

Memorias científicas del II Congreso en Salud Mental Digital

Transformando digitalmente la atención a la **salud mental en** **Iberoamérica**



Memorias científicas del II Congreso en Salud Mental Digital

Transformando digitalmente la atención a la salud mental en Iberoamérica



Memorias científicas del II Congreso en Salud Mental Digital

Transformando digitalmente la atención a la salud mental en Iberoamérica

Karen Pérez Maravi | María Aránzazu Duque-Moreno | Cibersalud
Editores

PÉREZ MARAVÍ, Karen (editora)

Memorias científicas del II Congreso en Salud Mental Digital. Transformando digitalmente la atención a la salud mental en Iberoamérica / editores, Karen Pérez Maraví, María Aranzazu Duque Moreno, Cibersalud -- Huancayo: Universidad Continental, Fondo Editorial, 2021.

ISBN electrónico 978-612-4443-29-9

1. Salud mental 2. Tecnología de la información 3. Congresos

616.89 (SCDD)

Datos de catalogación Universidad Continental

Es una publicación de Universidad Continental

Memorias científicas del II Congreso en Salud Mental Digital. Transformando digitalmente la atención a la salud mental en Iberoamérica

Editoras: Karen Pérez Maraví, María Aranzazu Duque-Moreno y Cibersalud

Primera edición

Huancayo, abril 2021

Texto completo disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/>

© Autores

© Universidad Continental SAC

Av. San Carlos 1980, Huancayo, Perú

Teléfono: (51 64) 481-430 anexo 7863

Correo electrónico: fondoeditorial@continental.edu.pe

www.ucontinental.edu.pe

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2021-03167

ISBN electrónico: 978-612-4443-29-9

DOI: <http://dx.doi.org/10.18259/978-612-4443-29-9>

Foto de cubierta

<https://pixabay.com/es/photos/personales-mujer-soliloquio-espejo-2923048/>

Cuidado de edición: Jullisa del Pilar Falla Aguirre

Corrección de textos: Jorge Coaguila Quispe

Diagramación y diseño de cubierta: Yesenia Mandujano Gonzales

El contenido de esta obra es responsabilidad exclusiva de los autores. No refleja necesariamente la opinión de la Universidad Continental.



Memorias científicas del II Congreso en Salud Mental Digital. Transformando digitalmente la atención a la salud mental en Iberoamérica se publica bajo la licencia de Creative Commons Atribución-NoComercialSinDerivadas 4.0 Perú. Compartir bajo la misma licencia. Se autoriza su reproducción, siempre que se cite la fuente y sin ánimo de lucro.



Karen Pérez Maraví

Psicóloga – psicoterapeuta TREC y cognitivo conductual (certificación Primary), especialista en evaluación e intervención en problemas emocionales y conductuales en niños y adolescentes. Directora del Centro InHouse – Psicología en línea. Miembro de la Asociación Latinoamericana para la formación y enseñanza de la Psicología (ALFEPSI), maestría en Docencia e Investigación con mención en Educación Superior, y estudios de Doctorado en Psicología. Docente de la Universidad Continental.



María Aranzazu Duque Moreno

Doctora en Neurociencias y Licenciada en Psicología por la Universitat de València. Directora del Grado en Psicología de la Universidad Internacional de Valencia. Miembro del grupo de investigación Psicología y Calidad de Vida (PsiCal) de la Universidad Internacional de Valencia. Miembro de la organización de salud mental Cibersalud.

Comité científico

Dra. Isabel Cristina Puerta Lopera

Vicerrectora de Investigaciones, Universidad Católica Luis Amigó, Colombia

Dra. Paula Andrea Montoya Zuluaga

Universidad Católica Luis Amigó, Colombia

Mora Zaharya

Tratamientos Online

Dr. Juan José Martí Noguera

Universidad Internacional de Valencia

Dra. Yorberth Montes de Oca Rojas

Universidad del Zulia

Contenido

Prólogo	11
Alfabetización digital y usabilidad de TIC en jóvenes con trastornos mentales severos (TMS), mujeres en situación de vulnerabilidad y personas mayores Digital literacy and ICT usability in young people with Several Mental Disorders (SMD), women in vulnerable situations and older people Tamara Arratia, María Teresa Solis Soto, Gabriel Reginatto, Rubén Alvarado, María Soledad Burrone	12
Aplicación en la videoconferencia del efecto sincrónico de las herramientas digitales asincrónicas Aplicación en la videoconferencia del efecto sincrónico de las herramientas digitales asincrónicas Luis José Uzcátegui	23
La relación terapéutica en ambientes virtuales: una revisión a su investigación y aproximación metodológica Therapeutic Relationship in Virtual Environments: A Review of its Research and Methodological Approach Juan Esteban Valencia Rey	30
¿Es posible la psicoterapia de grupo <i>online</i>? Revisión bibliográfica y experiencia clínica Is group psychotherapy <i>online</i> possible? Bibliographic review and clinical experience Paula Castrillo Ramírez, Manuel Mateos Agut	40
Las nuevas tecnologías en la intervención de personas con demencia New technologies in the intervention of people with dementia Jesús González Moreno	48
Línea de la Felicidad: una apuesta de la Universidad de Antioquia para atención en salud mental de la población infantil Línea de la Felicidad: una apuesta de la Universidad de Antioquia para atención en salud mental de la población infantil Sandra Milena Alvarán López, Ana Milena Velásquez, María Lizbeth Murillo Ramírez, Manuel Alejandro Betancur Quintero, Karla Tatiana Martínez Devia	54
Digitalización en pandemia: impacto en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes Digitalization during pandemic: the impact in an Adolescents Inpatients Mental Health Unit Laura Moreno Fernández, Miriam Alonso Cecilia, María Varela Piñón, Noemí Aix Calabozo, Alexandra Elena Popa	61

Abordaje familiar en una unidad de hospitalización breve infanto-juvenil adaptado al formato virtual

Family intervention in child and adolescent mental health inpatient unit adapted to the virtual format

Miriam Alonso Cecilia, Laura Moreno Fernández, María Varela Piñón, Noemi Aix Calabozo, Axel Fernández María, Alexandra Elena Popa

67

FonoSalud UOH, aporte estudiantil durante la pandemia de la Covid-19 en Chile

FonoSalud UOH, Student Contribution in the COVID-19 Pandemic in Chile

Paulina Valenzuela, Priscila Ramos, Jazmín Terán, Edgardo Pacheco, María Soledad Burrone

72

Ecuador ante la Covid-19: salud mental y teleasistencia mediante primeros auxilios-psicológicos

Ecuador against Covid-19: mental health and tele assistance through psychological first aid

Henry Rafael Cadena Povea, Ana Marcela Mullo C., Ricardo José Terreros Peralta, José Javier Sánchez Vera, Estefanía Andrade Zumárraga

83

La ansiedad y la depresión derivadas del abuso de las redes sociales: un análisis relacional

Anxiety and depression resulting from the abuse of social networks: a relational analysis

Víctor Daniel Gil Vera, Catalina Quintero López

96

Ciberacoso en el espejo: tendencias autodestructivas de los sujetos a través de las redes sociales

Ciber Bullying in the mirror: Self- destructive tendencies of the subjects through social Networks

Sandra Catherine Valencia Múnera

102

Prólogo

El II Congreso en Salud Mental Digital se realizó en el año 2020, marcado por la pandemia del COVID-19, en tres jornadas en modalidad online. La estructura del programa científico se dividió en tres áreas: políticas públicas en salud digital, el uso de tecnologías digitales en salud y el impacto de vivir en una sociedad interconectada. Ciento doce (112) ponentes de 17 países, con un enfoque de divulgación hispanohablante internacional, las sesiones se mantienen en abierto para la consulta de ponencias. Este hecho propicia que en los primeros seis meses más de 10 000 personas hayan accedido a los contenidos. Así, pues, se en esta publicación se presentan 12 trabajos originales, poniendo en valor aspectos que el 2020 y en adelante son fundamentales: la alfabetización digital, enseñar a hacer uso de la tecnología a la población, la importancia de investigar respecto a la psicoterapia en línea, individual y grupal, con un especial énfasis en la respuesta de atención durante la pandemia, y el riesgo que entraña la excesiva conectividad y falta de conocimiento que entrañan las redes sociales.

Este evento ha pretendido focalizarse en dos ejes básicos: la investigación y la transferencia. La investigación se refiere a la necesidad de ofrecer tratamientos basados en la evidencia científica, mientras que la transferencia busca la divulgación y difusión del conocimiento. El objetivo último es ofrecer a la población beneficiaria tratamientos que estén amparados por la evidencia científica, habiendo demostrado efectividad. Así, investigación y transferencia son los motores que deben guiar el avance de la ciencia, influyéndose ambos bidireccionalmente.

La principal conclusión que se puede extraer es que es fundamental investigar sobre los beneficios que la tecnología digital puede ofrecer en el ámbito de la atención en salud mental. Los avances en acceso a conectividad y dispositivos por gran parte de la población mundial, permiten aumentar cobertura en prevención, promoción, atención y monitorización. La madurez digital, el uso adecuado de teleconsulta, *apps*, redes y recursos digitales, es el siguiente paso con el objetivo último de poder referir a salud digital. En este contexto, la pandemia del COVID-19 ha supuesto un auténtico impulso a la transformación digital que ya venía experimentado el sector de la salud, en general, y de la salud mental, en particular, durante los últimos años. En definitiva, se trata, por una parte, de transformar digitalmente la psicoterapia de forma tecnológicamente innovadora, pero basada en la evidencia científica, mejorando el diagnóstico y el tratamiento de pacientes de salud mental. Y, por otra parte, de comprender los efectos de una población conectada e interactuando por internet, en un contexto nuevo como humanidad.

KAREN PÉREZ MARAVI
MARÍA ARANZAZU DUQUE MORENO

Alfabetización digital y usabilidad de TIC en jóvenes con trastornos mentales severos (TMS), mujeres en situación de vulnerabilidad y personas mayores

Digital literacy and ICT usability in young people with Several Mental Disorders (SMD), women in vulnerable situations and older people.

Tamara Arratia¹, María Teresa Solis Soto¹; Gabriel Reginatto¹, Rubén Alvarado¹, María Soledad Burrone^{1,a}
Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile.

1 Miembros del Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile.

a Autor de correspondencia: María Soledad Burrone. mariasoledad.burrone@uoh.cl

Dirección: Av.Libertador Bernardo O'Higgins 609 (ex 611), Rancagua, Chile. Código Postal: 2820000.

Resumen

La brecha digital constituye una problemática de acceso que hace necesaria la alfabetización en tecnologías de información y comunicación. En la actualidad, existe una desventaja de acceso y uso de grupos vulnerables, profundizando la situación de inequidad. **Objetivo:** Describir el proceso de alfabetización digital en jóvenes con trastornos mentales severos (TMS), mujeres en situación de vulnerabilidad y personas mayores, durante la implementación de la intervención llamada Potencia¹, para la inclusión sociolaboral en la región de O'Higgins, Chile. **Métodos:** Estudio cualitativo. Se utilizaron cuatro herramientas de recolección de datos: entrevistas en profundidad al equipo interventor (n=9), entrevista en profundidad a participantes (n=14), registro de reuniones ampliadas (n=28) y notas de campo del equipo interventor (n=39). El análisis de la información se realizó con método comparativo constante. **Resultados:** La emergencia sociosanitaria por Covid-19 determinó transformar la intervención comunitaria con tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Con este nuevo escenario, el equipo de intervención realizó un diagnóstico sobre competencias digitales y uso de TIC en los participantes. Ello generó un plan de alfabetización digital, en respuesta al modelo de atención centrada en la persona. **Barreras:** Dificultades económicas para el acceso a internet, abordado por parte de Potencia¹; geografía con menor señal solucionado con llamadas telefónicas regulares. **Facilitadores:** Cohesión grupal; ayuda mutua; información estable en la red; acceso sistematizado a la información; lenguaje accesible y amigable. Los participantes se empoderan buscando información en sus lugares de pertenencia, fomentando el tejido social y utilizando nuevos aprendizajes para soluciones personales.

Palabras clave: Enfermedad mental; salud mental, brecha digital, derechos sociales y económicos, exclusión social.

Abstract

The digital gap constitutes an access problem that becomes a literacy in information and communication technologies necessary. Currently, there is a disadvantage in terms of access and use by vulnerable groups, deepening the situation of inequity. **Objective:** To describe the digital literacy process in young people with several mental disorders (SMD), women in vulnerable situations and older people, during the implementation of an intervention named "Potencia¹", for social and labor inclusion in the O'Higgins Region, Chile **Methods:** Qualitative study. Four data collection sources were used: in-depth interviews with the intervention team (n=9), in-depth interview with participants (n=14), records of team meetings (n=28), and field no-

tes from intervention team (n=39). Constant comparative method was utilized to conduct the information analysis. **Results:** The social and health emergency situation caused by Covid-19 determined the transformation of the community intervention with information and communication technologies (ICT). In this new scenario, the intervention team conducted a diagnosis on digital skills and the use of ICT in the participants which resulted in a digital literacy plan, according to the person-centered care model. **Barriers:** Economic issues for internet access, covered by “Potencia”; geographic areas with poor signal were addressed with regular phone calls. **Facilitators:** Group cohesion; mutual help; stable online information; systematized access to information; accessible and friendly language. Participants were empowered by seeking information in their places of belonging, fostering the social structure and using new learning for personal solutions.

Keywords: Mental illness; mental health, digital gap, social and economic rights, social exclusion.

Introducción

El trabajo es uno de los derechos humanos fundamentales y brindar oportunidades laborales efectivas y de calidad a las personas contribuye a su inclusión social. La realización de una actividad laboral, valorada socialmente y remunerada, opera como un estructurante físico y psíquico, potencia la autoestima y dignidad de las personas. Es parte de su identidad. Posibilita su circulación en la trama social (Naciones Unidas, 1948, 2006). Diferentes estudios indican la importante brecha en el acceso a trabajo de grupos en situación de vulnerabilidad (Hasen Narváez, 2012; Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental [Chile], 2014; Servicio Nacional de la Discapacidad [SENADIS], 2016). Se agrava por tipologías como edad, raza, género o estigma asociado a personas con trastornos mentales severos (TMS). Esta situación puede acentuar condiciones económicas deficientes que perpetúan el ciclo de vulnerabilidad. Así, se encuentran en mayor riesgo de que sus derechos humanos sean vulnerados (Pérez Contreras, 2005).

En setiembre de 2019 Potencia^t inicia su intervención en tres comunas de características urbano-rurales de Chile. Esta busca facilitar

la inserción laboral mediante la formación de cooperativas de trabajo en jóvenes con TMS, mujeres en situación de vulnerabilidad y personas mayores. En cada comuna, comienza del desarrollo de una cooperativa que estará compuesta por 45 personas (15 de cada grupo) hasta 2022. Hasta este reporte, se incluyeron 9 jóvenes con TMS, 19 mujeres en situación de vulnerabilidad y 36 personas mayores. Los valores centrales de la intervención son el enfoque de recuperación personal, toma de decisiones compartidas, promoción del desarrollo local, participación comunitaria y trabajo en red.

Esta intervención llevaba ocho meses de avance cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de Covid-19 constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (WHO, 2020). Con estos antecedentes y las medidas posteriores que se implementaron en Chile, la intervención debió transformarse a modalidad *online*.

Existe evidencia de que aún hay brechas en el acceso y utilización de tecnologías de información y comunicación (TIC) (Cañón Rodríguez y otros, 2016; López y Castañeda, 2018; Zapata y otros, 2017). Así, se vinculan con condiciones económicas, es-

colaridad, edad, situación geográfica y género (Arriazu Muñoz, 2015; Fuente-Cobo, 2017). La alfabetización y usabilidad digital se vuelven fundamentales para generar mecanismos de e-inclusión, lo que permite el desarrollo de mejores condiciones en acceso a trabajo, calidad de vida y equidad (Camilli y Römer Pieretti, 2017). La usabilidad entrega herramientas para la apropiación e integración, con efectividad, eficiencia y satisfacción (Unesco, 2018). Con ello, desarrolla competencias digitales y competencias blandas que permitan comunicarse eficazmente en línea y fuera de esta (Unesco, 2018). Posibilita el desarrollo de contenidos digitales, comunicación y colaboración, incluidos trabajo y actividades sociales (Unesco, 2018). Las acciones que entregan las competencias digitales permiten el desarrollo de confianza, facilitan la utilización de plataformas en economía colaborativa (Romero, 2019), potencian la economía digital como oportunidad para incluir a sectores vulnerables (Alaminos y Penalva-Verdú, 2018).

Este artículo busca describir el proceso de alfabetización digital en un grupo compuesto por jóvenes con TMS, mujeres en situación de vulnerabilidad y personas mayores, durante la implementación de una intervención para la inclusión sociolaboral llamada Potencia^t, en la Región de O'Higgins, Chile.

1. Métodos

Este estudio se plantea desde un enfoque cualitativo, a fin de captar en profundidad las percepciones de los participantes respecto del proceso de alfabetización digital.

1.1. La intervención Potencia^t

Esta intervención busca promover la inclusión socio-laboral de jóvenes con TMS, mujeres en situación de vulnerabilidad y

personas mayores. Trabaja de manera intersectorial con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales; estimula el desarrollo local, economía social y solidaria; implementa capacitaciones y entrenamientos que permitan a los participantes el logro autonómico, la realización personal y el empoderamiento sostenido.

Potencia^t, tal como se describió previamente, y a partir de la pandemia realiza la transición de la intervención comunitaria en terreno a modalidad *online*, respondiendo a los compromisos de una intervención local, y compromiso ético con los participantes. En ese contexto, se reconoce la necesidad de iniciar un proceso de alfabetización digital y usabilidad en los participantes. La intervención utiliza tres plataformas digitales al comienzo: WhatsApp, Zoom y MeetM; y teléfono. A medida que el trabajo comunitario *online* avanzó, se consensuó utilizar Zoom para reuniones, ya que tuvo mejor aceptación de los participantes y la universidad concede la licencia para reuniones sin tiempo limitado; y grupos de WhatsApp para comunicación diaria.

1.2. Herramientas de recolección de datos

La recolección de datos se efectuó de marzo a setiembre. Se analizaron registros de reuniones ampliadas (n=23); notas de campo realizadas por duplas de intervención (n=39); y 23 entrevistas en profundidad, semiestructuradas a los participantes (n=14) y duplas de intervención (n=9). Para ambos subgrupos, se realizaron las entrevistas por vía *online*, con las plataformas WhatsApp y Zoom, y de manera telefónica.

1.3. Análisis de datos

Para cada entrevista, se realizaron resúmenes que entregaron los primeros códigos.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de sesenta minutos, luego fueron transcritas. Se borró toda información que identificara a los participantes. Una vez transcritas, fueron analizadas por el equipo de investigación. Luego, cada entrevista fue codificada por dos profesionales de manera independiente, quienes discutieron la incorporación de categorías nuevas y relevantes en reuniones semanales, identificaron la información que comenzaba a saturarse.

La construcción del libro de códigos se hace de manera individual para luego ser discutida de manera conjunta por el equipo de investigación. Durante este proceso, se levantaron las siguientes dimensiones; competencias digitales básicas y competencias digitales blandas (Arriazu Muñoz, 2015; Unesco, 2018); tecnologías sociales (Saorín Pérez y Gómez-Hernández, 2014) y usabilidad (Ferrer y otros, 2011).

El análisis fue realizado mediante el método comparativo constante. La selección de este método de codificación inductiva abrió la posibilidad de la emergencia de una gran cantidad de conceptos (códigos), los que fueron agrupados en categorías y dimensiones. En un segundo nivel de codificación abierta, se revisaron nuevamente los documentos y los códigos establecidos.

El tercer proceso comprendió la codificación axial, relación de códigos y categorías levantadas, lo que generó redes de relaciones entre códigos. Finalmente, se llegó a la codificación selectiva y se instauró la categoría fundamental del corpus seleccionado

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de O'Higgins (ID 002-2020) y todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

2. Resultados

2.1. Características de la muestra

La muestra comprendió 14 participantes de la intervención y 9 profesionales de Potenciat, 7 corresponden a duplas de intervención y 2, a profesionales de apoyo.

Respecto a los participantes incluidos en la intervención Potenciat, fueron contactados 16 participantes. De ellos, 2 no aceptaron, uno por falta de tiempo y el otro por motivos personales. Entre los que aceptaron ($n=14$), hubo 2 hombres y 12 mujeres. El equipo profesional, conformado por tres terapeutas ocupacionales, una socióloga, dos trabajadoras sociales y una profesora, se divide en equipo de intervención con una media de edad de 37,3 ($\pm 6,2$) y un equipo de apoyo de 64,5 ($\pm 2,1$) de media de edad (Tabla 1).

2.2. Competencias digitales

Esta dimensión describe los niveles de competencia digital que se presentan en el equipo de trabajo y de participantes de la intervención.

Las duplas de intervención tienen competencias digitales funcionales en el uso de las TIC. Algunas de ellas utilizaban de manera activa las redes sociales, destaca el uso cotidiano de WhatsApp. Antes habían utilizado Skype para trabajos. Las plataformas de videoconferencia como Zoom y Meet no las tenían incorporadas. Sin embargo, declaran que no tuvieron problemas en aprender a utilizarla como herramienta de trabajo.

La experiencia de los participantes refiere a competencias digitales básicas; al uso de plataformas digitales, como WhatsApp y Facebook; búsqueda de tutoriales en YouTube con apoyo de familiares. La usabilidad que tienen cubre las necesidades de mantenerse conectados. También utilizan las TIC como

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas entrevistadas para el estudio de alfabetización digital y usabilidad de TIC, año 2020

	Personas mayores (n=6)	Mujeres en situación de vulnerabilidad (n=6)	TMS (n=2)	Total
Edad (M ± SD)	47± 10,7	35,5± 4,9	55,8 ± 55,6	
Sexo n, (%)				
Femenino	5 (83,0)	6 (100,0)	1 (50,0)	12 (85,7)
Masculino	1 (17,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	2 (14,3)
Con quién vive				
Con sus padres	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (14,3)
Vive solo (con o sin hijos)	4 (67,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	7 (50,0)
Vive con su pareja (con o sin hijos)	2 (33,0)	2 (33,0)	0 (0,0)	4 (28,6)
Vive con otros familiares	0 (0,0)	1(17,0)	0(0,0)	1 (7,1)
Fuente de ingresos				
Pensión u otra ayuda del Estado	6 (100,0)	2 (33,0)	2 (100,0)	10 (71,4)
Pensión alimenticia de los hijos	0 (0,0)	1 (17,0)	0 (0,0)	1 (7,1)
Sueldo	0 (0,0)	2 (33,0)	0 (0,0)	2 (14,3)
Ingresos cónyuge	0 (0,0)	1 (17,0)	0(0,0)	1 (7,1)
Nivel educacional				
Educación básica	2 (33,0)	1 (17,0)	0 (0,0)	3 (21,4)
Educación media completa	2 (33,0)	3 (50,0)	2 (100,0)	7 (50,0)
Técnico	1 (17,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,1)
Universitaria incompleta	0 (0,0)	1 (17,0)	0 (0,0)	1 (7,1)
Magíster	1 (17,0)	1 (17,0)	0 (0,0)	2 (14,3)

sistema de entretenimiento. Frente a búsqueda de información en línea la mayoría de los entrevistados, declararon no tener experiencia y necesitar ayuda de terceros para acceder. Las prácticas frente a las TIC implican nuevos desafíos, no solo de competencias digitales, también refieren a nuevas formas de conexión emocionales y de competencias blandas. Solo uno de los entrevistados destaca apropiación digital. Este participante tiene la característica de poseer alto capital comunitario, pues establece relaciones con personas de diferentes edades.

