a través de autoreporte. Con base en estos criterios, se ha detectado que la terapia virtual de tipo cognitivo conductual, resultó ser efectiva para el tratamiento para el trastorno de estrés postraumático, ataques de pánico y problemas de ansiedad; mientras que para el tratamiento de pérdida de peso no resultó tan efectivo (Barak et al, 2008)

Debido a lo novedoso de este tipo de investigaciones desde el enfoque integrativo relacional, se recomienda realizar una actualización constante de búsquedas sistemáticas de investigaciones que incluyan terapias virtuales desde enfoques psicodinámicos, pues la evidencia científica encontrada en la literatura revisada, se basa en investigaciones de

cohorte cognitivo conductual. Quizás porque los diseños de la e-therapy en este enfoque, son en su mayoría, más procedimentales y algunos de estilo dialéctico comportamental, los cuales ofrecen programas prácticos basados en la consecución de logros específicos que son relativamente fáciles de cuantificar. (Stasiak et al, 2013) Lastimosamente, para el enfoque integrativo relacional no se encuentra suficiente evidencia al respecto de la eficacia de este tipo de intervención a nivel virtual, pues los estudios basados en la evidencia se limitan a un número selecto de programas (Stasiak et al, 2013). Hasta el momento, se han realizado investigaciones de tipo teórico sobre la posibilidad o imposibilidad de trasladar este enfoque al terreno virtual (Savege, 2013; Gaviã et al 2011, en Sfoggia et al, 2014; Isaacs, 2015) pero como lo señalan Barak et al (2008), los estudios sobre el tema perpetúan los vacíos teóricos al concentrar sus análisis en algunos estudios de caso particulares. Es posible decir que todavía hace falta información sobre factores como las edades de los clientes, las aproximaciones teóricas, las metodologías más eficientes y sus alcances reales.

Se alienta para futuras investigaciones que se realicen estudios piloto que puedan determinar cuáles son los indicadores de cambio necesarios para verificar la eficacia de los tratamientos de un enfoque integrativo en el ámbito virtual, ya que no se ha difundido suficiente investigación sobre cómo se comporta este modelo teórico particular en el ciberespacio para las diferentes poblaciones.

2.5. Normatividad

En este apartado se discutirán cuáles son las responsabilidades jurídicas y deontológicas de una intervención terapéutica virtual, aclarando que no existe un estándar internacional ni nacional al respecto. Se encuentran algunos códigos éticos que regulan la intervención virtual que son bastante recientes y algunos de ellos todavía se encuentran en construcción debido a problemáticas como la jurisdicción territorial (Grohol, 1999 en Baker 2011), la cual cuestiona ¿qué sucede cuando consultante y terapeuta, se encuentran en zonas con marcos legales diferentes? ¿Cuál es la normativa que predomina, la del consultante o la del terapeuta?

Para responder a esta situación la Asociación Americana de Psicología, publicó en el 2018 un *compacto* de algunos parámetros y factores legales que regulan las prácticas terapéuticas virtuales a través de una iniciativa denominada PSYPACT.

El Compacto Interjurisdiccional de Psicología (PSYPACT, por sus siglas en inglés) es una normativa de Estados Unidos aprobada en el 2015 como un acuerdo interestatal, diseñado para facilitar la práctica de la telepsicoterapia y la práctica temporal de encuentros en vivo entre cliente y terapeuta que viven en fronteras estatales diferentes (Association of state and provincial psychology boards, 2019). Este acuerdo proviene de un recurso ya existente sobre el uso de las TICS en el ámbito de la salud que se denomina “The Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH Act)” y es una ley del año 2009 que fue creada para promover el uso adecuado de información clínicamente significativa y el registro electrónico adecuado de la información sobre cualquier área de la salud. Esto implica que los proveedores de servicios de telemedicina, deben tener una certificación sobre el manejo de las tecnologías e incluir como política de sus servicios, un seguro para la protección y uso adecuado de los datos personales, con la garantía de brindar la asistencia y el soporte técnico especial que necesitan los usuarios para coordinar la conectividad en las sesiones. Esto es especialmente importante en casos de fallas recurrentes o emergencias en los que se debe responder con soporte técnico apropiado. (HIPAA, 2019).

El PSYPACT supervisa los contratos terapéuticos que se celebran entre estas dos partes para lograr un propósito específico y limitado (Siegel, en APA, 2018), así, cuando el profesional se inscribe en este pacto cuenta con licencia para utilizar los certificados que le autorizan realizar intervención virtual en otros estados; algo que ellos denominan el *E-Passport*. Con este documento, se garantiza un ejercicio regulado de la práctica virtual ya que para obtenerlo, el terapeuta debe contar con criterios tan específicos, como una licencia activa para hacer psicoterapia, la cual se otorga luego de un título de doctorado y este título debe ser acreditado por una institución que exija al menos 3 años de estudio académicos en tiempo completo, tener una licencia que certifique haber cursado materias que se correspondan a el área de políticas y procedimientos de programas de movilidad entre estados (ASPPB, 2019).

Lo anterior, restringe el campo de acción de algunos terapeutas que no cuentan con estos requisitos pero que están interesados en ejercer la teleterapia dentro de los Estados Unidos. A nivel internacional, las regulaciones varían acorde al país en el que se encuentren los usuarios y los terapeutas; en algunos países la terapia online debe ser validada como

parte del portafolio de servicios de una entidad prestadora de salud o programa oficial de telemedicina (Baker, en APA 2018, IAPC, 2019). Debido a esto, se establecen como algunas características básicas, que los consultantes deben estar dentro de las instalaciones físicas -o virtuales- de la entidad que presta el servicio, con el fin de reconocerlo como una práctica legal (Baker en APA, 2018). No obstante, esto disminuye algunos de los beneficios que tiene la telepsicología, como la reducción de los costos al ahorrar el desplazamiento de los usuarios y de los terapeutas y la normativa puede aplicar estándares de validación tan específicos, que resulta casi imposible que reconozcan y validen el servicio de psicoterapia virtual en el ámbito privado.

En latinoamérica o américa del sur, no se encuentra información al respecto ya que es un campo bastante reciente de investigación. Hasta el año 2012 el Consulado Federal de Medicina de Brasil levantó la prohibición que tenían de realizar consultas virtuales como alternativa a las visitas cara a cara de los pacientes y aclaró que solamente se recomiendan las comunicaciones a larga distancia para casos explícitamente experimentales (Conselho Federal de Psicologia, 2012; en Sfoggia et al, 2014)

En Colombia, dichos requisitos no aplican para el desarrollo de la e-therapy en nuestro país y tampoco nos aplica como colombianos que ofrecemos servicios de terapia virtual a personas en el extranjero. Por ahora, nosotros contamos con la ley 1419 del 13 de diciembre del 2010, que establece el marco legal sobre el manejo responsable de la información virtual y determina que el manejo de la información debe ser encriptada para que se salvaguarde la información que se intercambia entre dos partes enlazadas virtualmente.

En el ejercicio clínico, podemos resguardarnos en los códigos deontológicos de las organizaciones profesionales y en a las normativas del MinTec (2010) para el manejo confidencial de la información virtual. No obstante, como medida de cuidado para el ejercicio ético y de calidad de un tipo de atención virtual, se propone que para futuras investigaciones o aplicaciones piloto de este tipo de intervención a nivel nacional, dichos servicios estén cobijados dentro de un marco institucional e investigativo que medie las interacciones virtuales entre los usuarios y los terapeutas, a través de plataformas oficiales o con consentimientos informados que incluyan una cláusula del carácter experimental que tienen estas nuevas formas de hacer terapia; todo esto como una iniciativa inscrita en algún centro de servicios de atención psicológico de una institución de educación superior que promueva la investigación clínica basada en la evidencia.

Capítulo 3- Propuesta de implementación

Este trabajo de grado se propuso como sustento teórico del enfoque integrativo relacional para una propuesta de protocolo de atención virtual, enmarcada en los estándares éticos y normativos, disponibles para regular este tipo de intervenciones. El objetivo principal fue brindar un bosquejo general de las definiciones básicas de la terapia virtual, las particularidades de este modelo de atención y la aplicación del enfoque integrativo en estas terapias. Si bien, se encontraron varios limitantes debido a la escasa literatura especializada que se encontró; esta ausencia de material, sugiere que es un terreno fértil para un futuro desarrollo teórico e investigativo en esta área.

Se describieron los elementos principales para tener en cuenta a la hora de caracterizar un servicio de alta calidad, pues se contemplaron las principales ventajas y desventajas del enfoque integrativo relacional, llevado a este modelo. Luego de realizar la descripción de los principios básicos, éticos y metodológicos fundamentales para diseñar un programa de entrenamiento en habilidades terapéuticas para el profesional interesado en el trabajo virtual, se exponen a continuación algunas ideas para un futuro diseño de este proyecto.