Los participantes describen el poco uso que tenían en las redes sociales. Se identifica resistencia a tecnologías en desmedro de relaciones cara a cara. Se identificaron dificultades iniciales de acceso a plataforma Zoom, no manejaban de manera autónoma el uso de la cámara y micrófono, congestionando las reuniones, lo que generaba desgaste y abstención de participación de algunos. Valoran positivamente el manejo que tuvieron las duplas de intervención en este proceso, de acompañamiento y apoyo constante.

Las reuniones semanales del equipo de intervención Potencia^t se volvieron fundamentales para compartir experiencias de la mudanza de intervención comunitaria a una intervención comunitaria *online*. Las principales dificultades halladas en los participantes fueron analfabetismo digital, competencia digital básica (solo utilizaban WhatsApp y Facebook), algunos no tenían conexión por falta de recursos económicos, y se identificaron algunos problemas de conexión en zonas rurales por falta de cobertura.

Ante las barreras identificadas, Potencia^t desarrolló algunas estrategias. Entre estas, se sistematizó la recarga de internet móvil para quienes no contaban con recursos económicos adecuados para tal fin. Las duplas de intervención realizaron tutoriales para incorporar el uso de Zoom de una manera amigable. Como estrategia adicional, se prioriza la comunicación con algunos familiares como aliados del proceso, para entregar estos videos y, así, socializarlos en el núcleo familiar. A quienes no tenían ningún acceso se les llamaba de manera telefónica.

Con estas primeras medidas, se creó una línea de base para que esta capacitación en

competencias digitales fuera efectiva. Así, se logró un soporte óptimo para dar continuidad a la intervención. Las tres cooperativas mantuvieron las reuniones semanales que se gestaron desde setiembre de 2019.

La alfabetización digital mejoró las competencias e incorporó estrategias de búsquedas de información para necesidades personales. Ello generó mayor autonomía en las decisiones que han ido tomando los participantes. Este abordaje facilitó un acceso equitativo a herramientas virtuales, lo que propició la apropiación de alfabetización. La creación de grupos WhatsApp permitió una comunicación activa, formó vínculos emocionales, incorporó las competencias blandas digitales (Tabla 2).

2.3. Adaptación tecnológica. Desafío intervención comunitaria *online*

La intervención consideró como plan de contingencia llamar semanalmente a participantes sin acceso a internet para mantenerlos al día, lo que generó estrategias de retención, especialmente en personas residentes de áreas rurales.

Tabla 2. Competencias digitales identificadas entre los participantes de Potencia^t

Grupo	Género	Edad	
Persona mayor	Femenino	65	«Siempre me cuesta estar de acuerdo con la tecnología, porque uno siempre ha tratado con gente, se ha comunicado. Entonces, no voy a decir que es fácil, pero igual uno tiene que aprender, nunca es tarde para aprender».
Mujer en situación de vulnerabilidad	Femenino	31	«Y creo que gracias a ellas [duplas], esto, por el tema de la pandemia, se ha logrado gestar, porque ellas en el fondo han sido un poco el pilar y el soporte en la contención de los grupos».
Mujer en situación de vulnerabilidad	Femenino	53	Hasta las once de la noche o doce, haciendo los últimos WhatsApp del grupo. Entonces igual yo pienso que la gente se entretiene igual, se entretiene un poco y sabe que está metida en un grupo. No sé, también eso llena [...], manda una flor, un beso, un regalo y esas cosas de repente te llenan el alma cuando necesitas de algo más, cierto».

Se les entregaron a los participantes diferentes tareas de navegación relacionadas con información del proyecto. Ello derivó en apropiación con estrategias digitales. Para participantes que no contaban con acceso a internet y para quienes aún no tuvieron mayor usabilidad, se les entregó material impreso. Las duplas de intervención mantienen reuniones con sectores que apoyan este proyecto, luego son compartidas con los participantes. Así, se sigue utilizando la estrategia telefónica. Se reúnen los participantes de las tres cooperativas y potencian espacios reflexivos en torno al desafío de la inclusión socio-laboral.

Para mantener la comunicación entre los participantes y realizar reuniones grupales, se utilizaron en paralelo diversas plataformas, según la preferencia de los participantes: WhatsApp, Zoom y otros por teléfono en altavoz simultáneamente. Ello, a veces, se tornaba muy complejo para lograr una comunicación efectiva. La plataforma Zoom ha sido la más utilizada para las reuniones, las duplas de intervención la identifican como una aplicación que facilita tener reuniones por la interacción cara a cara. Resulta más sencilla de utilizar que Meet y tiene conexión más estable que WhatsApp. Se identificaron algunas frustraciones debido a las complicaciones con la señal de internet de participantes que habitan en zonas rurales y eso fue algo que debió sostenerse bastante.

Se creó un grupo WhatsApp de las tres cooperativas. Se tuvo un carácter informativo, por petición de los participantes, con el tiempo, el proceso de trabajo y contexto de pandemia. Este grupo se transforma en un espacio de contención mutua e informaciones personales.

Con la evolución de la intervención, y la prolongación en el tiempo de pandemia y las medidas de contención, los participantes

se fueron adaptando a las nuevas formas de comunicación. Se trazó como objetivo principal fomentar la participación de todos. Así, se promovió cohesión social. Siempre desde un enfoque participativo, se identificó el desafío de seguir reclutando, adaptando las invitaciones de manera virtual, logrando identificar a nuevos participantes.

La adaptación a modalidad *online* de intervención tuvo buena aceptabilidad por los participantes. Se profundizó el sentido de pertenencia, se identificaron y consolidaron competencias individuales. El proceso de formación del grupo siguió obteniendo resultados concernientes a la planificación inicial de Potencia^t. Durante la intervención *online*, se crearon comités organizativos dentro de las cooperativas, lo que generó procesos de empoderamiento intergrupales.

Los principios de la intervención Potencia^t siguen manteniéndose en la práctica *online*. Se realizaron capacitaciones, reuniones intracooperativas y con cooperativas de alcance internacional que fueron facilitadas por la transición a la virtualidad. Así, se permitió empoderar a los participantes, quienes experimentaron en primera persona algunos beneficios de la intervención digital.

Los integrantes de las cooperativas identificaron las brechas digitales que tienen algunos compañeros, generaron mecanismos para balancear estas dificultades. La empatía en esta intervención se volvió fundamental para el reconocimiento de la necesidad de ayuda mutua. Se identificó la apropiación de competencias digitales blandas.

Las relaciones humanas son fundamentales para la apropiación e integración de las competencias digitales. Se destacan las competencias digitales blandas, que reafirman el compromiso con la cooperativa. Así, se volvieron un factor protector para la continuidad de la intervención (Tabla 3).

Tabla 3. Adaptación tecnológica identificadas entre los participantes de Potencia^t

Grupo	Género	Edad	
Mujer en situación de vulnerabilidad	Femenino	31	«Yo creo que ahora me siento más parte del grupo porque he estado participando más desde el tema de la pandemia».
Persona mayor	Femenino	77	«Me sigo ilusionando, me sigo entusiasmado cada día más, más ahora después que estuvimos con ustedes (referencia a reuniones intracooperativas), más entusiasmada y viendo que esto sigue siendo serio».
Persona mayor	Femenino	76	«[...] propuse que tuviéramos un WhatsApp del grupo de los nodos, - sí - dijo ella, le pareció muy buena idea y a la gente de los otros grupos también, para empezar a comunicarnos entre nosotros y no solamente por los temas de cooperativa, también podría ser, pero más por la parte humana».
Persona con trastorno mental severo (TMS)	Masculino	32	«Entonces uno tiene que buscar gente por... Sobre todo, ahora pandemia con esto po, ¿me entiende? Ja, ja, ja. No queda de otra, por teléfono, por WhatsApp, por las redes sociales».

3. Discusión

En este estudio, se observaron de manera paulatina, estrategias de apropiación que se definen en función de la participación del sujeto. Por ello, se encontraron diferentes comportamientos de las duplas de intervención. Estas actitudes transcurren en asumir pasivamente la experiencia, valorar tanto las ventajas como las desventajas en el uso de la TIC (Torres Velandia, 2008), resignificando el uso que trasciende la actividad laboral establecida en el proyecto Potencia^t (Curioso y otros, 2009). Desde el abordaje de la categoría «uso» de las TIC como mediación, se determinó que el acceso se vincula con la posibilidad que tuvieron los participantes de la intervención Potencia^t de contar con el recurso de celulares, lo cual, asumido desde una política pública, implica un concepto que vincula a igualdad y democracia (Breilh, 2000; Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2009).

En cuanto a la apropiación, se puede asumir que depende del contexto social y cultural que enmarca la actividad que los sujetos realizan y, por ende, se trata de un proceso

complejo (Crovi Druetta y López González, 2011). Esta categoría parte de las aportaciones de Alekséi Leóntiev y Lev Vygotski, quienes trabajaron los procesos educativos desde la perspectiva de la psicología, en especial, conceptos referidos a la memoria, a la atención y al desarrollo del ser humano (Leóntiev, 1983; Vygotski, 1982). El concepto de apropiación reemplaza la idea piagetiana de asimilación referida a una metáfora biológica por el de apropiación, cuya dimensión se ubica en el ámbito socio-histórico y se refiere a herramientas culturales.

Estos aportes permiten considerar que las apropiaciones de las TIC se concretan en un ámbito socio-histórico. Así, en el contexto de esta investigación, cuando nos referimos a apropiarse, pensamos en una incorporación de las TIC al capital cultural y social de la comunidad. Esto implica que el individuo no solo tiene acceso a ellas, sino que cuenta con habilidades para usarlas y llegan a ser tan importantes para sus actividades cotidianas (productivas, de ocio, relacionales) que pasan a formar parte de sus prácticas sociales (Benitez Larghi y Duek, 2017; Martínez y otros, 2018).

Los procesos de apropiación implican un dominio del objeto cultural y, por ende, los sujetos se apropian del régimen de prácticas que conlleva su uso. La apropiación se produce en la medida en que se participa. Puede comenzar de forma gradual y asistida, luego el sujeto puede encontrar caminos propios e independientes. Esto se evidencia claramente en los resultados de nuestro estudio. También es consistente con Roxana Cabello y Renzo Moyano (Cabello y Moyano, 2006), quienes manifiestan que la apropiación de las TIC involucra la realización de aprendizajes que operan, a su vez, como plataforma sobre la cual habrán de construirse otros nuevos, ya que, aproximarse a los modos de cómo los sujetos perciben su propia situación en esta materia, resulta de interés, pues esa percepción condicionará de una forma u otra, en mayor o en menor medida.

Nuestros resultados son consistentes con otros autores, como Cornejo (Cornejo, 2009), quien analiza que el proceso de apropiación subjetiva de tecnologías en organizaciones locales. La implementación de TIC como herramientas de soporte —para intervenciones sociales, territoriales y participativas— refleja un aporte que permite reducir brechas de acceso geográfico y/o sanitario, como el que atraviesa la sociedad a partir de la pandemia. Sin embargo, es necesario un análisis profundo del impacto estratégico, estructural, cultural y subjetivo que las mismas despliegan en el interior de un colectivo (Cornejo, 2009).

Entre las fortalezas de nuestro trabajo, destacamos el enfoque cualitativo de investigación, pues hay pocos estudios al respecto. La mayoría de los participantes de la intervención Potencia^t tuvieron su primer acercamiento a las TIC mediante el proyecto, lo que implicó que conocieran y aprendieran el uso de tecnología, a partir del trabajo.

Por otra parte, nuestra labor tiene algunas limitaciones, como seguimiento etnográfico de los participantes en usabilidad y apropiación. Además, observación del participante durante las reuniones de las cooperativas. Esto nos hubiese entregado las etapas de apropiación para identificar las principales barreras.

4. Conclusión

El proceso de adaptación de la intervención Potencia^t encontró como principales barreras competencias digitales básicas, brechas tecnológicas por grupo etario, brechas económicas y participantes que no tenían acceso digital. Los facilitadores que se identificaron fueron compromiso con la intervención, cohesión social, empatía y apoyo constante de los equipos de trabajo. Las duplas de intervención crean un lenguaje para la intervención *online*, lo que genera condiciones para la participación y retención de los participantes.

Este estudio permite identificar en TIC herramientas que pueden facilitar otras intervenciones, no solo en periodos de contingencia, sino también combatiendo la disparidad de acceso de grupos en situación de vulnerabilidad.

5. Agradecimientos

Este estudio de investigación forma parte del proyecto marco denominado «Transferencia de innovación social en el sector turístico». Es financiado por el Gobierno Regional de la Región de O'Higgins, Chile (FIC IDI 40008879-0), y por la Universidad de O'Higgins. El contenido es solo responsabilidad de los autores y no necesariamente representa la visión oficial de los organismos financiadores. Los autores agradecen a los otros investigadores que colaboran con el

proyecto marco, al equipo de intervención del proyecto y a los participantes de la intervención Potenciat por su importante contribución. Una lista completa de los profesionales y personal participante del proyecto Potenciat e instituciones colaboradoras, así como también mayor información del proyecto, puede ser encontrada en la siguiente dirección: www.uoh.cl/potenciat.

6. Referencias

- Alaminos, A. y Penalva-Verdú, C. (2018). Economía colaborativa: Definiciones y escenarios. *Sociologías. Revista de Investigación Social*, 3(1).
- Arriazu Muñoz, R. (2015). La incidencia de la brecha digital y la exclusión social tecnológica: el impacto de las competencias digitales en los colectivos vulnerables. *Praxis sociológica*, 19, 225-240.
- Benítez Larghi, S. y Duek, S. C. (2017). Uso y apropiación de tecnologías de la información y de la comunicación: una aproximación a su investigación en la Argentina. *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales*, 3(1), 209-236.
- Breilh, J. (2000). Derrota del conocimiento por la información: una reflexión necesaria para pensar en el desarrollo humano y la calidad de vida desde una perspectiva emancipadora. *Ciência y Saúde Coletiva*, 5, 99-114.
- Cabello, R. y Moyano, R. (2006). TIC y educación: competencias tecnológicas y capacitación para la apropiación de las tecnologías. *Razón y Palabra*, 49, 139.
- Camilli, C. y Römer Pieretti, M. (2017). Metasíntesis en alfabetización para el empoderamiento de grupos vulnerables. *Comunicar, Revista Científica de Educomunicación* (25)53 <https://doi.org/10.3916/C53-2017-01>
- Cañón Rodríguez, R.; Grande de Prado, M. y Cantón Mayo, I. (2016). Brecha digital: impacto en el desarrollo social y personal. Factores asociados. *Tendencias pedagógicas* 28, 115-132.
- Cornejo, H. (2009). La apropiación tecnológica en organizaciones desde la implicación subjetiva instituyente.
- Crovi Druetta, D. y López González, R. (2011). Tejiendo voces: jóvenes universitarios opinan sobre la apropiación de internet en la vida académica». *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 56(212), 69-80.
- Curioso, W. H.; Gozzer, E.; Valderrama, M.; Rodríguez-Abad, J.; Villena, J. E. y Villena, A. E. (2009). Uso y percepciones hacia las tecnologías de información y comunicación en pacientes con diabetes, en un hospital público del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 161-167.
- Ferrer, M. de L. Á.; Prieto, C. M. y Sánchez, J. I. (2011). ¿Una sociedad de la información en igualdad de condiciones? Evaluación al grado de inclusión social-digital que ofrecen las TIC desde la perspectiva de la usabilidad y la accesibilidad. *Quórum Académico*, 8(2), 247-267.
- Fuente-Cobo, C. (2017). Públicos vulnerables y empoderamiento digital: el reto de una sociedad e-inclusiva. *El Profesional de la Información* (EPI), 26(1), 5-12. <https://doi.org/10.3145/epi.2017.ene.01>
- Hasen Narváez, F. N. (2012). Salud mental y exclusión social: reflexiones desde una estrategia política de la sanción, hacia la transformación institucional del enfoque comunitario. *Epsys. Rev. Psicol. Humanidades*. www.eepsys.com/es/salud-mental-exclusion-social-reflexiones/
- Leóntiev, A. (1983). *Actividad, consciencia, personalidad*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- López, J. J. S. y Castañeda, L. A. R. (2018). Brecha digital e inclusión digital: fenómenos sociotecnológicos. *Revista EIA*, 15(30), 89-97.
- Martínez, S. L.; Álvarez, A.; Gendler, M. A. y Méndez, A. (2018). *Acerca de la apropiación de tecnologías: Teoría, estudios y debates*. Chubut, Argentina: Ediciones del Gato Gris.
- Naciones Unidas (1948). «Declaración universal de los derechos humanos». Resolución aprobada por la Asamblea General 217 A (III). www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/
- Naciones Unidas (2006). «Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad». Resolución aprobada por la Asamblea General 61/106. www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf
- Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (Chile) (2014). *Derechos humanos de las personas con disca-*

- pacidad mental: diagnóstico de la situación en Chile*. Santiago de Chile.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2009). *Medición de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en educación*. Unesco Institute for Statistics. Canadá.
- Pérez Contreras, M. de M. (2005). Aproximación a un estudio sobre vulnerabilidad y violencia familiar. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 38(113) 845-867. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332005000200009&lng=pt&tlng=es.
- Quirós Romero, C. (2019). *Nuevas implicaciones de las TIC. Expansión de la economía colaborativa*. CIDOB. España.
- Saorín Pérez, T. y Gómez-Hernández, J.-A. (2014). Alfabetizar en tecnologías sociales para la vida diaria y el empoderamiento. *Anuario ThinkEPI*, 8, 342-348.
- Servicio Nacional de la Discapacidad (Senadis), M. de D. S. (2016). *Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile* (Ingrid Medel). <http://endisc.senadis.cl/resultados.html>
- Torres Velandia, Á. S. T. (2008). Integración de las TIC en la educación superior: el caso de la Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla (BUAP-México). En *Octavo Simposium Iberoamericano en Educación, Cibernética e Informática: SIECI 2011*. Orlando, EEUU. http://www.iiis.org/CDs2011/CD2011CSC/SIECI_2011/
- Unesco (2018). *Las competencias digitales son esenciales para el empleo y la inclusión social*. Unesco. Construir la paz en la mente de los hombres y de las mujeres. shorturl.at/nAKO8
- Vygotski, L. S. (1982). *Obras escogidas*, vol. 2. Madrid: Visor Distribuciones.
- WHO (2020). «WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020». www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020
- Zapata, C. B.; Arraiza, P. M.; Silva, E. F. da y Soares, E. das C. (2017). Desafíos de la inclusión digital: antecedentes, problemáticas y medición de la brecha digital de género. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 7(2), 121-151.

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Tamara Arratia es socióloga, cuenta con experiencia en salud mental comunitaria, y participación en proyectos de intervención, evaluación y de ciencias de la implementación.

María Teresa Solís Soto es médica, magíster en Salud Pública y magíster en Epidemiología, y doctora en Salud Internacional en el Centro para la Salud Internacional de la Universidad Ludwig Maximilians en Munich, Alemania. En su desarrollo investigativo ha incursionado en distintas temáticas dentro de la salud pública, con particular foco en epidemiología de enfermedades crónicas y estudios sobre condiciones de trabajo y salud en áreas urbanas y rurales de Latinoamérica, enfatizando en la importancia de aspectos organizativos, desequilibrio esfuerzo-recompensa, incompatibilidad trabajo-familia así como precariedad laboral que podrían afectar las condiciones de salud, ya sean físicas como mentales.

Gabriel Reginatto es médico psiquiatra con experiencia clínica y de investigación en salud mental. Ha participado en numerosas actividades de comunicación de la ciencia y de divulgación hacia la comunidad.

Rubén Alvarado es médico, magíster en Salud Pública y doctor en Psiquiatría y Cuidados Comunitarios (Universidad de Granada, España). En los últimos 30 años ha incursionado en diferentes áreas relacionadas con la salud mental: la epidemiología, las posibles causas psicosociales de estos problemas, las condiciones que generan inequidades (como el estigma), el desarrollo de instrumentos que permitan identificar los problemas, así como la evaluación de servicios y políticas y el diseño de acciones para actuar sobre los problemas. En los últimos años ha potenciado su trabajo internacional con grupos de trabajo en diferentes partes del mundo, pero con mayor énfasis en América Latina.

María Soledad Burrone es médica, magíster en Salud Pública y doctora en Medicina, con formación en bioestadística, epidemiología e investigación cuali-cuantitativa. Tiene más de 15 años de experiencia en investigación epidemiológica y salud pública, con foco en salud mental comunitaria. Es directora y profesora asociada del Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad de O'Higgins (UOH), Chile. Además, es investigadora principal y directora del proyecto Potencia!, investigación aplicada de innovación social para la inclusión de personas con trastornos mentales y reducción de estigma.

Aplicación en la videoconferencia del efecto sincrónico de las herramientas digitales asincrónicas

Aplicación en la videoconferencia del efecto sincrónico de las herramientas digitales asincrónicas

Luis José Uzcátegui¹

¹ Policlínica Metropolitana, Urbanización Caurimare, Caracas, Venezuela
Correspondencia Venezuela. ljuv2000@gmail.com

Resumen

En la terapia online por videoconferencia, el marco temporal en que se intercambia información es sincrónico, en tiempo real. En esta presentación se muestra la experiencia terapéutica de complementar la modalidad de videoconferencia. Es decir, una intervención con efecto sincrónico, con herramientas virtuales de efecto asincrónico o uso diferido convertidas en elementos terapéuticos de efecto sincrónico. Se presentan tres modalidades de conversión de efecto asincrónico a sincrónico. La primera se desarrolla generando en el momento de la terapia por videoconferencia audios y videos que registran episodios de la sesión terapéutica, los cuales se comparten en la terapia con el paciente. En la segunda modalidad, mediante herramientas con efecto asincrónico, el terapeuta introduce en la videoconferencia información del paciente que fue registrada antes, la cual es convertida en elemento sincrónico una vez que se utiliza y aplica al momento de la videoconferencia. Y la tercera modalidad es la utilización del lenguaje escrito en un formato con efecto sincrónico, lo cual se logra al agregarle al lenguaje escrito elementos del lenguaje oral, como la generación de interacción social en fracciones de minutos. Resultados: Los resultados de aplicar estas «conversiones de temporalidad» como reforzadores de la terapia *online* en la videoconferencia se evalúan con la aplicación del Inventario de Alianza Terapéutica formato corto (WAI-S).

Palabras clave: teleconferencia, psicoterapia, digitalización, salud mental, internet, tecnología de la comunicación, actualización de conocimientos, psicología clínica.

Abstract

In online therapy by videoconference, the time frame in which information is exchanged is synchronous, in real time. This presentation shows the therapeutic experience of complementing the videoconference modality, that is, an intervention with synchronous effect, with virtual tools with asynchronous effect or delayed use, converted into therapeutic elements with synchronous effect. Three ways of converting from asynchronous to synchronous effect are presented. The first is developed by generating at the time of therapy by videoconference audios and videos that record episodes of the therapeutic session which are shared in therapy with the patient. In the second modality, through tools with asynchronous effect, the therapist introduces in the videoconference information of the patient that was previously registered, which is converted into a synchronous element once it is used and applied at the time of the videoconference. And the third modality is the use of written language in a format with synchronous effect, which is achieved by adding elements of

oral language to the written language, such as the generation of social interaction in fractions of minutes.

The results of applying these «temporality conversions» as reinforcers of online therapy in videoconferencing are evaluated with the application of the short-format Therapeutic Alliance Inventory (WAI-S).

Keywords: teleconference; psychotherapy; digitization; mental health; Internet; communication technology; knowledge update; clinical psychology.

Introducción

Una de las realidades más novedosas que genera gran expectativa en el campo de la psiquiatría y de la psicología es la terapia implementada mediante la tecnología digital. Ella se encamina a un porvenir de aprendizajes y conocimientos. La pandemia de la Covid-19 plantea desafíos sustanciales para la práctica de la psicoterapia. Los rápidos cambios en las experiencias personales tanto de los pacientes como de los terapeutas, y las adaptaciones necesarias en el entorno terapéutico, afectan la relación terapéutica y su proceso (Ronen-Setter y Cohen, 2020). La demanda intensa de recibir atención en psicoterapia y de desarrollar programas de salud mental se ha generado vinculada a la aparición de la Covid-19 y a las medidas preventivas, como la cuarentena, lo cual abre múltiples oportunidades para estudiar y vincular la psicoterapia a la tecnología, pues no hay duda de que esta pandemia ha provocado cambios en la prestación de los servicios de atención médica en poblaciones y sistemas. Así, la preocupación por el impacto en la salud mental ha aumentado el interés en la prestación de atención mental remota y los servicios resolutivos y preventivos (Arevian y otros, 2020).

El uso de herramientas digitales en terapia psicológica se inició hace décadas y la utilización del teléfono para aplicar estrategias psicoterapéuticas se remonta a la década de 1940, pero nunca en la historia de la humanidad se había percibido una situación tan impactante y retadora en el campo de la salud mental. La

literatura basada en evidencias precisa que la telepsiquiatría sincrónica (TP) tradicional es tan buena como el servicio terapéutico cara a cara (Nakao y otros, 2018). Quizá ningún desarrollo de tecnología emergente encaja mejor con la atención centrada en el paciente que el fomento de salud mediante móviles y tecnología a través de realidad virtual (Hilty y otros, 2017). Esta experiencia de crear en la mente otra realidad diferente (virtual) a la realidad que se genera con el encuentro cara a cara al llevarla al campo de la psicoterapia se convierte en el siglo XXI en un reto de ciencia altamente impactante.

Con aplicaciones terapéuticas virtuales, se generan dos tipos de efectos relacionados con el marco temporal. Uno se produce en tiempo real o sincrónico. Es decir, mientras se da la relación terapéutica entre el paciente y el profesional, se construye durante el tiempo que dura la sesión terapéutica y el intercambio de la conversación y el verse uno a otro. Se convierte en un «juego terapéutico», con el uso de imágenes virtuales y lenguaje oral de ambos. El otro efecto terapéutico se genera con material de video, mensajería de texto y mensajes de audio cuando el terapeuta no está presente, en diferido, cuando ya finalizó la terapia «cara a cara virtual» y se denomina efecto asincrónico, lo cual se logra mediante herramientas virtuales de comunicación, como mensajes de audio y mensajes de texto.

El objetivo de este trabajo es evidenciar en pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad, en quienes se utiliza la tera-

pia *online* con videoconferencia y se aplica el formato de terapia cognitiva conductual (TCC) los efectos positivos, la agregación de valor y la alianza terapéutica que se produce entre paciente y profesional con el uso de herramientas de efecto asincrónico una vez que se aplican estrategias para transformarlas en herramientas virtuales con efecto sincrónico (figura 1).



Figura 1

1. Elementos teóricos

Cuando en los trastornos de ansiedad se utiliza la terapia cognitiva conductual a través de la herramienta virtual de videoconferencia, los resultados —según la literatura— son calificados de buenos (Mathiasen y otros, 2018). La estrategia *online* de videoconferencia es combinar en tiempo real o sincrónico terapias sustentadas en video y audio. Sin embargo, hay niveles cognitivos que no son fáciles de estabilizar. Estos niveles se integran teóricamente como dimensiones metacognitivas y se expresan en formas de creencias, entre otras: «creencias de que los pensamientos pueden causar enfermedades», «creencias sobre el pensamiento sesgado» y «creencias de que los pensamientos son incontrolables» (Bailey y Wells, 2015). Estas creencias metacognitivas se correlacionan con los trastornos emocionales y afectan la estabilización de los síntomas (Couyoumdjian y otros, 2016). Couyoumdjian y otros (2016) enfatizan que los esquemas metacognitivos disfuncionales

dificultan en los trastornos de ansiedad la estabilización de síntomas orgánicos, como taquicardia. Fomentan la baja calidad de vida en el paciente y afectan la resolución y logros de objetivos terapéuticos en niveles cognitivos básicos. Los niveles cognitivos básicos fueron planteados hace décadas por Aarón Beck como «significados equivocados» (Beck, 2005) y más recientemente estudiados en el campo de las «cogniciones primarias» (Mancini y otros, 2018), las cuales emergen de forma automática y, por ser «primarias», sin que el paciente lo note fácilmente, se generan y se repiten como agentes promotores de pensamientos erróneos o sesgos del pensamiento.

Las experiencias clínicas evidencian que, para el paciente, no es fácil entender sus dimensiones metacognitivas y tampoco es un proceso terapéutico fácil debido a diferentes factores, como la «semántica encapsulada» o soporte rígido y mantenido de los significados (Barlas y Kopp, 2018), realidades clínicas y de investigación que apoyan los planteamientos de nuevas estrategias terapéuticas en terapia *online*. Una de estas estrategias es convertir el efecto asincrónico de las herramientas virtuales en efecto sincrónico para facilitar al paciente a través de la confluencia de efectos sincrónicos una experiencia subjetiva y de aprendizaje que le permita conocer y estabilizar procesos mentales disfuncionales y conductas alteradas.

El instrumento que se utilizó para registrar los resultados de la aplicación del modelo de sumatoria de efectos sincrónicos en la terapia virtual mediante la videoconferencia fue el Inventario de Alianza Terapéutica formato corto (WAI-S) (Munder y otros, 2010), dada la importancia que tiene según la literatura para evaluar y medir resultados en terapias virtuales (Herrero y otros, 2020; Wehmann y otros, 2020; Miragall y otros, 2015; Torous y otros, 2019). Enfatizan To-

rous y otros (2019) que uno de los mayores indicadores de la respuesta al tratamiento de la TCC, incluso las versiones en línea, es la alianza terapéutica.

2. Metodología

Este trabajo fue un ensayo controlado. La elección de los pacientes fue aleatoria. El margen de edad estuvo entre 28 y 52 años, cinco mujeres y tres hombres, todos venezolanos, aunque la mitad no vivían en Venezuela. El tratamiento por paciente fue de 400 minutos, que se distribuyeron en 10 terapias de 40 minutos. Para la evaluación de los resultados, se utilizó el Inventario de Alianza Terapéutica formato corto (WAI-S), que se suministró al final de la terapia a cada paciente. El programa terapéutico que se utilizó fue la terapia cognitiva conductual. Los participantes fueron ocho personas que buscaron tratamiento para problemas emocionales, los cuales recibieron el diagnóstico «otros trastornos de ansiedad no especificados» según el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-5). Todos recibieron terapia *online* sincrónica mediante la herramienta de videoconferencia más una modalidad terapéutica de herramientas virtuales asincrónicas insertadas en un protocolo que las dota de efecto sincrónico al ser utilizadas al mismo tiempo en que el paciente compartía la sesión de videoconferencia con el profesional. El programa se desarrolló intercalando en la videoconferencia videos y audios del paciente que se generaron con anterioridad o en el momento de la videoconferencia, para estabilizar esquemas y niveles cognitivos que con frecuencia obstaculizan mejores resultados en la experiencia terapéutica y al paciente se le indicaba que utilizara las herramientas virtuales de comunicación como medios para identificar funciones cognitivas y potenciar los procesos terapéuticos de observación, reflexión y aprendizaje.

Se presentan tres modalidades de conversión de efecto asincrónico a efecto sincrónico. La primera se desarrolla generando en el momento de la terapia por videoconferencia audios y videos que registran episodios de la sesión terapéutica que se realiza. Este material se comparte con el paciente en el momento de la terapia (figura 2).



Figura 2

En la segunda modalidad, mediante el especialista, se introduce en la videoconferencia información del material de terapia, el cual fue registrado con anterioridad en videos. El contenido de este material se le suministra al paciente como elemento reflexivo para que trabaje, y compare objetivos y resultados terapéuticos en tiempo sincrónico (figura 3).

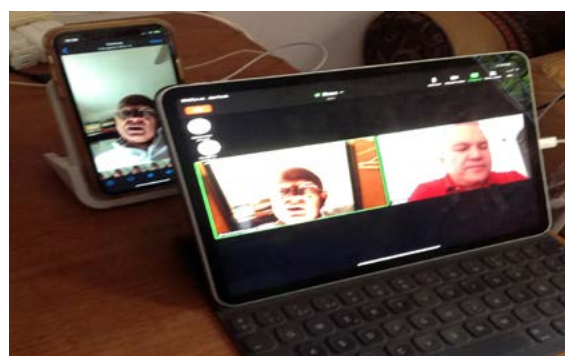


Figura 3

La tercera modalidad es la utilización del lenguaje escrito en formato de intervención sincrónica, lo cual se logra al agregarle al lenguaje escrito elementos del lenguaje oral, como la generación de interacción social en fracciones de minutos. También se utilizan audios convertidos en activadores de objetivos terapéuticos, audios logrados en sesiones

anteriores, los que, al utilizarse en la terapia, adquieren efecto sincrónico (figura 4).



Figura 4

3. Resultados

Las puntuaciones que se obtuvieron con el Inventario de Alianza Terapéutica formato corto (WAI-S) se ubicaron entre las categorías de buenas y muy buenas. Un resumen sucinto de los resultados indica que los ocho participantes, tras responder el inventario al final de sus programas de terapia online, coinciden en que:

- Mejoraron los síntomas,
- Satisficieron con los objetivos de la terapia,
- Satisficieron con el terapeuta,
- Satisficieron con el método terapéutico.

4. Discusión

Estos resultados de la aplicación en la videoconferencia de efecto sincrónico de herramientas con efecto asincrónico se reflejan en mejores alcances resolutivos en problemas mentales, en las asesorías emocionales y en una mejor alianza terapéutica *online* entre paciente y profesional.

La alianza terapéutica se define como la cooperación entre el paciente y el terapeuta teniendo en cuenta que una realidad es que para varios investigadores los resultados en muchos trastornos mentales se han estancado o incluso han disminuido desde que se desarrollaron los tratamientos originales

y la calidad de la atención de los trastornos de salud mental sigue siendo deficiente y la tasa de mejora del tratamiento es lenta. Para Wehmann y otros (2020), una de las principales razones de la brecha en la calidad de la atención es la falta de métodos sistemáticos para medir la prestación de psicoterapia, al igual que con cualquier intervención basada en la evidencia. Para que sea eficaz, el tratamiento debe administrarse según lo previsto (también conocido como integridad del tratamiento), lo que requiere una medición precisa del tratamiento administrado y de los resultados.

Los resultados de este trabajo sobre videoconferencia y herramientas con efecto sincrónico pueden ser significativos teniendo en cuenta el valor experimental de este ensayo y como nueva experiencia terapéutica, pues si bien varios trabajos de investigación le dan sustento a los resultados beneficiosos de utilizar y hacer confluencias de estímulos terapéuticos virtuales en tiempos presente o sincrónico (Ewbank y otros, 2019), no hay referencias en la literatura de este modelo de transformar herramientas con efecto asincrónico en efecto sincrónico para potenciar las estrategias terapéuticas en la videoconferencia.

5. Conclusiones

En este trabajo, se ha revisado la utilidad de transformar herramientas con efecto asincrónico en efecto sincrónico y ponerlas en sinergia terapéutica con herramientas que tienen efecto sincrónico «implícito» como es la videoconferencia. Los resultados terapéuticos registrados en los pacientes medidos con la aplicación del Inventario de Alianza Terapéutica formato corto (WAI-S) están entre calificaciones de positivo y muy positivo, lo que abre un abanico de posibilidades y experiencias para optimizar el modelo en terapia virtual con la sinergia de diferentes

herramientas virtuales asincrónicas utilizadas como medios virtuales terapéuticos con efecto sincrónico.

Nota: En la utilización de las diferentes herramientas virtuales como elemento terapéutico se le sugiere al profesional que tome en cuenta el marco legal de regulaciones de cada país.

6. Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arevian, A. C.; Jones, F.; Moore, E. M.; Goodsmith, N.; Aguilar-Gaxiola, S.; Ewing, T.; Siddiq, H.; Lester, P.; Cheung, E.; Ijadi-Maghsoudi, R.; Gabrielian, S.; Sugarman, O. K.; Bonds, C.; Benitez, C.; Innes-Gomberg, D.; Springgate, B.; Haywood, C.; Meyers, D.; Sherin, J. E. y Wells, K. (2020). «Mental Health Community and Health System Issues in COVID-19: Lessons from Academic, Community, Provider and Policy Stakeholders». *Ethnicity & Disease*, 30(4), 695-700. <https://doi.org/10.18865/ed.3>
- Bailey, R. y Wells, A. (2015). Development and initial validation of a measure of metacognitive beliefs in health anxiety: The MCQ-HA. *Psychiatry Research*, 230(3), 871-877. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.035>
- Barlas, Z. y Kopp, S. (2018). Action Choice and Outcome Congruency Independently Affect Intentional Binding and Feeling of Control Judgments. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, 137. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00137>.
- Beck A. T. (2005). «The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective». *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.953>
- Couyoumdjian, A.; Ottaviani, C.; Petrocchi, N.; Trincas, R.; Tenore, K.; Buonanno, C. y Mancini, F. (2016). Reducing the Meta-Emotional Problem Decreases Physiological Fear Response during Exposure in Phobics. *Frontiers in Psychology*, 7, 1105. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01105>.
- Ewbank, M. P.; Cummins, R.; Tablan, V.; Bateup, S.; Catarino, A.; Martin, A. J. y Blackwell, A. D. (2019). Quantifying the Association Between Psychotherapy Content and Clinical Outcomes Using Deep Learning. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 35-43. Advance online publication.
- Foxall, G. R. (2016). Metacognitive control of categorical neurobehavioral decision systems. *Frontiers in Psychology*, 7, 170. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00170>.
- Herrero, R.; Vara, M. D.; Miragall, M.; Botella, C.; García-Palacios, A.; Riper, H.; Kleiboer, A. y Baños, R. M. (2020). Working Alliance Inventory for Online Interventions-Short Form (WAI-TECH-SF): The Role of the Therapeutic Alliance between Patient and Online Program in Therapeutic Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6169. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176169>
- Hilty, D. M.; Chan, S.; Hwang, T.; Wong, A. y Bauer, A. M. (2017). Advances in mobile mental health: opportunities and implications for the spectrum of e-mental health services. *mHealth*, 3, 34. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2017.06.02>
- Mancini, A. y Mancini, F. (2018). Rescripting Memory, Redefining the Self: A Meta-Emotional Perspective on the Hypothesized Mechanism(s) of Imagery Rescripting. *Frontiers in Psychology*, 9, 581. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00581>
- Mathiasen, K.; Riper, H.; Andersen, T. E. y Roessler, K. K. (2018). Guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Adult Depression and Anxiety in Routine Secondary Care: Observational Study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(11), e10927. <https://doi.org/10.2196/10927>
- Miragall, M.; Baños, R. M.; Cebolla, A. y Botella, C. (2015). Working alliance inventory applied to virtual and augmented reality (WAI-VAR): psychometrics and therapeutic outcomes. *Frontiers in Psychology*, 6, 1531. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01531>
- Munder, T.; Wilmers, F.; Leonhart, R.; Linster, H. W. y Barth, J. (2010). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 231-239. <https://doi.org/10.1002/cpp.658>

- Nakao, S.; Nakagawa, A.; Oguchi, Y.; Mitsuda, D.; Kato, N.; Nakagawa, Y.; Tamura, N.; Kudo, Y.; Abe, T.; Hiyama, M.; Iwashita, S.; Ono, Y. y Mimura, M. (2018). Web-Based Cognitive Behavioral Therapy Blended With Face-to-Face Sessions for Major Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(9), e10743. <https://doi.org/10.2196/10743>.
- Ronen-Setter, I. H. y Cohen, E. (2020). Becoming 'Teletherapeutic': Harnessing Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP) for Challenges of the Covid-19 Era. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09462-8>
- Torous, J.; Cerrato, P. y Halamka, J. (2019). Targeting depressive symptoms with technology. *mHealth*, 5, 19. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2019.06.04>
- Wehmann, E.; Köhnen, M.; Härter, M. y Liebherz, S. (2020). Therapeutic Alliance in Technology-Based Interventions for the Treatment of Depression: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 22(6): e17195. doi: 10.2196/17195. Review. PubMed PMID: 32525484; PubMed Central PMCID: PMC7317632.

El autor declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Luis José Uzcátegui es médico por la Universidad de Los Andes, Venezuela, antropólogo por la Universidad de Pittsburg (EE. UU.). Ha recibido entrenamiento en psiquiatría en la Universidad George Washington (EE. UU.). Se desempeña como Psiquiatra en el Centro Mental de Este, Venezuela. Es miembro de la Academia de Mérida, Venezuela. Es profesor de posgrado de modelos de Inteligencia Emocional.

Expositor internacional en Programas de Gerencia Emocional en instituciones de Venezuela, México, Puerto Rico, Chile, España y Perú.

Profesor invitado en el Instituto Tecnológico de Monterrey, México.

Ha realizado trabajos de investigación en la Oficina Panamericana de la Salud, EE. UU.

La relación terapéutica en ambientes virtuales: una revisión a su investigación y aproximación metodológica

Therapeutic Relationship in Virtual Environments: A Review of its Research and Methodological Approach

Juan Esteban Valencia Rey¹

¹ Fundación Universitaria Católica del Norte, Antioquia, Colombia

Resumen

Objetivo: Este estudio socializa una revisión de 38 artículos que analiza el abordaje metodológico, disciplinar y teórico de investigaciones realizadas hasta el momento sobre la aproximación investigativa hacia la relación psicoterapéutica en ambientes virtuales. **Método:** Se realizó una revisión documental de 38 artículos en la búsqueda en bases de datos EBSCO, Scopus, PudMed y otras con artículos en inglés, portugués y español, en los que se analizó por enfoque investigativo, metodología aplicada, concepción teórica y disciplinar tanto a la relación terapéutica en procesos psicológicos como a la comprensión de los ambientes virtuales. **Resultados:** Se observa una aproximación investigativa mayormente de enfoque cuantitativo con una tendencia a comparar resultados de buena relación psicoterapéutica frente a espacios terapéuticos presenciales, así como su relación e impacto en el resultado terapéutico *online*. En la mayoría de las investigaciones cualitativas encontradas, hay una aproximación del estudio a las posibilidades que desarrolla la tecnología para imitar en la medida de lo posible la presencialidad, otras en acomodar los medios tecnológicos existentes a la relación terapéutica posible a establecer de acuerdo con los problemas de salud mental asociados y un análisis centrado en la adecuación del proceso terapéutico según las posibilidades de los medios tecnológicos. **Conclusiones:** Además de comprender posibilidades y limitaciones de las TIC para la relación terapéutica, es importante ir más allá de las tecnologías en sí mismas y explorar las posibilidades del ambiente virtual como un nuevo escenario simbólico y social que, junto a la combinación de medios y el tejido de sus prácticas sociales, expande las posibilidades del relacionamiento en una terapia en ambientes virtuales.

Palabras clave: psicología; psicología clínica; psicoterapia; efectos psicológicos; investigación psicológica; actitudes; tecnología de las comunicaciones; telecomunicaciones.

Abstract

Objective: This paper presents a review of 38 articles, analyzing the methodological, disciplinary and theoretical approach of the research that has been carried out so far about the investigative approach towards the psychotherapeutic relationship in virtual environments. **Method:** A documentary review of 38 articles was carried out through research in EBSCO, Scopus, and PudMed databases, as well as others with articles in English, Portuguese, and Spanish. These articles were analyzed by investigative approach, applied methodology, and theoretical and disciplinary conception, both towards the therapeutic relationship in psychological processes, and the understanding of virtual environments. **Results:** It can be observed there is an investigative approach mainly with a quantitative perspective and with a tendency to compare results of a positive psychotherapeutic relationship versus face-to-face therapeutic meetings, as well as its connection

and impact on the outcome of online therapy. In most of the qualitative research found, there was a study approach to the possibilities that technology develops to imitate, as far as possible, face-to-face encounters. Others focus on adjusting existent technological resources to the therapeutic relationship that is possible to establish depending on the associated mental health issues and an analysis centered around the adaptation of the therapeutic process according to the possibilities technological resources offer. **Conclusion:** In addition to understanding the advantages and limitations of ICT for therapeutic relationships, it is important to go beyond the technologies themselves and explore the possibilities of a virtual environment as a new symbolic and social scene that, with a combination of resources and the fabric of its social practices, expands the possibilities of the relationship in a therapy in virtual environments.

Keywords: psychology; clinical psychology; psychotherapy; psychological effects; psychological research; attitudes; communications technology; telecommunications;

Introducción

El presente trabajo es producto de una investigación en curso sobre la relación terapéutica en telepsicoterapia. Se asocia al semillero «Aprovechamiento de internet para la formación del psicólogo y la evaluación e intervención psicológicas», del Programa de Psicología de la Fundación Universitaria Católica del Norte en Colombia. La revolución digital ha llegado a múltiples sectores de la sociedad. Así, ha transformado las formas de relacionamiento no solo sociales, sino económicas, políticas y culturales, mediante nuevas prácticas comunicativas, de gestión y de atención en salud a partir de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Esto ha implicado que la atención en salud mental se haya visto impactada también con tratamiento psicológico, al utilizar las TIC.

En esta transformación de ofrecer tratamiento psicoterapéutico por internet, se ha suscitado entre los profesionales psicoterapeutas el cuestionamiento y la preocupación por la relación terapéutica en estas modalidades de intervención psicoterapéutica. Por ello, se realizó esta revisión documental, en busca de cómo se ha dado el abordaje investigativo sobre la relación psicoterapéutica en la teleterapia.

1. Metodología

Se revisaron artículos científicos que abordaran la temática en diferentes bases de datos como Scopus, ESBC Host, Scielo, Dialnet, Google Scholar y PudMed, en tres idiomas: inglés, español y portugués, desde la década de 1990 hasta la actualidad. Las palabras usualmente vinculadas para el hallazgo de los artículos fueron las siguientes: relación terapéutica, alianza terapéutica, terapia *online*, telepsicoterapia, telesalud mental, psicoterapia virtual.