3.1. Sugerencias metodológicas

Se recomienda poner en práctica los diferentes elementos conceptuales descritos a lo largo del texto. Se propone la realización de un estudio exploratorio para conocer las actitudes de los clientes potenciales y terapeutas interesados en desarrollar habilidades de atención virtual, para complementar la información teórica básica que se desarrolló en este trabajo.

Se sugiere realizar una encuesta masiva de expectativa y percepción social del de la terapia virtual en Colombia, con el fin de caracterizar a las personas que participarían voluntariamente en el estudio exploratorio, a través de un análisis cualitativo.

Se propone estudiar las características de los sitios web que ofrecen servicio de terapia online actualmente en Colombia, para encontrar los factores comunes y las modalidades de atención más solicitadas, efectivas y rentables.

Como resultado de esta investigación, se planea diseñar un protocolo de atención terapéutica virtual adecuado a las necesidades más reelevantes de los perfiles dispuestos a participar en el estudio exploratorio. Establecer las variables a investigar para determinar si el diseño del protocolo es adecuado para su aplicación.

3.2. Diseño general del pilotaje.

Se recomienda tomar una muestra a conveniencia por medio de convocatorias virtuales a través de anuncios públicos que tengan la suficiente claridad e información necesaria para que los participantes comprendan el objetivo de este estudio exploratorio. Estos avisos deben tener un diseño adecuado y deben dirigir a una encuesta virtual (puede diseñarse por Google), por medio de la cual se recolectará la información necesaria para la caracterización de los perfiles interesados quienes encontrarán la información necesaria para facilitar un juicio y una elección bien informados a la hora de brindar su información. Los psicólogos encargados de realizar esta recolección de datos, publicarán cuidadosa y objetivamente sus competencias profesionales y sus funciones en la investigación, al igual que informarán la institución u organizaciones con las que asocia el anuncio. Todas estas son características determinadas por la Ley 1090 de 2006, acerca del uso de propagandas en nuestra profesión.

Se recomienda a las personas interesadas en implementar esta propuesta, realizar los cursos de capacitación y actualización sobre el manejo adecuado de datos e información virtual de tipo confidencial que ofrece el Ministerio de tecnologías y comunicación de Colombia. Así como actualizarse en las bases de datos de la American Psychological Association ya que continuamente están publicando guías de trabajo para regular el servicio terapéutico virtual.

Finalmente, se recomienda utilizar una plataforma segura que permita recolectar la información que se pretende conseguir y utilizar de manera permanente, las credenciales que certifiquen la afiliación del estudio exploratorio a una institución de educación superior ya que por normatividad es necesario contar con un ente regulador que proteja a los usuarios y profesionales que desean incursionar en este terreno tan novedoso.

Capítulo 4 - Consideraciones finales

En este apartado se presentan algunas reflexiones personales producto de la experiencia -no sistemática- de incursionar en este tipo de terapia por medio de sesiones virtuales con inmigrantes colombianos en países de culturas tan distintas como Australia, Nueva Zelanda, Francia y Estados Unidos quienes me contactaron a través de familiares o amigos que acudían mi consultorio y solicitaron atención terapéutica a través de video llamadas. Esas experiencias resultaron enriquecedoras al enfrentarme a los diferentes retos que representa trabajar con consultantes que inicialmente no conocía en persona o con consultantes que pasaban de estar presentes en mi consultorio, a ser proyectados en una pantalla que no siempre tenía una buena calidad de imagen y sonido.

Inicialmente me era más difícil hacer los cierres de las sesiones y poder manejar los tiempos estipulados ya que me enfrenté a situaciones como caídas en las llamadas e imágenes congeladas que retrasaban un poco el inicio de la sesión, y ocasionalmente las fallas eléctricas, causaban interrupciones. Ocasionalmente, tuve que trabajar con personas que se encontraban en campamentos y en entornos rurales, lo cual hacía un poco difícil la conexión de internet y fue necesario efectuar sesiones exclusivamente por vía telefónica, esto me hizo sentir impotencia muchas veces por no contar con los recursos suficientes para hacer lecturas adecuadas de sus estados emocionales. Adicional a esto, noté que me resultaba difícil hacer intervenciones de estilo confrontativo ya que no lograba captar la atención de los consultantes en los momentos en los que surgía alguna resistencia o cuando se hacían muy notorios los estímulos distractores del entorno, incluso la pantalla flotante que refleja la propia imagen en las video llamadas.