Posteriormente, se realizó una selección de pertinencia que vinculara tanto la relación terapéutica como la terapia *online*, desde una perspectiva de salud mental. Esto llevó a la selección de 38 artículos para su lectura y análisis. El abordaje de revisión se dio en las siguientes categorías: abordaje disciplinar, teórico y metodológico, tanto de la relación terapéutica como de la terapia *online* en el contexto de la virtualidad.

2. Resultados encontrados

Se evidenció que la relación terapéutica en teleterapia es abordada principalmente desde la psicología clínica. De los 38 artículos científicos escogidos, 28 de ellos lo aborda solo desde la perspectiva de la psicoterapia.

pia en la clínica psicológica. Los restantes diez artículos realizan una combinación entre la psiquiatría y la psicología clínica, debido principalmente al tipo de paciente que se trató con la terapia, pues necesitaba un diagnóstico psiquiátrico (Andersson y otros, 2015; Bergman Nordgren, Carlbring, Linna y Andersson, 2013; Ertelt y otros, 2011; Germain, Marchand, Bouchard, Guay y Drouin, 2010; Hadjistavropoulos, Pugh, Hesser y Andersson, 2016; Herbst y otros, 2016; Köhne y otros, 2020; Preschl, Maercker y Wagner, 2011; Schneider, Hadjistavropoulos y Faller, 2016) y/o que la propuesta de tratamiento implicaba una interconsulta entre psiquiatría y psicología clínica tanto para el diagnóstico como para la formulación del tratamiento (Morgan, Patrick y Magaletta, 2008; Kocsis y Yellowlees, 2018).

Se encontró, además, que las modalidades de tratamiento son psicoterapias de diversas índoles y *counselling*. El enfoque psicoterapéutico más frecuente fue de terapias cognitivo-conductuales con presencia en diez dentro de los 38 artículos (Andersson y otros, 2015; Bergman Nordgren, Carlbring, Linna y Andersson, 2013; Ertelt y otros, 2011; Hadjistavropoulos, Pugh, Hesser y Andersson, 2016; Herbst y otros, 2016; Köhne y otros, 2020; Schneider, Hadjistavropoulos y Faller, 2016; Wagner, Brand, Schulz y Knaevelsrud, 2012). De ahí le siguen dos artículos de psicoterapia psicoanalítica relacional (Cabre y Mercadal, 2016; Roesler, 2017). Luego, hay un artículo de terapia gestáltica (Faria, 2019). Los demás textos son de enfoques psicoterapéuticos inespecíficos, es decir, sin mencionar explícitamente un modelo teórico específico al que se adscriben las psicoterapias.

En la revisión, se encontraron varios términos para referirse a la relación terapéutica entre los que están: relación terapéutica,

vínculo terapéutico, alianza terapéutica, alianza del trabajo terapéutico. Se evidencia que no hay uniformidad conceptual para acercarse al fenómeno de estudio, debido a que la mayoría de investigaciones asumen la posición conceptual predominante de Bordin (1979) sobre la alianza del trabajo terapéutico (*working alliance*), algunos incluso, sin mencionar directamente a Bordin, pero sí a estudios empíricos que se basan en él. Otros asumen una postura teórica sin definir el fenómeno, como se evidencia en varios estudios (Cabre y Mercadal, 2016; Chen y otros, 2020; Dunn, 2011; Dunn, 2012; Geller, 2020; Roesler, 2017).

Algunos textos abordan la relación terapéutica como una realidad más amplia que la alianza terapéutica y la alianza del trabajo terapéutico, pero aún no realizan una distinción propiamente, como en el siguiente estudio que implícitamente lo insinúa:

En este estudio, examinamos cómo la telesalud mental impacta aspectos de la relación terapéutica, a saber la alianza del trabajo terapéutico, así como el ánimo, la satisfacción y las actitudes generales y percepciones de los prisioneros hacia los servicios de salud mental realizados por telesalud mental (Morgan, Patrick y Magaletta, 2008, p. 159).

Además, Siegmund y Lisboa (2015) parafrasean la definición de relación terapéutica de Eizirik, Libermann y Costa (2008), en la que la define como «el vehículo por medio del cual se procesan los tratamientos psicoterapéuticos» (2008, p. 74). Esta definición se basa en una propuesta integrativa de Gelsso y Carter (1985), teniendo en cuenta, además de la alianza terapéutica, los intercambios relacionales, como la transferencia y la contratransferencia de las psicoterapias psicoanalíticas, y la relación real de la psico-

terapia centrada en la persona. Esta visión o perspectiva va en consonancia con el análisis de Cabré y Mercadal (2016) cuando, al revisar la relación terapéutica, considera las afectaciones del medio o formato *online*, tanto en la alianza terapéutica como en la transferencia y contratransferencia. En el estudio de enfoque humanista, se conceptualiza la relación terapéutica desde la Gestalt.

En cuanto a los medios utilizados para las modalidades de terapia en mundo digital, se encontró que 14 artículos estudiaron la videoconferencia como un medio sincrónico, en tiempo real (Cabre y Mercadal, 2016; Chen y otros, 2020; Cipolletta, Frasoni y Faccio, 2017; Day y Schneider, 2002; Deen, Fortney y Schroeder, 2013; Ertelt y otros, 2011; Faria, 2019; Geller, 2020; Germain, Marchand, Bouchard, Guay y Drouin, 2010; Ghosh, McLaren y Watson, 1997; Kocsis y Yellowlees, 2018; Morgan, Patrick y Magaletta, 2008; Rees y Stone, 2005; Roesler, 2017; Siegmund y Lisboa, 2015). De ahí, siguen cuatro estudios en el que se eligió el medio asincrónico del correo electrónico (Cook y Doyle, 2002; Dunn, 2011, 2012; Leibert, Archer, Munson y York, 2006). De ahí siguen dos que se hicieron por mensajes instantáneos de texto y foros *online* (Prado y Meyer, 2006; Reynolds, Stiles, Bailer y Hughes, 2013).

Se identifican varias tendencias en los demás estudios. La primera se centra en revisar la relación terapéutica dependiendo del modo de interacción virtual, entendiendo sus posibilidades y limitaciones, ya sea sincrónico o asincrónico, pero intentando validar la relación terapéutica en el mundo complejo de la virtualidad (Cipolletta y Mocellin, 2018), en el que se habla tanto de contacto individual como grupal por WhatsApp, videollamadas, videoconferencia, correo electrónico y mensajes de texto (Manfrida, Albertini y Eisenberg, 2017), o en distintos tipos de te-

rapias en sitios web, asincrónicas en el que hay niveles diferentes de contacto con el terapeuta (Cavanagh y Millings, 2013).

La segunda tendencia radica en la integración de modalidades de terapia presencial y *online* (Cabre y Mercadal, 2016; Dunn, 2012), especialmente cuando la tecnología juega un papel importante en el espacio entre sesión y sesión como con la aplicación goACT (Richards, Simpson, Bastiampillai, Pietrabissa y Castelnuovo, 2016), que busca expandir los parámetros de la terapia más allá de las sesiones con algunas funcionalidades de recordación, almacenamiento e interacción con el terapeuta.

Y, por último, la tendencia de estudiar las actitudes de los terapeutas hacia la relación terapéutica mediada por internet (Sucala, Brackman, Schnur, Constantino y Montgomery, 2013).

Valoraciones metodológicas de los estudios encontrados

De los 38 artículos científicos, 21 tuvieron un enfoque cuantitativo, 3 fueron estudios mixtos con énfasis en lo cuantitativo y los 14 restantes fueron cualitativos.

Entre los estudios cuantitativos, la mayoría utilizó el inventario Working Alliance Inventory (WAI), que se desarrolló según la propuesta de Bordin (Horvath y Greenberg, 1989). Este test evalúa la calidad de la alianza terapéutica entre paciente y terapeuta en tres escalas: objetivos terapéuticos, tareas y el vínculo. Con él, se evaluó la relación terapéutica, para comparar el vínculo en la presencialidad y en la virtualidad (Cook y Doyle, 2002; Prado y Meyer, 2006; Preschl, Maercker y Wagner, 2011), en el que hubo una buena alianza terapéutica tanto en lo virtual como en lo presencial sin una diferencia significativa, con excepción de

Cook y Doyle (2002), en el que hubo una distinción estadísticamente relevante, pero la muestra de terapeutas era muy pequeña. Prado y Meyer (2006) concluyen que la relación se formó y se mantuvo vía internet con características similares a la presencial.

En cuanto a factores que pudieran influir en la relación terapéutica en teleterapia, hubo dos estudios cuantitativos, pero el análisis de los factores no alcanzaron relevancia estadística (Cook y Doyle, 2002; Knaevelsrud y Maercker, 2006).

Respecto a ver la relación entre la alianza terapéutica en el resultado de la terapia, el estudio de Day y Schneider (2002) encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la comparación entre tres modalidades (presencial, teléfono y videoconferencia) en la puntuación de la dimensión de la participación del cliente, ya que:

fueron más altos cuando los clientes no estaban cara a cara con sus terapeutas. Esta dimensión incluía calificaciones en las características como el nivel de actividad del cliente, iniciativa, confianza, espontaneidad y desinhibición, aspectos que nosotros esperábamos que fueran atenuados por la introducción de una situación terapéutica extraña. Evidentemente, no fueron atenuados. Dos especulaciones sobre la causa de este resultado inusual es que los clientes en las modalidades a distancia hicieron un mayor esfuerzo de comunicarse, tomando mayor responsabilidad sobre la interacción que aquellos que estaban en la terapia tradicional cara a cara, o que la distancia hizo que la apertura pareciera más segura. (Day y Schneider, 2002, p. 502)

Knaevelsrud y Maercker (2006) encontraron una correlación positiva entre la alianza

terapéutica con las puntuaciones residuales por ansiedad, lo que sugeriría que los pacientes que calificaron mejor la alianza tenían mayores reducciones de ansiedad posterior al tratamiento. Resultados parecidos encontraron Bergam y otros (2013). En Andesson y otros (2015), se encontró que la calificación de la alianza en la medición del WAI en las primeras semanas de la terapia predecían tanto el puntaje de cambio terapéutico como puntajes de reducción de síntomas al final de la terapia.

En una región de Italia, Cipolletta y Moce-llin (2018) compartieron que el 55,18 por ciento de los terapeutas encuestados estaban de acuerdo con la afirmación «es difícil mantener una adecuada relación terapéutica con consulta psicológica *online*» (p. 917) y el 49,56 por ciento estaba de acuerdo con la siguiente afirmación: «Consulta psicológica *online* debe ser usada solo dentro de una ya establecida relación terapéutica» (p. 917).

Sucala, Brackman, Schnur, Constantino y Montgomery (2013) encontraron en una encuesta a terapeutas inscritos en la APA, unas correlaciones interesantes: quienes se sentían confiados en sus habilidades para generar una alianza terapéutica en terapia presencial se relacionaban a sus años de experiencia profesional, pero quien se sentía confiado para desarrollar la alianza terapéutica en terapias *online* se relacionaba con la confianza que se tenía para desarrollar la alianza en la terapia presencial.

Dentro de los estudios cualitativos, Cavanagh y Millings (2013) encontraron que «la relación terapéutica podría ser relativamente robusta en la modalidad a distancia, asincrónica y de contacto limitado» (p. 202), en la que la naturaleza de esa relación *online* podría diferir de aquella construida en las relaciones terapéuticas tradicionales, ya que, como el diálogo terapéutico es un compo-

nente irremplazable de la psicoterapia y que, dentro de la modalidad virtual, no siempre es local ni sincrónico, sino que podría ser remoto, asincrónico y en un contexto cibernético (Cavanagh y Millings, 2013).

Desde su experiencia clínica por videoconferencia, Kocsis y Yellowlees (2018) plantean unas transformaciones: A través de la modalidad virtual, perciben una experiencia de la relación entre terapeuta y paciente más simétrica en la forma de ejercer el poder, en la que los pacientes sienten mayor seguridad y control de la situación terapéutica. Hay consonancia de esta percepción con el estudio de Fletcher-Tomenius y Vossler (2009). Además, Kocsis y Yellowlees (2018) plantean también el espacio virtual donde se realiza la sesión terapéutica como una «combinación de una distancia física y psicológica creciente, que surge debido al medio de la videoconferencia, y que entre ellos, provee mayor seguridad y permite el incremento de compartir la intimidad» (Kocsis y Yellowlees, 2018, p. 330). Esto está en armonía con lo encontrado por Dunn (2011; 2012), en que el aumento percibido de control ayuda a la formación y sostenimiento de la alianza terapéutica en lo virtual.

Dunn (2011; 2012) halló que, en la terapia *online* asincrónica, el tiempo es utilizado por los pacientes para pensar y para generar procesos de vinculación según los tiempos del paciente, especialmente en aquellos que tienen fuertes resistencias relacionales. Además, se encontró una capacidad de desinhibición de la vergüenza y el miedo a la involucración.

Fletcher-Tomenius y Vossler (2009) encontraron en la experiencia de sus participantes que el rol de lo anónimo en las relaciones *online* permite el desarrollo de la confianza más rápido que en una terapia presencial, percibido en la velocidad en la que progre-

saba la relación *online* y en la cantidad de autorrevelaciones en etapas tempranas de la terapia. En cambio, hacia el lado del terapeuta no es claro el impacto del anonimato, porque algunas veces puede beneficiar para no ser juzgado demasiado rápido por las apariencias, pero a la vez levanta dudas sobre la responsabilidad del proceco terapéutico *online*.

Cabré y Mercadal (2016) hallaron en la modalidad por videoconferencia que, además de la pérdida de señales no verbales como las auditivas, visuales, gestuales y corporales, está la transformación del silencio, que no es posible mediarlo, porque suena artificioso y poco real.

Tanto Cabre y Mercadal (2016) como Roesler (2017) y Dunn (2012) describen la interacción virtual como un espacio transicional que permite la experiencia paradójal de la presencia y la ausencia, así como la construcción de realidad y fantasía.

Faria (2019) realiza una aproximación a través de tres casos terapéuticos, en los que establece que la vinculación terapéutica se va constituyendo a partir del lenguaje. Por ello, propone que lo verbal y lo no verbal se contextualice según las posibilidades de los medios virtuales, al considerar que el objetivo es el encuentro en el uso del lenguaje del cliente y cómo el terapeuta se adecúa sin falsearse a sí mismo, con las posibilidades del medio y de los lenguajes adscritos a él. Además, la autora considera que es más exigente para el terapeuta la virtualidad porque es más difícil mantener la presencia genuina debido a todas las distracciones que hay en el entorno.

3. Discusión

Si bien se usan muchísimos términos para abordar la relación terapéutica, casi todos

los estudios cuantitativos se terminan ciñendo a la definición de Bordin, que se centra en el desarrollo de vínculos, en el acuerdo de metas y en la asignación de tareas (Bordin, 1979), porque utilizan el inventario WAI, cuyo constructo se basa en esa definición. Sin embargo, este inventario se diseñó para la presencialidad, que consta de la división de la terapia en sesiones. Con este contexto, se aplicó a diferentes terapias *online*, en que esas condiciones se modificaban metodológicamente, aunque no desaparecieran por completo, especialmente en el caso de las terapias cognitivo-conductuales realizadas por internet. Por ejemplo, las sesiones no existían *per se*, sino que la terapia se orientaba a través del logueo semanal en un sitio web mediante módulos o información interactiva de la terapia, en el que el terapeuta comentaba o respondía las tareas realizadas y asignaba una nueva tarea o permitía seguir con el curso de la terapia.

Además, hay suficiente evidencia en estos estudios para hablar de que es posible una relación terapéutica positiva y satisfactoria en teleterapia, particularmente para la modalidad de videoconferencia (Day y Schneider, 2002; Ertelt y otros, 2011; Germain, Marchand, Bouchard, Guay y Drouin, 2010; Morgan, Patrick y Magaletta, 2008), tanto en adultos como en adolescentes-jóvenes (Hanley, 2009; King, Bambling, Reid y Thomas, 2006). No obstante, en algunos estudios esa relación positiva y satisfactoria sigue siendo menor respecto al nivel de satisfacción frente a lo presencial (Ghosh, McLaren y Watson, 1997; Leibert, Archer, Munson y York, 2006), pero aún no se conoce qué factores pudieran influenciar ese establecimiento y cómo se establece propiamente en la modalidad virtual.

Los estudios cualitativos hacen un esfuerzo por comprender de manera más experiencial la relación terapéutica, su mantenimien-

to y las posibilidades y limitaciones de las TIC para ese proceso, acomodando algunos medios tecnológicos existentes a la relación terapéutica posible a establecer según los problemas de salud mental asociados.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que el mundo digital es un ecosistema de medios (Scolari, 2015) que conviven y se interrelacionan según la interacción que se da entre las personas y que se puede dar entre el terapeuta y paciente. Así, la aproximación a la virtualidad desde la tecnología, olvidando que el ciberespacio es un escenario, entorno y contexto comunicativo creado a partir de redes de medios y lenguajes que se van hibridando constantemente. Esto que pasa en todas las relaciones sociales virtuales sucede también a la hora de la teleterapia, comienza desde que el paciente contacta al terapeuta por un medio en particular (o viceversa), pero se va tejiendo la relación terapéutica a partir del ecosistema de medios y los lenguajes que van eligiendo los dos participantes para el intercambio comunicativo.

4. Conclusiones

Teniendo en cuenta el recorrido a través de la revisión de los 38 artículos, es importante vislumbrar que hay un interés fuerte en el campo disciplinar e investigativo por la relación terapéutica, así como también por una comprensión de lo que ocurre en el contexto virtual. Sin embargo, aún las investigaciones encontradas ven la relación terapéutica entre un contexto y otro como si se dieran igual y no hubiera una hipermediación, aunque algunas investigaciones insinúen que no se construye de la misma manera. Entendiendo que el contexto de la terapia ha cambiado, hay un efecto en el fenómeno relacional que es importante estudiarlo desde lo psicológico. Asimismo, hay literatura científica suficiente para afirmar que la relación tera-

péutica en la virtualidad se logra, pero que aún no se comprende cómo se configura considerando la dinámica relacional virtual.

5. Referencias

- Andersson, E.; Ljótsson, B.; Hedman, E.; Enander, J.; Kaldo, V.; Andersson, G. y otros (2015). Predictors and moderators of Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: Results from a randomized trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* (4), 1-7. doi:10.1016/j.jocrd.2014.10.003
- Bergman Nordgren, L.; Carlbring, P.; Linna, E. y Andersson, G. (2013). Role of the working alliance on treatment outcome in tailored internet-based cognitive behavioural therapy for anxiety disorders: randomized controlled pilot trial. *Journal Medicine Internet Research*, 18(e4). doi:http://dx.doi.org/10.2196/resprot.2292.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, 16(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Cabre, V. y Mercadal, J. (2016). Psicoterapia on-line. Escenario virtual para una relación real en el espacio intermediario. *Clínica e Investigación Relacional*, 10, 439-452. doi:10.21110/19882939.2016.100206.
- Cavanagh, K. y Millings, A. (2013). (Inter)personal Computing: The role of the therapeutic relationship in E-mental health. *Journal of Contemporary Psychotherapy* (43), 197-206. doi:10.1007/s10879-013-9242-z
- Chen, C. K.; Nehrig, N.; Wash, L.; Schneider, J. A.; Ashkenazi, S.; Cairo, E. y Guyton, A. F. (2020). When distance brings us closer: leveraging tele-psychotherapy to build deeper connection. *Counselling Psychology Quarterly*. doi: https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1779031
- Cipolletta, S.; Frassoni, E. y Faccio, E. (2017). Construing a therapeutic relationship online: An analysis of videoconference sessions. *Clinical Psychologist*, 220-229. doi:https://doi.org/10.1111/cp.12117
- Cipolletta, S. y Mocellin, D. (2018). Online counseling: An exploratory survey of Italian psychologists' attitudes towards new ways of interaction. *Psychotherapy Research*, 28(6), 909-924. doi:10.1080/10503307.2016.1259533
- Cook, J. E. y Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results». *Cyberpsychology y behavior: the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 5(2), 95-105. doi:https://doi.org/10.1089
- Day, S. X. y Schneider, P. L. (2002). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 49(4), 499-503. doi:10.1037/0022-0167.49.4.499
- Deen, T. L.; Fortney, J. C. y Schroeder, G. (2013). Patient acceptance of and initiation and engagement in telepsychotherapy in primary care. *Psychiatric Services*, 64(4), 380-384. doi:10.1176/appi.ps.201200198
- Dunn, K. (2011). How does meeting online impact the therapeutic relationship? *Therapy Today*, 22(8), 48-50.
- Dunn, K. (2012). A qualitative investigation into the online counselling relationship: To. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(4), 316-326. doi:10.1080/14733145.2012.669772
- Ertelt, T. W.; Crosby, R. D.; Marino, J. M.; Mitchell, J. E.; Lancaster, K. y Crow, S. J. (2011). Therapeutic factors affecting the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa via telemedicine versus face-to-face delivery. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 687-691. doi:10.1002/eat.20874
- Faria, G. M. (2019). Constituição do vínculo terapêutico em psicoterapia online: perspectivas gestálticas. *Revista do NUFEN*, 11(3), 66-92. doi:https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.nº03artigo59
- Fletcher-Tomenius, L. y Vossler, A. (2009). Trust in online therapeutic relationships: The therapist's experience. *Counselling Psychology Review*, 24(2), 24-34.
- Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*. doi: https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1787348
- Gelso, C. J. y Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155-243. doi:10.1177/0011000085132001

- Germain, V.; Marchand, A.; Bouchard, S.; Guay, S. y Drouin, M.-S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 29-35. doi:10.1089/cyber.2009.0139
- Ghosh, G. J.; McLaren, P. M. y Watson, J. P. (1997). Evaluating the alliance in video-link teletherapy. *Journal of telemedicine and telecare*, 3(1), 33-35. doi:https://doi.org/10.1258/1357633971930283
- Hadjistavropoulos, H. D.; Pugh, N. E.; Hesser, H. y Andersson, G. (2016). Therapeutic alliance in internet-delivered cognitive behaviour therapy for depression or generalized anxiety. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 24(2), 451-461. doi:10.1002/cpp.2014
- Hanley, T. (2009). The working alliance in online therapy with young people: preliminary findings. *British Journal of Guidance y Counselling*, 37(3), 257-269. doi:https://doi-org.consultaremoti.upb.edu.co/10.1080/03069880902956991
- Herbst, N.; Franzen, G.; Voderholzer, U.; Thiel, N.; Knaevelsrud, C.; Hertenstein, E.; Külz, A. K. (2016). Working alliance in internet-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(2), 117-118. doi:10.1159/000441282
- Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1989). «Development and validation of the Working Alliance Inventory». *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. doi:https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223
- King, R.; Bambling, M.; Reid, W. y Thomas, I. (2006). Telephone and online counselling for young people: A naturalistic comparison of session outcome, session impact and therapeutic alliance. *Counselling y Psychotherapy Research*, 6(3), 109-115. doi:https://doi-org.consultaremoti.upb.edu.co/10.1080/14733140600874084
- Knaevelsrud, C. y Maercker, A. (2006). Does the Quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e31. doi:10.2196/jmir.8.4.e31
- Kocsis, B. J. y Yellowlees, P. (2018). Telepsychotherapy and the therapeutic relationship: principles, advantages, and case examples». *Telemedicine and e-Health*, 24(5), 329-334. doi:10.1089/tmj.2017.0088
- Köhne, S. S.; Borgwardt, S.; Assmann, N.; Rogg, M.; Schaich, A. y Faßbinder, E. (2020). Therapeutic relationship in eHealth-A pilot study of similarities and differences between the online program priovi and therapists treating borderline personality disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17). doi:https://doi-org.consultaremoti.upb.edu.co/10.3390/ijerph17176436
- Leibert, T.; Archer, J. J.; Munson, J. y York, G. (2006). An exploratory study of client perceptions of internet counseling and the therapeutic alliance. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(1), 69-83. doi:https://doi.org/10.17744/mehc.28.1.f0h37djr89nv6vb
- Manfrida, G.; Albertini, V. y Eisenberg, E. (2017). Connected: Recommendations and techniques in order to employ internet tools for the enhancement of online therapeutic relationships. Experiences from Italy. *Contemporary Familiar Therapy Fam Ther*, 39: 314-328, 39(4). doi:10.1007/s10591-017-9439-5
- Morgan, R. D.; Patrick, A. R. y Magaletta, P. R. (2008). Does the use of telemental health alter the treatment experience? Inmates' perceptions of telemental health versus face-to-face treatment modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 158-162. doi:https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.158
- Morland, L. A.; Poizner, J. M.; Williams, K. E.; Masino, T. T. y Thorp, S. R. (2015). Home-based clinical video teleconferencing care: Clinical consider--*International review of psychiatry*, 27(6), 504-512. doi:https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1082986
- Prado, O. Z. y Meyer, S. B. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 247-257. doi:https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200003
- Preschl, B.; Maercker, A. y Wagner, B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 11(1). doi:10.1186/1471-244x-11-189
- Rees, C. y Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy». *Professional Psychology, Research*

- and Practice* (36), 649-653. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.36.6.649
- Reynolds, D. J.; Stiles, W. B.; Bailer, A. J. y Hughes, M. A. (2013). Impact of Exchanges and Client-Therapist Alliance». *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 370-377. doi:http://doi.org/10.1089/cyber.2012.0195
- Richards, P.; Simpson, S.; Bastiampillai, T.; Pietrabissa, G. y Castelnovo, G. (2016). The impact of technology on therapeutic alliance and engagement in psychotherapy: The therapist's perspective. *Clinical Psychologist*, 22(2), 171-181. doi:https://doi.org/10.1111/cp.12102
- Roesler, C. (2017). «Tele-analysis: the use of media technology in psychotherapy and its impact on the therapeutic relationship». *Journal of Analytical Psychology*, 62(3), 372-394. doi:10.1111/1468-5922.12317
- Ronen-Setter, I. H. y Cohen, E. (2020). «Becoming 'Teletherapeutic': Harnessing Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP) for Challenges of the Covid-19 Era». *Journal of Contemporary Psychotherapy*. doi:https://doi.org/10.1007/s10879-020-09462-8
- Schneider, L. H.; Hadjistavropoulos, H. D. y Faller, Y. N. (2016). «Internet-delivered Cognitive Behaviour Therapy for Depressive Symptoms: An Exploratory Examination of Therapist Behaviours and their Relationship to Outcome and Therapeutic Alliance». *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(6), 625-639.
- Scolari, C. A. (2015). *Ecología de los medios*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Siegmund, G. y Lisboa, C. (2015). Orientação Psicológica On-line: Percepção dos Profissionais sobre a Relação com os Clientes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 168-181. doi:https://doi.org/10.1590/1982-3703001312012
- Sucala, M.; Brackman, E. H.; Schnur, J. B.; Constantino, M. J. y Montgomery, G. H. (2013). «Clinicians' attitudes toward therapeutic alliance in E-therapy». *The Journal of General Psychology*, 140(4), 282-293. doi:https://doi.org/10.1080/00221309.2013.830590
- Sucala, M.; Schnur, J.; Constantino, M.; Miller, S.; Brackman, E. y Montgomery, G. (2012). «The Therapeutic Relationship in E-Therapy for Mental Health: A Systematic Review». *Journal of Medical Internet Research*, 14(4), 175-187. doi:http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2084
- Torales, J. y Brítez Cantero, J. (2017). «Fundamentos de psicoterapia». *Medicina Clínica y Social*, 1(2), 157-183. www.medicinaclinicay-social.org/index.php/MCS/article/view/25
- Wagner, B.; Brand, J.; Schulz, W. y Knaevelsrud, C. (2012). «Online Working Alliance Predicts Treatment Outcome for Posttraumatic Stress Symptoms in Arab War-Traumatized Patients». *Depression and Anxiety* (1091-4269), 29(6), 646-651. doi:https://doi-org.consultaremoti.upb.edu.co/10.1002/da.21962

El autor declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Juan Esteban Valencia Rey, Magíster en Comunicación Organizacional, comunicador social-periodista, docente en la Universidad Pontificia Bolivariana y estudiante de Psicología de la Fundación Universitaria Católica del Norte en trabajo de grado, grupo de investigación psico-

logía e intervenciones online de la Fundación Universitaria Católica del Norte en el semillero de investigación «Aprovechamiento de internet para la formación del psicólogo y la evaluación e intervención psicológicas», Medellín, Colombia, jestebanvalencia@soyucn.edu.co, https://orcid.org/0000-0002-6953-6351.

¿Es posible la psicoterapia de grupo *online*?

Revisión bibliográfica y experiencia clínica

Is group psychotherapy *online* possible? Bibliographic review and clinical experience

Paula Castrillo Ramírez¹, Manuel Mateos Agut¹

¹ Hospital de Día de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Hospitalario de Burgos

Resumen

El trabajo surge ante los cambios acontecidos por la pandemia Covid-19 y la necesidad de adaptar las condiciones asistenciales en el equipo de Hospital de Día de Salud Mental de Burgos, España. **Objetivo:** Ante la imposibilidad de continuar nuestro trabajo de forma presencial decidimos utilizar el formato de videoconferencia online para favorecer la continuidad del proceso psicoterapéutico. **Metodología:** Se trabajó con dos grupos diarios, uno de orientación grupoanalítica y otro psicoeducativo y se comparó la asistencia a los grupos virtuales de hospital de día en mayo y junio de 2020, con grupos presenciales en el mismo periodo de 2019. Realizamos una evaluación cualitativa de la satisfacción percibida por los participantes. **Conclusiones:** Tras la revisión bibliográfica y el análisis de la observación acerca del fenómeno, se concluye que la psicoterapia de grupo *online* por videoconferencia es posible y aporta beneficios asistenciales. No obstante, el cambio de formato influye en diferentes aspectos de la relación terapéutica y el proceso de comunicación que se da en los grupos, lo que condiciona la intersubjetividad y diferentes fenómenos grupales como la cohesión, la contención de actuaciones o la experiencia de intimidad.

Palabras clave: psicoterapia; grupo; internet; relación; alianza; comunicación; videoconferencia; psicopatología.

Abstract

This work arises from the changes occurred by the Covid-19 pandemic and the need to adapt the care conditions in the team of the Mental Health Day Hospital of Burgos, Spain. **Objective:** Given the impossibility of continuing our work in person, we decided to use the online videoconference format to promote the continuity of the psychotherapeutic process. **Methodology:** We develop two daily groups, one of group-analytical orientation and the other psychoeducational. We compared the attendance to the virtual groups of the Day Hospital in the period between May and June 2020, with the attendance to the face-to-face groups in the same period of 2019. We carried out a qualitative evaluation of the satisfaction perceived by the participants. **Conclusions:** After reviewing the literature and analyzing our observation about the phenomenon, we came to the conclusion that online group psychotherapy by videoconference is possible and provides healthcare benefits. However, the change in format influences different aspects of the therapeutic relationship and the communication process that occurs in the groups, conditioning intersubjectivity and different group phenomena such as cohesion, containment of actions or the experience of intimacy.

Keywords: psychotherapy; group; internet; relationship; alliance; communication; videoconference; psychopathology.

1. Introducción y objetivo

La metodología *online* es un medio para la práctica de la psicoterapia cada vez más utilizado en la actualidad. Muchos son los profesionales que se han sumado a la iniciativa del uso de la tecnología para su práctica profesional.

En España, las medidas de seguridad y confinamiento surgidas por la pandemia Covid-19 en los últimos meses han supuesto cambios en la actividad asistencial en salud mental.

Tras verse modificada la organización de actividades individuales y grupales desarrolladas por el equipo de hospital de día del Servicio de Psiquiatría de Burgos, iniciamos una experiencia de psicoterapia grupal online que permitiera continuar el trabajo asistencial. Convocamos dos grupos diarios a través de videoconferencia, uno de orientación grupo analítica y otro psicoeducativo. Al hilo de la experiencia clínica, comenzamos nuestra observación de las sesiones de psicoterapia online.

Encontramos diferentes manifestaciones de los fenómenos grupales en comparación con el trabajo psicoterapéutico presencial. Observamos la reacción de los pacientes ante la implementación de una nueva metodología en el trabajo asistencial hospitalario. Fue una experiencia satisfactoria.

2. Bases teóricas

La bibliografía e interés acerca del concepto y práctica de la psicoterapia online aumenta. La familiaridad con el uso de la tecnología en el ámbito asistencial está originando un campo de reflexión y posibilidades para la práctica de la psicoterapia. Una parte significativa de la población tiene acceso a internet. Así puede beneficiarse de diferentes servicios a distancia, como la psicoterapia.

Estas posibilidades suponen transformaciones en nuestros hábitos cotidianos y nuestra relación con el otro. El uso de dispositivos electrónicos implica cambios en las relaciones sociales y la comprensión de los grupos (Vaimberg, 2012b).

La aproximación a la definición de la psicoterapia online en la bibliografía es amplia. Existe un creciente interés por conocer el efecto de la interacción virtual sobre la relación y aspectos intra e intersubjetivos. La psicoterapia *online* consiste en la utilización del medio virtual para el desarrollo de las sesiones y el proceso psicoterapéutico. Medio que influye en la experiencia subjetiva de comunicación y la relación entre los participantes.

Como ventajas de la psicoterapia *online*, destacamos la accesibilidad y la eficiencia del tratamiento. Ante la necesidad de desplazarse entre localidades para acudir al centro de tratamiento o limitaciones en la movilidad, la psicoterapia *online* permite dar continuidad al tratamiento (Caspar, 2004; Newman, 2004) y facilitar el acceso a los usuarios (Melchiori y otros, 2011; Schultze, 2006; Suler, 2000; Tate y Zabinski, 2004; Trujillo Borrego, 2005; Vallejo y Jordán, 2007). También puede facilitar el primer contacto con la psicoterapia en personas más resistentes a comenzar un tratamiento presencial. En su estudio, Ghosh y otros (1988) encontraron que pacientes con trastorno de pánico mostraban menos resistencia hacia la psicoterapia *online*.

Al parecer, la relación virtual podría asociarse a un sentimiento subjetivo de protección (Melchiori y otros, 2011; Suler, 2000). También permite reducir costos asociados al tratamiento (Caspar, 2004; Newman, 2004) y se ha demostrado su eficacia en tareas de asesoramiento o evaluación por profesionales especializados (Newman, 1997).

Los resultados de investigación sobre psicoterapia online muestran aceptación y satisfacción de los participantes en comparación con la modalidad presencial (Frueh y otros, 2005; King y otros, 2009), así como la observación de cambio en el comportamiento de sujetos participantes en intervenciones psicológicas online, con resultados significativos en comparación con el grupo control (Dèttore y otros, 2015; Grist, Cavanagh, 2013; Wantland y otros, 2004).

Algunas de las limitaciones de la psicoterapia online se relacionan con el aspecto presencialidad, que, al modificarse, influye en la relación entre los participantes. El cuerpo y la presencia física son aspectos relevantes en la construcción de la alianza terapéutica, facilita la vivencia de compromiso e implicación con el otro, la frecuencia de comunicación espontánea y la aceptación de retroalimentación negativa (Kiesler y Cummings, 2002). La relación en el espacio grupal virtual implica un distanciamiento y reducción de información no verbal. Ello facilita una vinculación en espejo que favorece la proyección narcisista (Vaimberg, 2012a). Se ha señalado el fenómeno de inmersión digital, experiencia basada en la fantasía de estar compartiendo un espacio común, lo que hace más difícil diferenciar aspectos imaginarios de la realidad (Gutierrez y Haye, 2017). Se ha observado la necesidad de reforzar el encuadre, debilitado por las características de la relación virtual. La bibliografía sobre el encuadre en psicoterapia online coincide en la necesidad de cuidar la privacidad del lugar en el que se conectan los pacientes, aspectos del entorno como la iluminación o reducir el impacto de ruido ambiental (Weinberg y Rolnick, 2020). Así, es fundamental reconocer al participante en la sesión (De la Torre y Pardo, 2018). Las conversaciones por videoconferencia facilitan la experiencia de intimidad al in-

corporar información visual sincrónica, en comparación con otros formatos virtuales (Bailenson y otros, 2008). Sin embargo, se ha observado que la relación terapéutica *online* repercute en la espontaneidad de la interacción, la experiencia de cohesión grupal y comprensión mutua (Burgoon y otros, 2010; Shotter, 2009).

Entonces, si se ven modificadas algunas características de la relación en la modalidad *online*, ¿es posible la construcción de la alianza terapéutica? La bibliografía revela que, si bien ambas modalidades cuentan con características diferenciadas (Barak, y otros, 2008; Greene y otros, 2010), es posible construir la alianza de trabajo mediante recursos virtuales (Bickmore y otros, 2005; Clarke y otros, 2016; Cook y Doyle, 2002; Ferwerda y otros, 2015; Germain y otros, 2010, Gomes, 2014; Hanley y Reynolds, 2009; Holmes y Foster, 2012; Kay-Lambkin y otros, 2011; King y otros, 2006; Knaevelsrud y Maercker, 2007; Reynolds y otros, 2006), así como experimentar cercanía, empatía y calidez (King et al, 2006).

No se han encontrado diferencias significativas entre ambas formas de tratamiento en cuanto a adherencia y número de abandonos (Ghosh et al., 1988; Newman et al., 1997). Los resultados obtenidos a través de estudios y metaanálisis consideran que la mejor opción es la combinación de ambas modalidades (Calero y ShihMa, 2016; Vainberg, 2020). Así, se mejora la adherencia al tratamiento y la efectividad de la intervención (Griffits y otros, 2006).

3. Metodología

Se efectuó un trabajo de observación y recogida de datos de las sesiones grupales *online* y una evaluación cualitativa de la experiencia de grupo *online* durante mayo y junio de 2020. Asimismo, se compararon los porcentajes de asistencia en este periodo con el por-

centaje de asistencia presencial a la actividad grupal en los mismos meses, pero en 2019.

3.1. Características del grupo

Grupo A: 10 pacientes con funcionamiento neurótico (edad media: 30 años). Grupo B: 17 pacientes con funcionamiento psicótico y neurosis más graves (edad media: 39).

3.2. Duración, frecuencia

Dos sesiones diarias de lunes a viernes, una hora de duración cada grupo, uno de orientación analítica y otro psicoeducativa relacional.

3.3. Soporte tecnológico

Consistía en una plataforma *online* que permitía organizar reuniones grupales por videoconferencia. Los dispositivos utilizados fueron preferentemente computadora, *tabletas* y celulares, según posibilidades de los pacientes.

3.4. Sesiones presenciales

Los pacientes nuevos eran atendidos en consultas individuales presenciales, algunos acompañados por familiares. El primer contacto presencial procuraba la vinculación con el tratamiento, facilitar la alianza y valorar la inclusión del paciente al grupo de psicoterapia en función de psicopatología, personalidad y potencial beneficio de la intervención. En las entrevistas iniciales eran informados del procedimiento, y si firmaban el documento de consentimiento informado, se incorporaban a las sesiones. También realizamos otras intervenciones asistenciales por parte del equipo, formado por psiquiatra, psicóloga clínica, trabajadora social y enfermería.

3.5. Admisión de nuevos miembros, abandonos y altas

De 36 pacientes, dos se negaron a firmar el consentimiento y dos no participaron.

Como ocurre en los grupos presenciales de hospital de día su formato es abierto. Se incorporaron 12 nuevos participantes a lo largo del tiempo, seis en cada grupo.

4. Resultados y discusión

Los porcentajes de asistencia fueron similares en ambos grupos en la modalidad virtual (81,78 por ciento en 2020) y presencial (89 por ciento en 2019). Tuvimos 13 por ciento de abandonos por diferentes motivos. Los resultados son similares en ambos grupos. Ghosh y otros (1988) y Newman y otros (1997) no encontraron diferencias significativas entre ambos formatos en adherencia y abandonos.

Respecto a la accesibilidad del tratamiento de psicoterapia *online* ante dificultades con la movilidad o distancia del centro de tratamiento (Melchiori y otros, 2011; Schultze, 2006; Suler, 2000; Tate y Zabinski, 2004; Trujillo Borrego, 2005; Vallejo y Jordán, 2007), en nuestro caso el 23,5 por ciento de los pacientes vivían fuera de la ciudad. Así, se beneficiaron de la teleasistencia, lo que evitó el desplazamiento en auto o ambulancia.

Realizamos una recogida de datos cualitativa mediante un cuestionario tipo Likert con cinco alternativas de respuesta que diseñamos para el proyecto a los dos meses de tratamiento grupal *online*. A través de correo electrónico, recogimos información sobre la percepción subjetiva de los participantes acerca de diferentes fenómenos grupales y satisfacción con el tratamiento online, en comparación con la psicoterapia de grupo presencial.

Los sujetos consideraban la modalidad online una buena oportunidad para continuar el tratamiento (puntuación media 2,9/5). Así, mostraron ligera preferencia por la psicoterapia de grupo presencial (puntuación media 3,3/5). Percibieron menor grado de

cohesión grupal (puntuación media 2,5/5) e intimidad (puntuación media 2,7/5) en la modalidad online.

Tal y como observaron Dèttore (2015), Grist y Cavanagh (2013), Wantland y otros (2004), nuestros pacientes percibían mejoría entre el inicio del tratamiento (puntuación media 2,4/5) y después de este (puntuación media 2,6/5). Frueh (2005) y King y otros (2009) informaron de resultados similares.

Coincidimos en la afirmación de que es posible establecer una alianza terapéutica en los procesos online que facilite el proceso terapéutico de forma similar al formato presencial (Barak y otros, 2008; Bickmore y otros, 2005; Clarke y otros, 2016; Cook y Doyle, 2002; Ferwerda y otros, 2015; Germain y otros, 2010; Hanley y Reynolds, 2009; Holmes y Foster, 2012; Kay-Lambkin y otros, 2011; King y otros, 2006; Knaevelsrud y Maercker, 2007; Reynolds y otros, 2006).

Weinberg y Rolnick (2020) afirma que la modalidad presencial facilita la cohesión grupal, permite mayor contención del contexto que la modalidad online. Observamos que la presencia virtual, no física, limita la comunicación, el compromiso y la cohesión grupal. Vaimberg (2012a) advierten que la influencia de la interacción virtual y sus efectos en la relación, favorecen una vinculación narcisista en la que se puede experimentar una fragmentación o disociación de la experiencia emocional.

Encontramos resultados no concluyentes respecto a la percepción de distancia subjetiva en su relación con el profesional y los miembros del grupo. En algunos casos repercutiendo en la experiencia de intimidad, como señalan Greene y otros (2010). En otros, podían percibir mayor percepción de seguridad y cercanía con el otro, como ocurría con algunos pacientes con características psicóticas.

Tras la revisión bibliográfica y según nuestra observación, los datos recogidos apuntan a que la experiencia de relación a través del medio virtual y del desarrollo del proceso psicoterapéutico se verá influido por la variable psicopatología. Respecto a la capacidad de expresión, la literatura señala que pacientes con características psicóticas, paranoides y límites mostraban mayor dificultad para expresarse, quizá en relación con la mayor frecuencia de experiencias de amenaza, desprotección o vacío (Vaimberg, 2012a). Nuestra observación coincide con su afirmación al observar que pacientes con características psicóticas con ideación paranoide activa rechazaron participar en la modalidad *online*. Sin embargo, pacientes con otros trastornos psicóticos (sin síntomas activos) encontraban más facilidad para comunicarse.

Vaimberg (2012a) describió el efecto de desinhibición que se da en la psicoterapia virtual, asociado a mayor facilidad para expresar aspectos límites y perversos de los pacientes. En nuestro estudio observamos también un efecto desinhibidor de actuaciones y expresión de la agresividad, lo que coincide con la percepción de debilitación del encuadre y capacidad de contención a través del medio virtual.

5. Conclusiones

Concluimos, según Calero y ShihMa (2016), Griffiths (2006) y Vaimberg (2012a), que la mejor opción es la combinación de terapia de grupo *online* con encuentros presenciales para aumentar la adherencia y mejorar la alianza terapéutica, especialmente con los pacientes psicóticos y límites.

El testimonio de los participantes describe una experiencia subjetiva de cambio tras dos meses de tratamiento en la modalidad *online*, de lo que resulta la intervención grupal

virtual satisfactoria, aunque los pacientes muestran una ligera preferencia por la modalidad presencial.

Podemos concluir que la psicoterapia de grupo *online* es posible, aporta beneficios y ofrece nuevas posibilidades de cara a la técnica y teoría de la psicoterapia. Los fenómenos relacionales se ven modificados en la psicoterapia de grupo online al compararla con la modalidad presencial, por lo que su estudio en profundidad nos permitirá desarrollar el potencial de este recurso para la psicoterapia.