Varias veces me cuestioné acerca de la calidad del servicio que estaba ofreciendo en estas intervenciones, por eso, ante este vacío técnico, metodológico y ético, me vi motivada a indagar sobre los parámetros necesarios para garantizar un servicio terapéutico de alta calidad a través de una modalidad virtual. Aunque algunas de mis preguntas iniciales no lograron ser resueltas del todo, es gratificante encontrar información tan variada sobre las modalidades de terapia virtual disponibles hoy en día. La desmitificación de la terapia que producen este tipo de servicios, facilita que las personas que antes tenían un estigma

alrededor de pedir ayuda en el cuidado de la salud mental. No obstante, cabe señalar que existe una predominancia de fuentes anglosajonas sobre el tema estudiado en este documento, esto va de la mano con las anotaciones que hacía Baker (en APA, 2018) al exponer que la definición de telesalud y por lo tanto la de telepsicología, puede ser construida desde dos perspectivas: la primera es como un servicio en expansión al alcance de personas en áreas remotas, lo que incrementaría la cobertura de la psicoterapia en términos geográficos y culturales. Y una segunda perspectiva, que introduce una crítica al sistema político y económico que impulsa este tipo de tratamientos; en un sentido pragmático la e-therapy es un servicio cuyo acceso es realmente limitado en países vulnerables en los que no toda la población cuenta con acceso a internet, e incluso no tienen acceso a electricidad. Colombia es uno de esos países.

A manera de reflexión personal, observo que la modalidad de intervención virtual comercializa aún más el servicio terapéutico tal y como se ofrece tradicionalmente, ya que con la tendencia del consumo inmediato de información, estos servicios se convierten en una especie de barras libres de consumo en los que las relaciones terapéuticas, el apego o la alianza de trabajo entre el consultante y el terapeuta puede variar tremendamente. A esta problemática se adhiere otro aspecto cultural que se relaciona con el manejo de los costos de estas terapias, ya que, señala Grohol (en Cherry, 2018) algunas personas están acostumbradas a recibir servicios gratuitos online, por lo que un servicio pago puede no generar mucha demanda de usuarios, especialmente si el costo es similar a los servicios que son cara a cara. Adicional a esto, hay perfiles de consultantes que tienen estilos relacionales evitativos, que les impiden confiar fácilmente en un terapeuta; por lo que estos modelos que ofrecen acceso libre a una asesoría que no demanda de constancia o permanencia, desenfoca el objetivo de estas terapias hacia un tipo de atención irresponsable.

Es por eso que el protocolo que surja del análisis teórico realizado en este trabajo, debe velar por promover dinámicas de compromiso y contacto entre las personas que elijan participar y los terapeutas que deseen realmente ser capacitados en esta modalidad de atención. Ya que al ser un área de trabajo tan reciente, tiene profundos vacíos que hacen confuso el camino para el profesional que desee iniciar este tipo de intervenciones.

Resta decir que, tal y como la revisión teórica lo indica, el ejercicio de construir un protocolo de atención virtual para Colombia es una tarea pionera para el área de investigación clínica basada en la evidencia, ya que a pesar de la enorme cantidad de

portales virtuales nacionales que ofrecen este tipo de atención, todavía no se cuenta con una guía de trabajo terapéutico online que sea validada a través de la práctica.