6. Referencias

- Bailenson, J.; Blascovich, J. y Guadagno, R. (2008). Self-Representations in immersive virtual environments. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(11), 2673-2690. doi: 10.1111/j.1559-1816.2008.00409.x
- Barak, A.; Hen, L.; Boniel-Nissim, M. y Shapira, N. A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109-160. doi.org/10.1080/15228830802094429
- Bickmore, T.; Gruber, A. y Picard, R. (2005). Establishing the computer-patient working alliance in automated health behavior change interventions. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 21-30. doi:10.1016/j.pec.2004.09.008
- Burgoon, J.K.; Chen, F. y Twitchell, D.P. (2010). Deception and its detection under synchronous and asynchronous computer-mediated communication. *Group Decis Negot*, 19, 345-366. doi: 10.1007/s10726-009-9168-8
- Calero, A. y ShihMa, P. (2016). La terapia psicológica a través de Internet. En: M. Márquez (d.), *Tendencias actuales en intervención psicológica* (pp. 229-255). Madrid: Síntesis.
- Caspar F. (2004). "Technological developments and applications in clinical psychology and psychotherapy: summary and outlook". *Journal of Clinical Psychology*, 60: 347-349.
- Clarke, J.; Proudfoot, J.; Whitton, A.; Birch, M.-R.; Boyd, M.; Parker, G. y Fogarty, A. (2016). Therapeutic Alliance with a fully automated mobile phone and web-based intervention: secondary analysis of a randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 3(1), e10. doi:10.2196/mental.4656
- Cook, J. E. y Doyle, C. (2002). Working alliance in on-line therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology and Behavior*, 5(2), 95-105.
- De la Torre, M. y Pardo, R. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Dèttore, D.; Pozza, A.; y Andersson, G. (2015). Efficacy of technology-delivered cognitive behavioural therapy for OCD versus control conditions, and in comparison with therapist-Administered CBT: meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(3), 190-211. doi.org/10.1080/16506073.2015.1005660
- Ferwerda, M.; van Beugen, S.; van Riel, P. C.; Van de Kerkhof, P. C., de Jong, E. M.; Smit, J. V. y Creemers, M. C. (2015). Measuring the therapeutic relationship in internet-based interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(1), 47-49. doi:10.1159/000435958
- Frueh, B.C.; Henderson, S. y Myrick, H. (2005). Telehealth service delivery for persons with alcoholism. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(7), 372-375 doi: 10.1177/1357633X0501100701
- Germain, V.; Marchand, A.; Bouchard, S.; Guay, S. y Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 29-35. doi: 10.1089=cyber.2009.0139
- Ghosh, A.; Marks, I.M. y Carr A.C. (1988). Therapist contact and outcome of self-exposure treatment for phobias: a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 152, 1327-1332.
- Gomes, C. (2014). Alianza terapéutica en psicoterapia breve online. Tesis (maestría en Psicología Clínica). Universidad de Brasilia D.F.
- Greene, C.J.; Morland, L.A.; Macdonald, A.; Frueh, B.C.; Grubbs, K.M. y Rosen, C. S. (2010). How does tele-mental health affect group therapy process? Secondary analysis of a noninferiority trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 746-750. doi: 10.1037/a0020158

- Griffits, F.; Lindemeyer, A.; Powell, J.; y otros (2006). Why are health care interventions delivered over the Internet? A systematic review of the published literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8, 2, p.10.
- Grist, R.; y Cavanagh, K. (2013). Computerised cognitive behavioural therapy for common mental health disorders, what works, for whom under what circumstances? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(4), 243-251. doi:10.1007/s10879-013-9243-y
- Gutierrez L. A. A. y Haye A. (2017). La experiencia de conversar por videoconferencia: análisis exploratorio de contenidos. *Revista Sul Americana de Psicología*, 5(2) julio-diciembre.
- Hanley, T.; Reynolds, D. J. (2009). Counselling Psychology and the Internet: A review of the quantitative research into online outcomes and alliances within text-based therapy. *Counselling Psychology Review*, 24(2), 4-13.
- Holmes, C. y Foster, V. (2012). A preliminary comparison study of online and face-to-face counseling: Client perceptions of three factors. *Journal of Technology in Human Services*, 30(1), 14-31. doi:10.1080/15228835.2012.662848
- Kay-Lambkin, F.; Baker, A., Lewin, T. y Carr, V. (2011). Acceptability of a clinician assisted computerized psychological intervention for comorbid mental health and substance use problems: treatment adherence data from a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 13(1), e11. doi.org/10.2196/jmir.1522
- Kiesler, S. y Cummings, J. (2002). What do we know about proximity in work groups? A legacy of research on physical distance. En P. Hinds y S. Kiesler, *Distributed Work* (pp. 57-80). Cambridge: MIT Press.
- King R.; Bambling M.; Reid W. y Thomas L. (2006). Telephone and On-Line counseling for young people: A naturalistic comparison of session outcome, session impact and therapeutic alliance. *Counsel Psychother Res.*; 6: 175-181. doi.org/10.1080/14733140600874084
- King, V.L.; Stoller, K.B.; Kidorf, M., Kindbom, K.; Hursh, S.; Brady, T. y Brooner, R. K. (2009). Assessing the effectiveness of an Internet-based videoconferencing platform for delivering intensified substance abuse counseling. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(3), 331-338. doi: 10.1016/j.jsat.2008.06.011
- Knaevelsrud, C. y Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7(1). doi:10.1186/1471-244x-7-13
- Melchiori, J. A.; Sansalone, P. A.; Borda, T. (2011). Psicoterapias online: aportes y controversias acerca del uso de los recursos que ofrece internet para la psicoterapia. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación, Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*.
- Newman M.G. (2004). Technology in psychotherapy: an introduction. *JCLP/In Session*, 60: 141-145.
- Newman M.G.; Consoli A. y Taylor C.B. (1997). Computers in the assessment and cognitive-behavioral treatment of clinical disorders: anxiety as a case in point. *Behavior Therapy*, 28, 211-235.
- Reynolds, D. J.; Stiles, W. B. y Grohol, J. M. (2006). An investigation of session impact and alliance in internet based psychotherapy: Preliminary results. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(3), 164-168. doi:10.1080/14733140600853617
- Schultze, N. (2006). Factors in Internet-based Psychological Counseling. *CyberPsychology and Behavior*, 9(5), 623-626.
- Shotter, J. (2009). Instead of Managerialism: From What goes on inside our heads to what our heads (and bodies) go on inside of the world between us. *International Journal of Action Research*, 5(3), 322-341.
- Suler, J. R. (2000). Psychotherapy in cyberspace: a 5-dimensional model of on-line and computer-mediated psychotherapy. *CyberPsychology and Behavior*, 3(2), 151-159.
- Tate, D. F. y Zabinski, M. F. (2004). Computer and Internet Applications for Psychological Treatment: Update for Clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 209-220.
- Trujillo Borrego, A. (2005). Nuevas tecnologías y Psicología. Una perspectiva actual. *Apuntes de Psicología*, 23(3), 321-335.
- Vaimberg, R. (2012a). *Psicoterapia de grupo, psicoterapia de grupo online*. Barcelona: Octaedro.

- Vaimberg, R. (2012b). Bases de la psicoterapia e intervenciones online. *Intercambios* 28. Junio, 63-79.
- Weinberg, H.; y Rolnick, A. (2020). *Teoría y práctica de la terapia online. Intervenciones por internet para individuos, grupos, familias y organizaciones*. Editorial: Routledge.
- Vallejo M. A. y Jordán C.M. (2007). Psicoterapia a través de internet. Recursos tecnológicos en la práctica de la psicoterapia. *Boletín de Psicología*, 91, 27-42.
- Wantland, D. J.; Portillo, C. J.; Holzemer, W. L.; Slaughter, R., y McGhee, E. M. (2004). The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, 6(4), e40. doi:10.2196/jmir.6.4.e40

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Paula Castrillo Ramírez. Licenciada en Psicología por la Universidad de Salamanca. Especialista en Psicología Clínica. Experto en Psicoterapia Intersubjetiva Focal, Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas. Técnico Especialista en Trastornos del Comportamiento Alimentario y Especialista en Prevención de violencia de género, Universidad Europea Miguel de Cervantes.

Manuel Mateos Agut. Licenciado en Medicina y Cirugía, Universidad de Valladolid. Doctor en Medicina, Universidad de Burgos. Especialista en Psiquiatría. Máster en Salud Mental y Técnicas Psicoterapéuticas. Profesor del Máster en Psicoterapia Analítica de Grupo, Universidad de Deusto y del Máster Universitario en Ciencias de la Salud: Investigación y nuevos retos de la Universidad de Burgos. Presidente, miembro supervisor y docente del Instituto de Grupo análisis de la Fundación OME (Fundación Vasca para la Investigación en Salud Mental).

Las nuevas tecnologías en la intervención de personas con demencia

New technologies in the intervention of people with dementia

Jesús González Moreno

Universidad Internacional de Valencia

Resumen

El envejecimiento de la población es un hecho, y en las próximas décadas el crecimiento de la población mayor irá en aumento. En este contexto, el desarrollo de las nuevas tecnologías puede suponer una herramienta útil para la atención de las personas mayores, especialmente de las personas dependientes con demencia.

No obstante, el uso de las nuevas tecnologías en adultos mayores puede suponer un auténtico reto por la falta de validez ecológica de las herramientas e intervenciones basadas en las nuevas tecnologías, ya que la cultura de su uso es más reciente y no han tenido las oportunidades de uso en épocas más tempranas (en que es más fácil adquirir conocimientos y hábitos en el manejo de nuevas herramientas). Puede conllevar problemas de accesibilidad, pues no son capaces de acceder a estos, pero también problemas de usabilidad, ya que puede ser una barrera tener que aprender cómo usarlas y beneficiarse de estas.

En los últimos años existen señales positivas y esperanzadoras de que en un futuro no muy lejano estas herramientas e intervenciones basadas en las nuevas tecnologías se convertirán en un aliado para atender a las personas mayores. Por un lado, las estadísticas confirman que, contrariamente a lo que se suele pensar, los adultos mayores cada vez se acercan más a las nuevas tecnologías, sobre todo para solventar cosas de su día a día y cuestiones de salud. Por otro lado, han proliferado este tipo de intervenciones y herramientas basadas en las nuevas tecnologías orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, especialmente de las personas dependientes.

No obstante, sigue siendo necesario desarrollar más el campo, ofrecer claridad conceptual y validar de forma correcta este tipo de intervenciones. Para ello, hay que destacar los aspectos positivos y optimizar los menos positivos.

Palabras clave: envejecimiento; envejecimiento de la población; vejez, gerontología; transferencia de la tecnología; cognición; terapia.

Abstract

The aging of the population is a fact, and in the next few years the growth of the older population will increase. In this context, the development of new technologies can be a useful tool for the care of the elderly, and especially for dependent people with dementia.

However, the use of new technologies (NNTT) in older adults can be a real challenge due to the lack of ecological validity of the tools and interventions based on NNTT, since the culture of their use is more recent

and they have not had the opportunities of use in earlier times (and where it is easier to acquire knowledge and habits in the handling of new tools). It can lead to accessibility problems, since they are not able to access them, but also to usability problems since it can be a barrier to have to learn how to use and benefit from them.

In recent years there are positive and hopeful signs that in the not-too-distant future these tools and interventions based on NNTT will become an ally in caring for older people. On the one hand, statistics confirm that contrary to what is usually thought, older adults are increasingly approaching new technologies, especially to solve things of their day to day and health issues. On the other hand, there has been a proliferation of this type of interventions and tools based on NNTTs aimed at improving the quality of life of the elderly, and especially of dependent persons.

However, it is still necessary to further develop the field, offer conceptual clarity and correctly validate this type of intervention; highlighting those positive aspects and optimizing those less positive ones.

Keywords: Aging; Aging population; old age; gerontology; technology transfer; Cognition, Therapy.

Introducción

Es un hecho que la esperanza de vida ha aumentado exponencialmente a nivel mundial, especialmente en España, que es uno de los países más envejecidos del mundo. Según el Instituto Nacional de Estadística [INE] (2019), más del 19 por ciento de la población en este país es mayor de 65 años. Además, las previsiones del INE (2019) indican que en las próximas décadas esta cifra aumentará hasta casi el 30 por ciento de la población. Se incrementará considerablemente la proporción de personas mayores de 80 años. Por tanto, el envejecimiento se convierte en un aspecto primordial para intervenir ante la necesidad de ofrecer recursos, oportunidades y atenciones a esta población que crecerá.

En la población mayor, un problema que preocupa es el deterioro cognitivo y las demencias. Representa el mayor motivo de dependencia en personas mayores con una prevalencia aproximada del 9 por ciento de la población mayor de 65 años, que llegará a 11 por ciento en las próximas décadas (Garcés, 2016), cifras con un crecimiento exponencial en mayores de 75 años. Estos indicios refuerzan la necesidad de elaborar intervenciones y programas de atención es-

pecíficos para esta población que sean efectivos. Las nuevas tecnologías pueden desempeñar un importante papel en este campo, facilitar la intervención y llegar a un mayor número de receptores con menos recursos.

1. Las nuevas tecnologías en las personas mayores

Se tiende a pensar que las personas mayores y las nuevas tecnologías son incompatibles. Sin embargo, cada vez son más las señales que nos indican que la población mayor se está poniendo al día en su utilización (Coelho y Duarte, 2016; Gaia y otros, 2020; Hunsaker y Hargittai, 2018). Especialmente en cuanto a aspectos relacionados con resolver cuestiones del día a día y, concretamente, aspectos de salud (Van Ingen y Wright, 2016).

Las nuevas tecnologías pueden ser una herramienta muy útil para facilitar la atención a las personas mayores, pero para ello se deben resolver dos grandes problemas: la accesibilidad y la usabilidad.

En este contexto, debemos entender la accesibilidad como la capacidad de las personas mayores de poder acceder a las nuevas tecnologías. Esto no significa simplemente que puedan tener contacto con una computado-

ra, un celular u otro dispositivo, sino que su *hardware*, sobre todo su *software*, permita que la persona mayor tome contacto con esa herramienta tecnológica. Por ejemplo, que el tamaño del texto, imágenes u otros elementos sean suficientemente grandes, que el color y el contraste sean adecuados, que se aporten elementos multimedia que ayuden a aportar la información (Cardozo, Martín y Saldaño, 2017).

Por otro lado, la usabilidad, que es la capacidad de las nuevas tecnologías de ser fáciles de utilizar por parte de las personas mayores. Para ello, deben considerarse las características de las personas mayores, especialmente a nivel cognitivo. Por ejemplo, las instrucciones de uso deben ser sencillas. Su terminología debe ser simple y deben explicitarse de los distintos pasos para su utilización, lo que facilitan su memorización. Además, debe tenerse presente en todo momento la reducción de la carga cognitiva que el uso los dispositivos tecnológicos puede provocar en la persona mayor (Righi, Sayago y Blat, 2017).

Podemos encontrar multitud de intervenciones o herramientas desarrolladas mediante las nuevas tecnologías, orientadas a personas mayores. Por cuestiones pragmáticas, este trabajo se organizará en cuatro grandes bloques, en que se agrupan las intervenciones psicosociales.

El primer gran bloque comprende las tecnologías desarrolladas para aportar una atención sociosanitaria. Un elevado porcentaje de personas mayores necesitan cuidados o ayudas que compensen algunos déficits que pueden presentarse durante el envejecimiento. En este contexto, se han desarrollado por parte de ingenieros, psicólogos o médicos recursos basados en las nuevas tecnologías que permiten mantener y facilitar la autonomía de las personas mayores, cuyo obje-

tivo es mantener el máximo tiempo posible a la persona mayor en su contexto de forma autónoma. Debemos considerar desde sistemas sencillos de teleasistencia, en que el mayor en caso de necesidad acciona un dispositivo automático de llamada. Este contacto, mediante una centralita, con unos servicios de atención sociosanitaria que aportan los recursos necesarios para atender la solicitud de la persona mayor (por ejemplo, en caso de caída, avisan a los servicios médicos y a la familia) (Aceros, Cavalcante y Domènech, 2016; Ardila y otros, 2016; Macis y otros, 2019). También otros desarrollos más elaborados en que se monitorizan los movimientos de la persona mayor en la casa, sus constantes vitales, mediante la domótica.

Otro bloque es el uso de las nuevas tecnologías en las personas mayores, recursos orientados a favorecer y mejorar la comunicación. Uno de los recursos tecnológicos más utilizados por las personas mayores es el teléfono celular (Bhattarai y Phillips, 2017). Lo utilizan tanto para mantenerse en contacto con sus familiares como para estar informados. Aunque también aumenta el uso de redes sociales e internet (Bell y otros, 2013; Hunsaker y Hargittai, 2018). El uso de estas nuevas tecnologías que fomentan la comunicación aumentan el sentido a la comunidad, el bienestar subjetivo, y evitan la soledad en personas mayores (García, López y De La Torre, 2019; Morales y Aristizábal, 2016; Sum y otros, 2009). En este último año, ha aumentado el uso de las tecnologías de la comunicación a causa del confinamiento y de la situación sociosanitaria. Los mayores han aprendido a usar con asiduidad las videoconferencias para mantener el contacto con familiares y amigos.

Un tercer grupo agrupa las nuevas tecnologías al servicio de las personas mayores, recursos destinados a fomentar y favorecer el envejecimiento activo o exitoso. Com-

prende tecnologías orientadas a facilitar que la persona mayor tenga un entrenamiento cognitivo, a fomentar la realización de actividad física y a favorecer el tono muscular, o, por último las que ayuden a seguir una dieta equilibrada y un estilo de vida saludable. Se utilizan recursos a través de internet, realidad virtual o *gaming* (Lange y otros, 2010; Llorente-Barroso, Viñarás-Abad y Sánchez-Valle, 2015). Estos recursos han demostrado aumentar la motivación por vivir, la seguridad en el desempeño de actividades relacionadas con tecnologías y la sensación de integración en la vida moderna. Favorecen, asimismo, mantener un buen estado de ánimo (Caro y otros, 2015).

En un último bloque podríamos englobar las intervenciones orientadas a atender a las personas mayores con demencia. Si bien alguno de los recursos anteriores es válido, este bloque considera las intervenciones o recursos que favorecen la estimulación cognitiva. Intenta reducir los efectos nocivos del avance del deterioro cognitivo provocado por las demencias. En el siguiente punto se desarrollará con detenimiento este bloque.

2. Ventajas y sombras de las nuevas tecnologías en las intervenciones en demencia

El progreso en la investigación y desarrollo de nuevos recursos e intervenciones basadas en las nuevas tecnologías aporta a un nuevo campo de estudio en el ámbito de la atención e intervención en el envejecimiento patológico, en busca, en general, de mejorar la calidad de vida de las personas mayores con patologías.

En el área de las demencias, las nuevas tecnologías tienen un gran potencial de aplicabilidad. Pueden ayudar a las personas afectadas, así como a sus cuidadores durante la progresión de la demencia con un recurso de atención completo. Un aspecto

que puede ser trabajado mediante las nuevas tecnologías en personas con demencia es el aspecto cognitivo, para paliar los efectos de deterioro cognitivo asociados. Tradicionalmente la estimulación cognitiva se realizaba mediante actividades de lápiz y papel, se les planteaban tareas que debían realizar mediante la lectura y respuesta en una hoja de papel (Breuil y otros, 1994; Spector y otros, 2003). No obstante, con el desarrollo de las nuevas tecnologías, han emergido multitud de intervenciones de estimulación cognitiva a través de soportes tecnológicos (González-Abraldes y otros, 2010; Díaz y Flórez, 2018; Toribio-Guzmán y otros, 2018). Y se ha encontrado que las nuevas tecnologías pueden ayudar a reducir algunos síntomas asociados a las demencias, tanto aspectos emocionales como cognitivos en personas con deterioro cognitivo (Martínez, Fernández y Vega, 2017).

La utilización de las nuevas tecnologías en este campo aporta ventajas interesantes. En primer lugar, la flexibilidad. Es decir, la capacidad que tenemos a través de las nuevas tecnologías de trabajar distintos aspectos cognitivos prácticamente de forma simultánea. En segundo lugar, la capacidad de adaptación al nivel cognitivo de diferentes usuarios. Así, se puede trabajar un mismo ejercicio en distintos usuarios. En tercer lugar, la capacidad de graduación continua, lo que permite que el sujeto vaya aumentando su esfuerzo según sus logros al incrementarse la dificultad de la tarea, sin llegar a suponer una frustración. Por último, la posibilidad de aportar feedback inmediato al usuario y al clínico sobre el rendimiento en la tarea. En definitiva, la inclusión de las nuevas tecnologías en la intervención en demencias aporta efectividad. Minimiza los recursos que debe desplegar el clínico para atender a un mayor número de usuarios.

No obstante, hay una serie de sombras que debemos considerar si optamos por intervenir con nuevas tecnologías en las demencias. En primer lugar, dos aspectos comentados, la accesibilidad y la usabilidad de los recursos digitales en personas mayores con demencia, aspectos que aumentan su importancia por el deterioro cognitivo de esta población, lo que complicará de partida ambos aspectos. Las personas con demencia experimentan dificultades de comprensión o ejecución de actividades mediante las nuevas tecnologías (González-Abraldes y otros, 2010). Además, se presentan otros dos problemas. Por un lado, el rechazo que puedan presentar las personas con demencia de estas tecnologías que requieren un aprendizaje que, por el deterioro, se plantea complicado. Por otro lado, se deberá tener en cuenta la sobrecarga cognitiva que puedan tener estas tecnologías, pues pueden presentar abundantes estímulos e, incluso, a través de distintas vías (auditiva, visual), si tenemos en cuenta que esta población tiene una capacidad de atención y procesamiento limitada. Esto puede suponer una auténtica sobrecarga del sistema cognitivo.

3. Conclusión

Ante la expansión de las nuevas tecnologías y el desarrollo de programas de intervención basados en ellas, estas pueden resultar importantes en el campo de la estimulación cognitiva en demencias, si bien aún se necesitan mayores estudios al respecto (Díaz y Flórez, 2018). Habrá que considerar que de partida se tiene que ser capaz de resolver ciertos inconvenientes que quizá con otros métodos o técnicas no tendríamos. Por otro lado, aportan ventajas muy interesantes que compensan el esfuerzo.

Asimismo, hay que considerar que cantidad no significa calidad. En los medios digi-

tales se encuentran multitud de programas, herramientas e intervenciones que usan las nuevas tecnologías para atender u ofrecer un servicio a personas mayores, dependientes o con demencia. No obstante, sea por la relativa novedad de estas técnicas o por el incesante avance en el campo, se sigue necesitando un amplio y riguroso trabajo para validar este tipo de intervenciones y aportar mayor validez.

Por tanto, se debe ser consciente de que no todo vale en este campo y que se debe ser selectivo a la hora de utilizar recursos basados en las nuevas tecnologías.