Referencias

- American Psychological Association (2013) *Guidelines for the practice of telepsychology*. American psychologist. Vol 68 No. 9 December. Pp: 791-800
- APA Members Services. (2018) *Telepsychology and the psychology interjurisdictional Compact (PSYPACT)*. American Psychological Association. Recuperado el 6 de abril a las 7:00hrs en <https://www.apa.org/members/content/secure/interjurisdictional-compact-telepsychology>
- Association of state and provincial psychology boards ASPPB (2019) <https://www.asppb.net>
- Baker, K & Ray, M (2011) Online counseling: the good, the bad and the possibilities. Department of psychology and child development, California State University.
- Barak, A. Hen, L. Boniel-Nissim, M. & 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. 109-160.
- Bauer, S. Moessner, M. Wolf, M. Haug, S. & Kordy, H. (2009) *ES(S)PRIT – an internet-based program for the prevention and early intervention of eating disorders in college students*. British Journal of Guidance & Counselling. Vol 37. pp: 327-336
- Benyakar, M. (2016) Lo disruptivo. El impacto del entorno en el psiquismo. En Idem, *Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. Compilado por Eduardo Ramos; Alejandra Taborda; Celeste – 1ª ed- San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Bitencourt, D. Braga, P. Trelles, C. Bassols, A. Sfoggia, A. Kowacs, C. Valle, D. Benetti, M. Bento, M. Stella, R. Pigatto, S. & Laks, C. (2016) *A psychodynamic perspective on a systematic review of online psychotherapy for adults*. British journal of psychotherapy. Vol 32 (1) pp: 79-108.
- Botella, C., Légeron, P. & Optale, G. (2004) *Cybertherapy : Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience*. IOS Press.

- Burcham, S (2014) *The emerge of virtual identities, relations and realities that arise from digital communications: implications for therapy*. Universidad de Louisiana. ProQuest, Dissertations Publishing.
- Carter, K. (2018) *Telepsychology's impact on practice*, APA. Disponible en: <https://www.apa.org/members/content/secure/impact-telepsychology> Recuperado el 20 de febrero de 2019
- Childress, C.
- a. (2000) Interactive E-mail Journaling: A Model for Providing Psychotherapeutic Interventions Using the Internet. *Cyberpsychology and Behavior*. 1999;2(3):213–221. doi: 10.1089/109493199316339.
 - b. (2000) Ethical issues in providing online psychotherapeutic interventions. *Journal of medical internet research*. Vol 1.
- Cherry, K. (2018) *What you need to know about online therapy*. Recuperado el 10 de abril a las 16:45hrs en <https://www.verywellmind.com/what-is-online-therapy-2795752>
- Cocklell, C. (2018) *iTherapy* en *The online Counselling Podcast*. Online counseling. Ep 058 Feb. Recuperado de <https://podcasts.apple.com/us/podcast/the-online-counselling-podcast/id1061512400>
- Congreso de Colombia (2006) Ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.
- El comercio (2015) *¿Escenarios virtuales favorecen la terapia psicológica?*. Grupo de diarios América; Lima.
- Elliot, R. (2008). *Research on Client Experiences of Therapy: Introduction to the Special Section*. *Psychotherapy Research*, 18, 239-242.
- Evans, J. (2009). *Online Counselling and Guidance Skills: A Practical Resource for Trainees and Practitioners*. London: Sage Publications.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Hall, T. (2013) *Internet-based family therapy from the perspective of the therapist: a qualitative inquiry*. The University of Akron, ProQuest Dissertations Publishing.
- Hertlein, K. Blumer, M. & Mihaloliakos, J. (2015) *Marriage and Family counselors' perceived ethical issues related to online therapy*. *The Family Journal Counseling and therapies for couples and families*. Vol 23 (1) 5-12

- HIPAA Journal (2019) *HITECH Compliance on the Health Insurance Portability and Accountability Act*. Disponible en <https://www.hipaajournal.com/hitech-compliance/>. Recuperado el 30 de marzo de 2019
- Human Givens Institute (2019) Online Therapy Guidelines. Ethics and conduct policy. March. Recuperado el 17 de abril a las 9:00 hrs <https://www.hgi.org.uk/about-hgi/ethics-and-conduct/hgi-ethics-conduct-policy/online-therapy-guidelines>
- Hughes, R. S. (2000). *Ethics and Regulations of Cybercounseling*. ERIC/CASS Digest. Greensboro, NC: ERIC Counseling and Student Services Clearinghouse. (ERIC ED446326)
- Irish Association for counseling and psychotherapy -IACP (2019) *Recommended approach for online counselling and psychotherapy*. Recuperado de <https://iacp.ie/onlinecounselling> el 18 de abril
- Isaacs Russell, G. (2015) *Screen Relation: The limits of computer mediated psychoanalysis and Psychotherapy*. Routledge: Oxford.
- Kersting, A. Kroker, K. Schichty, S. Wager, B. (2011) internet-based treatment after pregnancy loss: Concept and case study. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*. Vol 32. No. 77-8
- Kraus, R., Stricker, G., Speyer, C. and Speyer, C. (2004) *Online Counseling: A Handbook for Mental Health Professionals*. Elsevier Science & Technology.
- Mallen, M., Jenkins, I., Vogel, D. & Day, S: (2010) Online counselling: An initial examination of the process in a synchronous chat environment.
- Maheu, M., Pulier, M., Wilhelm, F., McMenamin, J. & Brown-Conolly, N. (2005) *The Mental Health Professional and the new technologies. A handbook for practice today*. Lawrence Erlbaum Associates; London.
- Ministerio Colombiano de tecnologías de la información y comunicaciones (2018) Gobierno de Colombia. Disponible en: <https://colombiatic.mintic.gov.co/679/w3-channel.html>.
- Minghelli, M. A. & Gomes, W. (2014) Psicoterapia pela internet: Viável ou inviável?. *Psicologia Ciência e profissão*, 34 (1), 18-31. Brasil.
- Muros, B. (2011) *El concepto de identidad en el mundo virtual: el yo online*. REIFOP, 14 (2)
- Novotney, A.
a. (2017) *A growing wave of online therapy*. *Monitor on Psychology* Vol. 48 No. 02 June. American Psychological Association.

- b. (2017) *Technology is revolutionizing practice*. Monitor on Psychology Vol. 48 No. 02 Nov. American Psychological Association.
- Reynos, D. Sitles, W. Bailer, A. & Hughes, M. (2013) *impact of exchanges and client-therapist alliance in online-text psychotherapy*. Cyberpsychology, behavior and social networking. Vol.5 pp:370-377.
- Rueda Olivella, A. (2007) *Telesalud en Colombia*. Consultor Salud Colombia. Consultado el 15 de abril a las 15hrs. Disponible en <http://www.consultorsalud.com/telesalud-en-colombia>.
- Robertson, M. Rushton, P & Wurm, C. (2008) *Interpersonal psychotherapy: an overview*. Psychotherapy in Australia. Vol 14 No. 3.
- Roesler, C. (2017) *Tele-analyses, the use of media technology in psychotherapy and its impact on the therapeutic relationship* -Journal of Analytical Psychology
- Soto, F. Franco, M. Monardes, C. & Jimenez, . (2010) *Internet y psicología clínica: revisión de las ciber-terapias*. Revista de psicopatología y psicología clínica. Vol 15, n. 1 pp: 19-37.
- Tengland, P (2009) *The goals of psychotherapy. Person-Centered and Experiential Psychotherapies: PCEP;2*, 127-142, PCCS Books, United Kingdom, ISSN 1477-9757,
- Savege Scharff, J. (2013) *Psychoanalysis Online - Mental Health, Teletherapy, and Training*. Routledge: The Library of Technology and Mental Health.
- Sfoggia, A. Kowacs, C. Bento, M. Braga, P. Bassols, M. Trelles, C. Machado, D. Valle, D. Benetti, M, Pigato, S. Stella, R. & Laks, C. (2014) *Therapeutic relationship on the web: to face or not to face?* Trends Psychiatry Psychother. Vol 36 (1).
- Shepler, M. Ho, M. Zoma, P. Bober, C. Dluzynski, J. (2016) *Perceptions of the therapist in a virtual world: an exploratory analog study*. The Humanistic Psychologist. Vol 44. No. 2, 164-176
- Stasiak, K. & Merry, S. (2013) *E-Therapy, Using computer and mobile technologies in treatment*. Textbook of child and adolescent mental health.
- Unión Internacional de telecomunicaciones (2018) Disponible en <http://www.itu.int/net/ITU-SG/regional-es.aspx>
- Wang, X. (2015) *Online psychoanalytic therapy – some insights from infant observation*. Infant Observation Journal, 18:3, 215-227.
- Wachtel, P. Kruk, J. McKinney, K. (2005) *Cyclical psychodynamics and integrative relational psychotherapy*. En In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), Oxford

series in clinical psychology. Handbook of psychotherapy integration (pp. 172-195).
New York, NY, US: Oxford University Press.

Weitz, P. (2014) *Psychotherapy 2. 0: Where Psychotherapy and Technology Meet*.
Routledge

Wrape, E. & McGinn, M. (2018) *Clinical and ethical considerations for delivering couple
and family Therapy via Telehealth*. *Journal of marital and family therapy*. 45 (2)
296-308

Wright, J. (2002) *Online counselling: learning from writing therapy*. *British Journal of
Guidance and counselling*. Vol 30 No. 3 pp: 285