4. Referencias

- Aceros, J. C.; Cavalcante, M. T. L. y Domènech, M. (2016). «Envejecer en casa con teleasistencia en España. Un análisis del discurso». *Ciència & Saúde Coletiva*, 21, 2413-2422.
- Ardila, A. F.; Huérfano, B. A.; Pulido, M. C. y Cifuentes, P. L. (2016). Plataforma de teleasistencia domiciliaria para el programa de soporte social Cassaudec. *Revista Electrónica Redes de Ingeniería*, 7(1).
- Bell, C.; Fausset, C.; Farmer, S.; Nguyen, J.; Harley, L. y Fain, W. B. (2013). Examining social media use among older adults. En: *Proceedings of the 24th ACM Conference on Hypertext and Social Media (HT '13)*. Association for Computing Machinery, Nueva York, 158-163.
- Bhattacharai, P. y Phillips, J. L. (2017). The role of digital health technologies in management of pain in older people: An integrative review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 68, 14-24.
- Breuil, V.; De Rotrou, J.; Forette, F.; Tortrat, D.; Ganancia Ganem, A.; Frambourt, A.; Boller, F. y otros (1994). Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 9, 211-217.
- Caro, M. S.; Soto, M. D. C. S. y Millán, N. D. C. O. (2015). Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor. *RIDE, Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(11).
- Coelho, J. y Duarte, C. (2016). A literature survey on older adults' use of social network ser-

- vices and social applications. *Computers in Human Behavior*, 58, 187-205.
- Díaz, E. y Flórez, J. A. (2018). Realidad virtual y demencia. *Revista de Neurología*, 66(10), 344-352.
- Gaia, A.; Sala, E. y Cerati, G. (2020). Social networking sites use and life satisfaction. A quantitative study on older people living in Europe. *European Societies*, 0:0, 1-21.
- Garcés, M. (2016). *Informe documental: prevalencia y costes asociados con las enfermedades neurodegenerativas*. Recuperado de <http://neuroalianza.org/wpcontent/uploads/Informe-NeuroAlianza-Completo-v-5-optimizado.pdf>
- García, R. P.; López, L. C. y De la Torre, A. M. L. (2019). El uso de las nuevas tecnologías para evitar la soledad de las personas mayores de 80 años. *Paraninfo Digital*, 13(30), 1-3.
- González-Abraldes, I.; Millán-Calenti, J. C.; Balo-García, A.; Tubío, J.; Lorenzo, T. y Maseda, A. (2010). Accesibilidad y usabilidad de las aplicaciones computarizadas de estimulación cognitiva: Telecognitio®. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45(1), 26-29.
- Hunsaker, A. y Hargittai, E. (2018). A review of Internet use among older adults. *New Media & Society*, 20(10), 3937-3954.
- Indicadores de crecimiento y estructura de la población [Conjunto de datos]. (s. f.).
- Lange, B. S.; Requejo, P.; Flynn, S. M.; Rizzo, A. A.; Valero-Cuevas, F. J.; Baker, L. y Winstein, C. (2010). The potential of virtual reality and gaming to assist successful aging with disability. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 21(2), 339-356.
- Llorente-Barroso, C.; Viñarás-Abad, M. y Sánchez-Valle, M. (2015). Mayores e internet: la Red como fuente de oportunidades para un envejecimiento activo. *Comunicar: Revista Científica de Comunicación y Educación*, 23(45), 29-36.
- Macis, S.; Loi, D.; Ulgheri, A.; Pani, D.; Solinas, G.; La Manna, S.; Raffo, L. y otros (2019). Design and usability assessment of a multi-device SOA-based telecare framework for the elderly. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 24(1), 268-279.
- Morales, J. C. C. y Aristizábal, J. A. C. (2016). Interacción de adultos mayores en redes sociales virtuales (Facebook) y su relación con el bienestar subjetivo. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 9(2), 61-71. Recuperado en <https://ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p04/provi&file=pcaxis&dh=0&capsel=0>
- Righi, V.; Sayago, S. y Blat, J. (2017). When we talk about older people in HCI, who are we talking about? Towards a 'turn to community' in the design of technologies for a growing ageing population». *International Journal of Human-Computer Studies*, 108, 15-31.
- Spector, A.; Thorgrimsen, L.; Woods, B. O. B.; Ryan, L.; Davies, S.; Butterworth, M. y Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248-254.
- Sum, S.; Mathews, R. M.; Pourghasem, M. y Hughes, I. (2009). Internet use as a predictor of sense of community in older people. *CyberPsychology & Behavior*, 12(2), 235-239.
- Toribio-Guzmán, J. M.; Parra, E.; Viñas, M. J.; Bueno, Y.; Cid, M. T. y Franco-Martín, M. A. (2018). Rehabilitación cognitiva por ordenador en personas mayores: programa Gradior. *Aula*, 24, 61-75.
- Van Ingen, E. y Wright, K. B. (2016). Predictors of mobilizing online coping versus offline coping resources after negative life events. *Computers in Human Behavior*, 59, 431-439.

El autor declara la inexistencia de conflicto de intereses financieros y personales que puedan influir inapropiadamente en el desarrollo de esta investigación.

Jesús González Moreno es doctor en psicogerontología. Director del Máster en Psicología General Sanitaria en la Universidad Internacional de Valencia, España.

Correo electrónico: Jesus.gonzalezm@campusviu.es
Orchid: 0000-0002-3968-8864

Línea de la Felicidad: una apuesta de la Universidad de Antioquia para atención en salud mental de la población infantil

Línea de la Felicidad: una apuesta de la Universidad de Antioquia para atención en salud mental de la población infantil

Sandra Milena Alvarán López¹, Ana Milena Velásquez¹, María Lizbeth Murillo Ramírez¹,
Manuel Alejandro Betancur Quintero¹, Karla Tatiana Martínez Devia¹

¹ Miembros del Grupo de Investigación en Salud Mental (Gisame)

Resumen

La Línea de la Felicidad, liderada por las facultades de Artes y de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Colombia, se propone como una alternativa frente a las necesidades que pudieran presentarse en la población infantil debido a las implicaciones sociales, recreativas y personales de los cambios derivados del aislamiento preventivo decretado como medida epidemiológica para el control de la propagación del Covid-19. Esta propuesta se ofrece como una alternativa frente a las necesidades que puedan presentar los niños en relación con el manejo de sus emociones, los procesos comunicativos, el juego y la socialización con otros, fortalecido desde los beneficios y cobertura que puede brindar la digitalidad como principal herramienta. **Objetivo:** La Línea de la Felicidad constituye como objetivo la intervención de niños, a partir de 3 años de edad, con un enfoque en resiliencia a partir de metodologías lúdico-artísticas, en las que el bienestar de la población se comprende y se interviene desde el juego y la risa. **Resultados:** La Línea de la Felicidad hasta ahora ha tenido un alcance de 3700 usuarios, atendidos en estos meses, y pretende un crecimiento institucional en el que se incluya la atención clínica como estrategia.

Palabras clave: adolescentes, infancia, salud mental, resiliencia, artes escénicas, pandemia, internet, TIC

Abstract

La Línea de la Felicidad is proposed by the Faculties of Arts and Public Health of the University of Antioquia, as an alternative to the needs that may arise in the child population due to the social, recreational and personal implications of the changes derived from the preventive isolation decreed as an epidemiological measure to control of Sars-Cov-2. This proposal is presented as an alternative to the needs that boys and girls may present in relation to the management of their emotions, communication processes, play and socialization with others, strengthened from the benefits and coverage that the digitality as the main tool. In this sense, it constitutes as objective: the intervention of children from 3 years of age, with a focus on resilience based on recreational-artistic methodologies, in which the well-being of the population is intervened and understood from play and laughter. So far, Línea de la Felicidad has had a reach of 3,700 users served in these months and seeks institutional growth in which clinical care is included as a part strategy.

Keywords: adolescents; childhood; mental health; resilience; performing arts; pandemic; Internet; ICT.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) alertó, en octubre de 2019, sobre un brote de enfermedad a nivel mundial causada por la Covid-19, como emergencia de salud pública (OMS, 2020), obligando a los gobiernos y autoridades sanitarias a tomar medidas preventivas de bioseguridad, aislamiento social y prácticas de autocuidado para la preservación de la vida y mitigación del riesgo de contagio. La magnitud de la enfermedad e incertidumbre sobre su manejo y control ha generado efectos en las dinámicas de la vida cotidiana como situaciones de temor, ansiedad, alteraciones de estados emocionales e incremento de las problemáticas preexistentes, como violencia intrafamiliar, depresión, ideación suicida, consumo de sustancias psicoactivas, alcohol, entre otras, que ponen en riesgo la salud mental de la población en los diversos lugares del mundo (Junta Directiva de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, AEPNyA, 2020). Los organismos internacionales hacen un llamado sobre la necesidad de aumentar la inversión en servicios de salud mental para ayudar a sobrellevar el aumento de las enfermedades psíquicas a raíz de la pandemia (ONU, 2020).

En Colombia, se implementaron medidas para atender la salud mental de los colombianos, entre ellas la línea telefónica #192. A mayo de 2020, hubo un registro de 1.635 intervenciones relacionadas con síntomas de ansiedad, estrés y distintas formas de violencias intrafamiliar (Minsalud, 2020). Asimismo, se informó que 88 por ciento de niños presentó algún signo de efecto en su salud mental, relacionado con la pandemia por la Covid-19 (Instituto Colombiano de Neurociencias, 2020).

Las afectación en la población infantil —debido a los cambios significativos en sus diná-

micas cotidianas como procesos escolares en casa, no socialización y juegos con sus pares, modificación de actividades lúdicas, recreativas, culturales, claves para su desarrollo integral (Berasategi, Idoiaga, Dolsil, Eiguren, Pikatza y Ozamiz, 2020)— evidencia la necesidad de implementar estrategias de apoyo emocional y orientación durante y posterior a la pandemia.

1. Objetivo

En coherencia con los lineamientos internacionales y nacionales en materia de políticas públicas en salud mental, en mayo de 2020 surgió el proyecto Línea de la Felicidad, liderado por la Universidad de Antioquia, trabajo conjunto de la Facultad Nacional de Salud Pública y de la Facultad de Artes. Se trata de una estrategia de atención telefónica gratuita para niños, desde los 3 años de edad asistidos por sus padres o cuidadores, y para adolescentes hasta los 14 años, de manera individual y atenciones grupales (institucionales principalmente).

El objetivo de la Línea de la Felicidad es facilitar un espacio de escucha para que los niños y adolescentes expresen sus temores, angustias o malestar provocado principalmente por: la infodemia, los cambios en sus las dinámicas educativas de los niños en sus relaciones sociales y familiares, ello sumado a la tensión de los adultos por la pérdida de puestos de trabajo, la enfermedad y la inseguridad económica, problemáticas suscitadas durante el periodo de pandemia y, posiblemente, pospandemia.

Se recurre a la técnica de intervención social de *clown*, que es diferente al *clown* del espectáculo, como una alternativa lúdico-metodológica, en la que se incluye el juego, el humor y la poética de lo irrisorio, en un ejercicio personal de empatía, diálogo y comunicación. Su fin es actualizar, reestablecer

las emociones positivas y resignificar alguna condición por la que la población de niños esté atravesando. Es decir, hace del humor una herramienta como resorte de sentido, que brinde perspectivas diferentes, resilientes y adaptativas ante una situación presente en el momento, tan inquietantes en el contexto de pandemia.

Esta línea de atención constituye una apuesta investigativa para contribuir a la capacidad de respuesta en el bienestar integral y salud mental a nivel nacional de los niños, enmarcada en actividades que incentivan el bienestar de la población y apoyan dinámicas claves en su cotidianidad en para su desarrollo. De igual manera, entendiendo la salud mental como un estado dinámico de cada sujeto que genera alternativas genuinas para contestar a las inquietudes y menesteres diarios, la Línea de la Felicidad tiene también impactos positivos en cobertura y alcance de prevención primaria de síntomas y exacerbaciones de problemáticas psicosociales, que pueden gestarse durante la infancia y adolescencia, y que, además, durante el tiempo de emergencia sociosanitaria, podrían verse aumentados significativamente.

2. Elementos teóricos

La situación de aislamiento preventivo, el cambio de rutinas y las actividades escolares desde casa para evitar la propagación de la Covid-19 han generado en niños y adolescentes problemáticas de salud mental, como síntomas de ansiedad, estrés, depresión (Fegert, Vitiello, Plener y Clemens, 2020) deserción escolar y disfunción familiar. La salud mental, en este caso, se propone como la disciplina que de manera integral describe, analiza y comprende estos cambios en el bienestar de la población. La salud mental es un estado dinámico expresado en la vida cotidiana a través del comportamiento

y la interacción posibilitadora para que las personas desplieguen sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad (República de Colombia, 2013). Por lo tanto, su intervención no solo se propone desde el lugar biomédico o centrado en personal de la salud, sino que, para trabajar el bienestar mental y subjetivo, se pueden proponer desde lugares alternos e interdisciplinarios.

La infancia y la adolescencia, se abordan desde la teoría psicológica del desarrollo humano (Papalia, 2012), en las que las etapas de desarrollos presentan unas necesidades importantes principalmente alrededor de la comunicación, la socialización y el establecimiento de vínculos, así como la educación, la competitividad y la autonomía que pueden establecerse a nivel educativo. La resiliencia se entiende como un proceso que requiere diversos factores internos y externos que faciliten un desarrollo para sobreponerse frente a la adversidad (Cyrułnik, 2001). Resiliencia como un proceso dialéctico, una progresión evolutiva que responde a nuevas condiciones, vulnerabilidades y contextos (Salazar, Rivero y Orihuela, 2020), como los generados a partir de la pandemia por la Covid-19.

La mediación artística es un modelo para la intervención social a través del arte. El objetivo no es la producción artística en sí, sino los procesos de transformación personal, basado en la creencia de las propias capacidades (Moreno, 2010). Así, la expresión artística constituye un medio por el cual la persona en situación de dificultad se mira a sí misma para, luego, imaginarse de otra forma y en otras circunstancias, similar a los niños, cuando juegan o dibujan, se representan a sí mismos y al mundo, investigan, exploran, inventan, elaboran sus conflictos y superan sus dificultades. El trabajo de los

clowns necesita de formación profesional y herramientas claves para su trabajo como conocimiento de la terapia de la risa, comprensión frente a la técnica *clown*, inteligencia emocional, manejo de demostraciones afectivas, uso de la fantasía y de los sueños en momentos de adversidad (Galindo y Garzón, 2015), elementos posibilitadores de un cambio en la forma en que niños y familiares perciben y asumen la situación.

La articulación de estos conceptos señala la necesidad de dónde nace el objetivo de intervenir con la población infantil, quienes se ven implicados significativamente por cambios en su cotidianidad y salud mental. Asimismo, por reconocer en las artes, la intervención social del *clown* y al modelo de resiliencia, como la alternativa metodológica y estratégica de atención, que orienta principalmente el alcance de la Línea de la Felicidad, con efectos positivos a nivel mental y físico de los niños y adolescentes.

3. Metodología

El proyecto se realiza con chicos de 3 a 14 años de edad, residentes en el departamento de Antioquia, sin excepción del estrato socioeconómico, género, escolaridad o condición de discapacidad, excepto que presente imposibilidad de establecer comunicación con el *clown*. Se tienen en cuenta consideraciones éticas como participación voluntaria, contar con el consentimiento del padre o cuidador del menor, dentro de los lineamientos legales establecidos en Colombia para la atención a menores de edad, en materia de salud mental Ley 1616, de 2013 (República de Colombia, 2013), y Código de Infancia y Adolescencia (República de Colombia, 2006).

Las intervenciones las realiza un equipo de cinco *clowns*: Anamiqueta, Clawndia, Coco, Flecha y Sabigueya, profesionales de Artes

Escénicas, formados como tutores de resiliencia, egresados del programa de formación diploma en *clown* de la Facultad de la Universidad de Antioquia. Ellos se encargaban de escuchar a los niños e interactuar con ellos mediante el juego y la lúdica para contribuir a gestionar las emociones manifestadas por los niños y adolescentes, relacionadas con sus vivencias presentadas por la pandemia.

La atención es por medio de videollamada, realizada a través del uso del celular, la computadora o la tableta. Para ello, se requiere de internet o sistema de datos. Este medio digital es la herramienta que ha posibilitado concretar este proyecto, no solo por el contexto en el que nos encontramos (pandemia), sino que, además, la Línea de la Felicidad reconoce en la digitalidad la posibilidad de dar cobertura y alcance a niños que tal vez, debido a su cotidianidad o tipos de cuidado e incluso formación familiar, no tengan la posibilidad de acceder, conocer o solicitar este tipo de estrategias que protejan sus derechos.

El equipo de trabajo formado por una profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, una docente de la Facultad de Artes, cinco *clowns* profesionales de Artes Escénicas (egresados de la Universidad de Antioquia), una psicóloga encargada del autocuidado del equipo de artistas (*clowns*), una profesora magíster en epidemiología, un abogado asesor y tres magísteres en Salud Mental, para el fortalecimiento teórico del proyecto y la gestión social del conocimiento.

4. Resultados alcanzados

El proyecto opera desde mayo de 2020, en que se inicia con una intervención piloto en el primer mes, contando con la participación de uno de los *clowns* (Flecha) y la coordinación. Tras el éxito y la alta demanda del

servicio, se suman al proyecto cuatro *clowns*, además de coordinación y psicóloga para apoyo al apoyo y autocuidado del personal, dinámica que permanece hasta la fecha. Al 20 de octubre de 2020, se cuenta con 3.700 atenciones entre encuentros individuales, familiares o de instituciones a nivel nacional, quienes han acogido de la mejor manera la iniciativa, la cual se reconoce por sus tonos de voces emocionados y lleno de interés a la hora de concretar cada cita.

Con esta emoción, la Línea de la Felicidad identifica el éxito que ha tenido la propuesta metodológica en busca de brindar un espacio de alegría para niños, de manera individual o institucional, cuyas familias opinan: «Quiero que le regalen un ratito de felicidad a mi hijo». Así, encuentran apoyo e ideas creativas para el día a día.

El impacto en la experiencia para los docentes de las escuelas y colegios ha sido un efecto secundario muy positivo porque les brindó alternativas, por medio de la intervención lúdica, en que se acercan a los niños y adolescentes. Ello desde un lugar personal, más emocional y sensible. También como una herramienta ante una situación sanitaria y social, que ha afectado la vivencia durante la pandemia. Asimismo, proponía un desafío para el proceso educativo a las instituciones.

Otro resultado es la identificación temprana del comportamiento, pensamientos, afectos de los niños y adolescentes. Ello permite percibir indicadores de irritabilidad, desesperanza, miedo, alteración en el sueño y en la alimentación, desmotivación e introversión por medio del personal capacitado en el modelo de resiliencia y el entrenamiento que tienen los profesionales en artes escénicas, para contención y atención en crisis.

El objetivo de la Línea de la Felicidad no se centra en acompañamiento a las emociones

de la familia. No obstante, al establecer el primer contacto con ellos, es un acompañamiento y una escucha, que tiene un efecto en la comprensión de ciertos cambios comportamentales y/o emocionales de sus hijos. Ello con miras a generar reflexión y alternativas de herramientas orientadas a evitar o reducir la angustia sobre lo que pasa con los niños y adolescentes ante la actual dinámica social debido a la pandemia.

Además, se ha establecido un área de apoyo psicosocial sobre las líneas y rutas de atención pertinentes en caso de afectación de la salud mental cuando sea pertinente, en que, de momento, dada la necesidad, se ha encuadrado a los padres para la activación de rutas para atención psicoterapéutica requerida.

En este momento, el reto de la Línea de la Felicidad se encuentra en el fortalecimiento de un dominio en internet que busca ampliar la cobertura, la difusión y el agendamiento de manera más eficaz, permitiendo con ellos servirse de las herramientas tecnológicas para automatizar unos procesos, y así pensarse en otros desarrollos que han sido identificados como necesarios en estos meses de desarrollo de la propuesta.

La Línea de Felicidad soporta, como parte del bienestar que incentiva y procura en sus usuarios, algunas necesidades que de manera específica se pueden manifestar en los niños, y podrían necesitar atención especializada. Por tanto, se espera extender el tipo de atención, ligado a implementar un protocolo de psicorientación que responda al modelo de resiliencia. Ello para fortalecer algunas demandas y potenciar el alcance de los objetivos de intervención, por medio de profesionales psicosociales que sigan la metodología y la propuesta de la Línea de la Felicidad.

5. Conclusiones

La Universidad de Antioquia tiene por objeto la búsqueda, el desarrollo y la difusión del conocimiento en los campos de las humanidades, la ciencia, las artes, la filosofía, la técnica y la tecnología, mediante las actividades de investigación, de docencia y de extensión en los programas de educación superior de pregrado y de posgrado con metodologías presencial, semipresencial, abierta y a distancia, puestas al servicio de una concepción integral de hombre.

La universidad ha estado atenta a las problemáticas sociales colombianas que demandan profesionales preparados para intervenir desde un enfoque integral estas dificultades surgidas en la cotidianidad y en este momento de pandemia por la Covid-19. Por ello, la apuesta por la Línea de la Felicidad como alternativa de atención al bienestar de la población infantil, en que la risa se vuelve la mejor herramienta.

Este tipo de iniciativas son un ejercicio multidisciplinar que ha beneficiado a la población infantil como respuesta a situaciones emocionales presentadas durante la Covid-19, en la medida que visibilizaban la manera como los niños y adolescentes, al igual que lo adultos, responden a una situación ajena a su cotidianidad y propiciaron espacios de interacción con ellos, para apoyar a gestionar su sentir y mitigar las consecuentes implicaciones de manera integral, en su bienestar integral y salud mental a mediano y largo plazo.

En este sentido, se sugiere incrementar la inversión de recursos financieros y humanos, en propuestas para la integración de estrategias de intervención arte-salud, como una apuesta para el fortalecimiento de las políticas públicas en salud mental en nuestro país, porque la orientación de las artes, como parte de los objetivos en las intervención y

la concepción de bienestar subjetivo, puede integrar en los procesos de intervención en salud resultados promisorios en la cotidianidad de las poblaciones, su desarrollo y agenciamiento, tanto en lo infantil como en lo adulto.

Por lo tanto, una propuesta institucional de la Línea de la Felicidad es continuar fortaleciendo la capacidad de respuesta, el alcance y la metodología de intervención, con miras a incluir la atención en salud mental, que pueda contestar a otras necesidades centradas en salud, activación de rutas, derivación y fortalecimiento de capacidades sociales, familiares, personales, con orientación en resiliencia en sintonía con el objetivo de la Línea de la Felicidad.

6. Agradecimientos

Para cerrar la presentación de este trabajo, se brinda un reconocimiento al equipo de artistas *clowns* capacitados en intervención de resiliencia, quienes han hecho posible este sueño: Flecha (Yeni Mira Marín), Coco (Erik Sebastián Ospina Dávila), Ana Mi-queta (Ana Milena Velásquez), Clawndia (Claudia Yaneth Garcés Vergara) y Sabigüeya (María Cristina Vanegas), que desde el arte buscan la cercanía con los niños y adolescentes, en busca del bienestar integral y su felicidad.

Referencias

- Cyrulnik, B. (2001). *La maravilla del dolor*. Barcelona: Granica. Recuperado en agosto de 2020 de: <https://docplayer.es/77818209-La-maravilla-del-dolor.html>
- Fegert, J. M.; Vitiello, B.; Plener, P. L. y Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adoles-*

- cent Psychiatry and Mental Health*, 14, 20. doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3
- Galindo, C., y Garzón, C. (2015). *Construcción del rol del Doctor Clown con énfasis en música en contextos hospitalarios en la fundación Doctora Clown*. Bogotá, tesis de especialización. Universidad Distrital Francisco José de Caldas. <https://1library.co/document/y4wne3rq-construccion-enfasis-musica-contextos-hospitalarios-fundacion-doctora-colombia.html>
- Instituto Colombiano de Neurociencias de Colombia (2020). Emergencia sanitaria y su impacto sobre nuestros niños. www.neurociencias.org.co/especiales/2020/emergencia-sanitaria-y-su-impacto-sobre-nuestros-ninos/.
- Junta Directiva de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPN-ya) (2020). Covid-19, crisis y respuesta en salud mental. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil*, 37(1), 3-4. doi.org/10.31766/revpsij.v37n1a1.
- Moreno, A. (2010). La mediación artística: un modelo de educación artística para la intervención social a través del arte. *Revista Iberoamericana de Educación* (52)2. <https://rieoei.org/historico/expe/3422Moreno.pdf>
- Naciones Unidas (ONU) (2020). *Informe de políticas: la Covid-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental*. www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Infection prevention and control during health care for probable or confirmed cases of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection: interim guidance*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174652/WHO_MERS_IPC_15.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- República de Colombia (2013a). Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm
- (2013b). Ley 1616 del 21 de enero de 2013, por la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf.
- Salazar, K.; Rivero, E. y Orihuela, M. (2020). «Resiliencia, convivencia en bienestar y solidaridad colectiva como alternativas para construir comunidad en tiempos de Covid-19». *Revista CIS*, 17(28), 31-49. <https://revistacis.techo.org/index.php/Journal/article/view/209/171>

El autor declara la inexistencia de conflicto de intereses financieros y personales que puedan influir inapropiadamente en el desarrollo de esta investigación.

Sandra Milena Alvarán López es doctora en cooperación internacional, especialidad ayuda humanitaria. Es docente de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia e integrante del Grupo de Investigación en Salud Mental (Gisame). Correo electrónico: sandra.alvaran@udea.edu.co <https://orcid.org/0000-0003-2036-6993>

Ana Milena Velásquez tiene un Posdoctorado en *clown* y construcción de paz en Colombia. Es docente de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia e integrante del Grupo de Investigación en Artes Escénicas y del Espectáculo de la Facultad de Artes. Correo electrónico: milena.velasquez@udea.edu.co <https://orcid.org/0000-0003-3803-0080>

María Lizbeth Murillo Ramírez es Magíster en Salud Mental, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia e integrante

del Grupo de Investigación en Salud Mental (Gisame). Correo electrónico: lizbet.murillo@udea.edu.co <https://orcid.org/0000-0003-3583-1683>

Manuel Alejandro Betancur Quintero es psicólogo, estudiante de maestría en Salud Mental en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia e integrante del Grupo de Investigación en Salud Mental (Gisame). Correo electrónico: malejandro.betancur@udea.edu.co <https://orcid.org/0000-0001-6752-240X>

Karla Tatiana Martínez Devia es psicóloga por la Universidad Javeriana, Cali; estudiante de maestría en Salud Mental, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia e integrante del Grupo de Investigación en Salud Mental (Gisame). Correo electrónico: karlat.martinez@udea.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-4484-1720>

Digitalización en pandemia: impacto en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes

Digitalization during pandemic: the impact in an Adolescents Inpatients Mental Health Unit

Laura Moreno Fernández¹, Miriam Alonso Cecilia¹, María Varela Piñón¹, Noemí Aix Calabozo¹, Alexandra Elena Popa¹

¹ Unidad Infanto-Juvenil. Clínica Nuestra Señora de La Paz, Orden San Juan de Dios

Resumen

Desde el inicio de la pandemia por la Covid-19, la práctica clínica ha requerido de adaptaciones en todos los ámbitos de la asistencia, con una implementación acelerada del uso de la tecnología y digitalización de las intervenciones. En la unidad de hospitalización de psiquiatría de adolescentes, una parte importante del abordaje es familiar, con lo que la intervención directa con los pacientes ingresados se complementa con trabajo con sus familias a través del régimen de visitas diario, contacto regular con el personal clínico, entrevistas con los tutores y el grupo semanal de familias con la psicóloga de la planta. **Conclusiones:** El uso de tecnología en las intervenciones ha sido un imperativo que ha permitido mantener un abordaje sistémico que incluya a las familias en la intervención con adolescentes en crisis en una unidad de hospitalización cerrada. No obstante, ha resaltado factores terapéuticos y diagnósticos y nuevos retos y oportunidades.

Palabras clave: adolescencia; hospital; psiquiatría; telemedicina; familia; psicoterapia; pandemia; digitalización

Abstract

Since the beginning of the pandemic COVID-19, the clinical activity has requested adaptations in all areas of medical practices, with an accelerated implementation of technology and digitization of clinical interventions. In the Adolescents Inpatients Mental Health Unit, an important part of the comprehensive approach is family approach. Therefore, the direct intervention with adolescents is supplemented by working with their families, daily visits, regular communication with therapists, interviews with guardians and a weekly family group with the adolescent psychologist of the unit. The use of technologies has been an imperative that has facilitated keeping a systemic approach that includes families in the intervention for the adolescents in crisis in the mental health unit, nevertheless it has highlighted therapeutic and diagnostic factors, new challenges and opportunities.

Keywords: adolescence; hospital; psychiatry; telemedicine; family; psychotherapy; pandemic; digitalization.

Introducción

La coyuntura actual de pandemia por la Covid-19 ha impulsado el uso de la tecnología y medios digitales para continuar con los tratamientos e iniciar otros, fomentando la implantación de la telemedicina a una velocidad que, de no haber sido así, quizá se habría extendido varios años.

Si bien la digitalización de las consultas psicoterapéuticas ha implicado poner en marcha consultas telemáticas que medien la interacción entre personal clínico y pacientes, el proceso en la planta de hospitalización psiquiátrica de adolescentes ha tenido otras particularidades. Se ha hablado ya mucho de la digitalización de la consulta psicoterapéutica, pero ¿cómo ha ocurrido esto en una planta de hospitalización psiquiátrica de adolescentes de agudos?

En la unidad de hospitalización clínica, a diferencia de la hospitalización domiciliaria que realizan ciertas instituciones, se requiere de la presencialidad del paciente en el entorno medicalizado en un régimen intensivo en el que pasa las 24 horas del día en supervisión clínica para valoración y tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, si precisa. En este encuadre, podríamos imaginar que el contexto de pandemia no ha exigido cambios en el modo de intervención. No obstante, desde el modelo teórico desde el que trabajamos, la situación de la pandemia ha tenido un impacto en el abordaje. Así, la digitalización es algo relevante para el mantenimiento del modelo conceptual y clínico de trabajo.

Funcionamiento de la planta de hospitalización: modelo de intervención terapéutica

La Unidad de Hospitalización Infantojuvenil (UPIJ), de la Clínica Nuestra Señora de La Paz, inaugurada en 2017, forma parte

parcialmente de la red hospitalaria de salud mental de la Comunidad de Madrid para la atención hospitalaria breve de adolescentes. Es un recurso concertado prioritariamente, aunque se admite también el ingreso privado y por aseguradoras. Los ingresos de la red pública no entran por área o zona, como es habitual en los hospitales de la red pública, si no son el excedente del total de ingresos, de las camas disponibles en los otros tres hospitales públicos de la Comunidad de Madrid que ofrecen este servicio. Por ello, los ingresos de la planta son un buen indicador de la saturación del sistema público y necesidad de camas para adolescentes.

Se trata de una planta cerrada de hospitalización psiquiátrica con 14 camas mixtas, en que ingresan adolescentes, chicos entre 13 y 17 años. Se dispone de seis habitaciones individuales y dos dobles. Las habitaciones y los espacios comunes están videosupervisados constantemente con conocimiento de los pacientes y sus familiares. En esta unidad de hospitalización los menores ingresan solos, sin acompañamiento, lo que redundaría en que los pacientes ingresados precisan mantener un grado de autonomía para la realización de las actividades básicas. Por tratarse de menores de 18 años, todos los casos se tratan como ingresos judiciales o involuntarios (por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil), requiriendo en las primeras 72 horas ratificación judicial del mismo.

Tratándose de una unidad de agudos, el tiempo de resolución de la crisis y estabilización que dura el ingreso varía entre unos días y varias semanas. Así, el tiempo medio de ingreso es de 20 días.

El equipo que trabaja en la Unidad de Hospitalización Infantojuvenil (UPIJ), de la Clínica Nuestra Señora de La Paz, es un equipo multidisciplinar compuesto por auxiliares de enfermería, enfermeros, terapeutas ocupacio-

nales, una psicóloga y dos psiquiatras. Se realizan reuniones de equipo dos veces al día al inicio y al final de la mañana, en que se ponen en común observaciones en relación con cada paciente. El trabajo de síntesis y de reflexión del conjunto del equipo terapéutico es una de las bases del trabajo en instituciones de corta, media y larga estancia (Sams, 2016).

Todos los pacientes al ingreso son valorados médicamente con una exploración física general por un médico internista y, por supuesto, se realiza una valoración por parte de la psiquiatra responsable del caso. Ello decide la pertinencia o no de ampliar estudios y de iniciar o modificar medicación, o bien realizar solo intervención psicoterapéutica. En la planta se realizan intervenciones psicoterapéuticas a nivel individual y a nivel grupal. Se realiza todas las mañanas un grupo psicoterapéutico de una hora de duración, a cargo de la psicóloga de la planta. Además, se desarrollan actividades de psicoterapia ocupacional, educación para la salud y lúdicas, espacios que, además de terapéuticos, sirven para ampliar los escenarios de valoración del funcionamiento de los adolescentes hospitalizados.

El abordaje clínico en la planta consta de:

Atención al adolescente	Atención a la familia
Psicoterapia individual	Atención diaria telefónica
Psicoterapia grupal	Grupo de apoyo a la parentalidad
Atención psiquiátrica	Entrevistas familiares al inicio y al final del ingreso
Educación para la salud Terapia ocupacional grupal	

Entre los factores terapéuticos del ingreso se incluye la rutina, terapéutica en sí misma, como factor de biorregulación y predictibilidad, que fomenta la regulación emocional y la ganancia de control del paciente sobre el entorno, factores que en los jóvenes que ingresan suelen estar muy dañados (Perry, 2008).

Una parte importante de la rutina, que es terapéutica en sí misma, son las visitas de familiares. Hasta antes de la pandemia, eran visitas presenciales y obligatorias limitadas a dos personas mayores de edad y de preferencia las figuras de referencia y vinculares para el adolescente. Las visitas de familiares duraban dos horas y —según la evolución— se desarrollaban en diferentes escenarios según la propia evolución del ingreso y sus fases:

- Inicialmente, la visita es en la planta cerrada, en la habitación o en espacios comunes.
- Posteriormente, es en las estancias de la clínica fuera de la planta: jardín, cafetería, salas de juegos.
- Más adelante, se realizan permisos terapéuticos fuera de la clínica durante cuatro horas.
- Tras el alta, en algunos casos, se pernocta en domicilio.

En ciertas ocasiones y según las necesidades del menor, se han llegado a hacer permisos para la reincorporación progresiva a los centros escolares con coordinación previa con la institución, o salidas para valoración en dispositivos de derivación al alta o continuación del tratamiento en dispositivos específicos.

Este sistema de visitas y permisos permite la observación del funcionamiento familiar, la exposición a relaciones conflictivas y trabajar con las familias y con los adolescentes sobre tensiones en el sistema que, en muchas ocasiones, están a la base de la crisis que precipita el ingreso.

Funciones terapéuticas de la hospitalización en una unidad infanto-juvenil

Se trata de hospitalizaciones de urgencia ante situaciones de descompensación aguda: como episodios psicóticos, trastornos afectivos, intentos de suicidio o escalada de disconductas asociadas a psicopatología con difícil manejo ambulatorio. El «paso al acto» en el adolescente habitualmente es el emergente de tensiones y conflictos familiares, institucionales o del entorno, por lo que es importante en la intervención el trabajo con las familias y el trabajo en red con estructuras implicadas en la protección y acompañamiento del menor (Pissaroiá, 2018).

Además del objetivo de realizar el diagnóstico en casos complejos e instaurar o ajustar tratamientos, que exceden las posibilidades o capacidad de adherencia en ámbito ambulatorio durante las crisis, como plantea Daniel Marcelli (Marcelli, 2013), el rol terapéutico del tratamiento institucionalizado de los adolescentes en estas situaciones se sustenta también en otras funciones:

- Función de sustitución del entorno familiar incapaz de contener en ese momento al adolescente.
- Función de mediación entre el joven y su entorno (padres, escuela, sociedad).
- Función de tolerancia para disminuir el nivel de reacción de la excitación habitualmente provocada por las conductas del adolescente, excitación de la que se sirve de vuelta para justificar sus propios comportamientos desviados.
- Función de contención temporal, para proteger al adolescente gracias a la estabilidad del encuadre, en que el adolescente va encontrando poco a poco sus propios límites, con una relativa distancia de las figuras parentales portadoras de conflictos.

Actividades digitalizadas prepandemia

La unidad infanto-juvenil abre en 2017 ya con la digitalización de la historia clínica, uno de los grandes hitos a nivel de gestión de datos de los últimos diez años en la Comunidad de Madrid. Otras actividades, sin embargo, se han ido digitalizando por el camino desde que se abrió la unidad.

¿Qué hacíamos a nivel telemático prepandemia?

- Valoración judicial para ratificación de ingreso. Desde 2018 se ha digitalizado un procedimiento que previamente era presencial y que depende del tribunal de menores. Desde entonces se realiza por videollamada a cuatro personas: juez, forense, secretario judicial y paciente, a través de videollamada.
- Coordinación con otros dispositivos terapéuticos: hospital de día, consultas ambulatorias, centros comunitarios, etcétera, así como otros espacios de la red de cuidados: servicios sociales, fiscalía del menor, colegios e institutos, etcétera; a través de llamada o correo electrónico.
- Información a familiares y de familiares, a través de llamada telefónica.

¿Qué hemos digitalizado con la pandemia?

- Primeras entrevistas con figuras parentales, a través de videollamada o llamada.
- Grupo semanal de familias con la psicóloga de la planta, a través de reunión virtual con madres y padres de los adolescentes.
- Contacto diario de los adolescentes con sus familias, que, en lugar de ser visitas presenciales, son videollamada o llamada.

¿Qué hemos observado?

- Mayor laxitud en los encuadres (en entrevistas, grupo de familias), fruto del au-

- mento de flexibilidad a la hora de conectarse y contexto en el que se conectan.
- Pérdida de detalles respecto al funcionamiento de los cuidadores que aportan información sobre las relaciones familiares entre progenitores (entrevista, grupo) y entre progenitores e hijo (visitas). Sirva de ejemplo la detección de situaciones de negligencia y/o abandono, estado de intoxicación detectada en progenitores de manera presencial, disponibilidad para los hijos, etcétera.
 - Cambios en la disposición de los tiempos.
 - Cambios respecto al campo de observación del entorno familiar. Ampliar a toda la unidad de convivencia: hermanos pequeños...
 - Grado de participación de progenitores separados en conflicto. Al no tener que compartir espacio físico, se implican de ambas partes (en el grupo, varias llamadas en una tarde, etcétera).
 - Angustia de separación (diferente para los padres y madres que para los adolescentes, que tienen una vivencia diferente de la tecnología en la vinculación).
 - Nivel de agencia del adolescente de la comunicación/visitas con los progenitores.
 - Aumento de temor familiar al retorno a domicilio.
 - Ansiedad prealta en adolescentes.
 - Desigualdad en el acceso a la tecnología. Con lo que con algunas familias el contacto por videollamada no ha sido posible, manteniendo solo contacto telefónico. Sirva como ejemplo que desde la unidad se ha favorecido que menores no acompañados hicieran videollamadas con familiares en el extranjero con la digitalización masiva de las comunicaciones en la planta e instauración de llamadas por internet.
 - Nativos digitales. Las habilidades comunicativas digitales de este grupo etario, los adolescentes, les posiciona en otro lugar respecto de la experiencia comunicativa. Se invierten los roles de autoridad en el manejo y deja a los jóvenes en un lugar de empoderamiento en el sistema familiar, que manejan generalmente mejor la tecnología que los padres. Son ellos los que enseñan a los adultos. Los adolescentes son los auténticos protagonistas de la tecnología. Algunos adolescentes sienten que sus padres están penetrando en su mundo con el uso de la tecnología. Por ejemplo, madre pidiendo a su hija adolescente que le instale la aplicación Zoom antes de que quede ingresada y le enseñe.
 - Ausencia de espacios intersticiales entre familias, durante las visitas y los grupos.

Síntesis

Mejoras	Dificultades
Aumento de flexibilidad	Dificultad en mantener el encuadre.
Mayor disponibilidad temporal	Se pierden detalles que aportan información sobre las relaciones familiares entre progenitores y entre progenitores e hijo.
Posibilidad de observar el entorno familiar en su medio.	Aumento de ansiedad prealta de los adolescentes.
Aumento de participación de progenitores separados y/o en conflicto.	Aumento de temor familiar al retorno a domicilio tras el alta.
Roles invertidos de autoridad.	Aumento de la angustia de separación.
	Las llamadas se producen de manera escalonada y rompen más la rutina.
	Tecnología desigualdad en el acceso versus visitas.

Conclusiones

Las nuevas tecnologías no solo juegan un papel en los intercambios de comunicación, sino también son mediadores de experiencia, como planteaba el sociólogo francés Bruno Latour. El papel de la comunicación es un aspecto básico en psicoterapia y la digitalización de la misma ha venido a subrayar aspectos integrados y cruciales de las intervenciones en la unidad. Los aspectos no verbales de la interacción son una fuente muy rica de información para que podamos entender e intervenir en los sistemas familiares.

La pandemia quizá sea transitoria, pero muchos de los cambios y avances en la digitalización han venido para quedarse. Consideramos de gran importancia hacer una reflexión y síntesis sobre los aportes y dificultades que la digitalización ha traído al desarrollo de nuestras funciones, para seguir creciendo en brindar la mejor atención

a nuestros menores, en un trabajo en que la red y la comunicación son la base de un buen sostén para los cuidados, teniendo en consideración que el trabajo con las familias es una pieza angular de nuestra intervención. No obstante, es fundamental no perder de vista lo que ganamos con la tecnología, pero también lo que perdemos en las relaciones interpersonales.

Referencias

- Marcelli, D. y Braconnier, A. (2013). *Adolescence et psychopathologie* (8.a ed.) Elsevier Masson, pp. 656-657.
- Perry, B. y Szalavitz, M. (2008). *El chico a quien criaron como perro*. Capitan Swing, pp. 39-45.
- Pissaroia, M. (2018). *Systems of care for youth. Textbook of mental and behavioral disorders in adolescence*, pp.49-60.
- Sams, D.; Garrison, D. y Bartlett, J. (2016). Innovative Strength-Based Care in Child and Adolescent Inpatient Psychiatry. *J Child Adolescent Psychiatry Nurse*, 29(3):110-117.

Las autoras declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Laura Moreno Fernández es médica psiquiatra en en la Unidad Infanto-Juvenil de la Clínica Nuestra Señora de La Paz, Orden San Juan de Dios. Correo electrónico: laura.moreno@sjd.es

Miriam Alonso Cecilia es psicóloga clínica en la Unidad Infanto-Juvenil de la Clínica Nuestra Señora de La Paz, Orden San Juan de Dios. Correo electrónico: miriam.alonso@sjd.es

María Varela Piñón es médica psiquiatra en la Unidad Infanto-Juvenil de la Clínica Nuestra Señora de La Paz,

Orden San Juan de Dios. Correo electrónico: maria.varela@sjd.es

Noemí Aix Calabozo es enfermera en la Unidad Infanto-Juvenil de la Clínica Nuestra Señora de La Paz, Orden San Juan de Dios. Correo electrónico: alexandraelena.popa@sjd.es

Alexandra Elena Popa es Auxiliar de enfermería en la Unidad Infanto-Juvenil de la Clínica Nuestra Señora de La Paz, Orden San Juan de Dios. Correo electrónico: noemi.aix@sjd.es

Abordaje familiar en una unidad de hospitalización breve infanto-juvenil adaptado al formato virtual

Family intervention in child and adolescent mental health inpatient unit adapted to the virtual format

Miriam Alonso Cecilia¹, Laura Moreno Fernández¹, María Varela Piñón¹, Noemi Aix Calabozo¹,
Axel Fernández María², Alexandra Elena Popa¹

1 Clínica Nuestra Señora de La Paz, Madrid

2 Centro de Salud Mental Alcorcón, Madrid

Resumen

La Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil (UPIJ) de la Clínica Nuestra Señora de La Paz forma parte de la red hospitalaria de salud mental de la comunidad de Madrid para la atención hospitalaria breve de adolescentes. Los adolescentes que ingresan se encuentran viviendo en profundo malestar que inunda casi todos los aspectos de la vida. La crisis de la adolescencia se está complicando u obstaculizando. Previo al ingreso, durante los últimos meses o semanas, el adolescente ha tenido una intensificación de los problemas en varias esferas y síntomas de mayor intensidad. Es frecuente encontrar o bien aspectos relacionados con el patrón de apego o bien acontecimientos traumáticos o ambos. Por ello, la intervención a nivel familiar es —a nuestro modo de ver— imprescindible en el abordaje de la crisis.

La intervención es multidisciplinar. Contamos con un equipo de dos psiquiatras, una psicóloga clínica, una terapeuta ocupacional, una enfermera y dos auxiliares de enfermería por turno. El funcionamiento de la unidad se ha visto modificado desde la aparición de la pandemia por la Covid-19. Las visitas de familiares que previamente eran diarias pasaron a ser virtuales por Zoom. El abordaje familiar presencial en grupo tuvo la misma transformación.

El objetivo de la comunicación es exponer los objetivos de intervención psicoterapéutica y, en concreto, la importancia de la inclusión de lo familiar en una unidad de hospitalización infanto-juvenil, así como las limitaciones y beneficios de hacerlo en formato virtual.

Palabras clave: adolescencia; familia; digitalización; psicoterapia grupal

Abstract

Child and adolescent mental health inpatient unit (UPIJ) of the Nuestra Señora de La Paz Clinic is part of the mental health hospital network of the Madrid Community for adolescents.

The inpatient adolescent are going through a significant suffering that invades almost all areas of life. The crisis of adolescence is becoming complicated or hindered. Prior to admission, during the last months or weeks, the adolescent has had an intensification of problems in several areas and symptoms of greater

intensity and, it is frequent to find either aspects related to the attachment pattern or traumatic events or both of them. This is why intervention with the family is in our view essential in addressing the crisis. The intervention is multidisciplinary, we have a team of two psychiatrists, a clinical psychologist, an occupational therapist, a nurse, and two nursing assistants per shift. The operation of the unit has been modified since the beginning of the COVID-19 pandemic. Family visits that were previously daily became virtual by zoom. The face-to-face family approach in a group had the same transformation.

The objective of the communication is to present the objectives of psychotherapeutic intervention and, specifically, the importance of the inclusion of the family in a child-adolescent hospitalization unit as well as the limitations and benefits of doing it in virtual format.

Keywords: enfermedad mental; terapia familiar; terapia virtual; adolescentes

1. La adolescencia desde la perspectiva relacional

El trabajo psicoterapéutico en la unidad se desarrolla teniendo como referencia el psicoanálisis relacional. De ahí podemos afirmar que hay al menos dos componentes críticos en la organización sana de la identidad del adolescente: el estatus del apego y la existencia de episodios desestructurantes o potencialmente traumáticos en la infancia y durante la adolescencia.

Selley Doctors (2013) plantea que el apego seguro estaría en la base de una organización sana de la personalidad adolescente y adulta. Sobre la base de un apego seguro los adolescentes hacen una transición por las tareas de la adolescencia suficientemente exitosa, procediendo a desarrollar vínculos flexibles y sanos, ampliando el repertorio relacional y reafirmando la individualidad. Sin embargo, el apego inseguro o desorganizado conlleva dificultades en la individuación y distorsiones emocionales y cognitivas. Estas distorsiones se han construido desde la desesperación por mantener apegos con cuidadores poco receptivos y es lo que se ha denominado «acomodación patológica» (Brandchaft, Doctors y Sorter, 2010). En este sentido, las conductas de descontrol se pueden comprender como esfuerzos por restablecer la conexión (o ponerla a prueba) ante vivencias de abandono o rechazo que

conllevan a la debilitación del apego, tanto con los progenitores como con pares, en vez de fortalecerlo. O, bien, forman parte de mecanismos de regulación emocional, ante la hiperactivación afectiva.

Por otro lado, otros acontecimientos adversos de la infancia y la adolescencia pueden complicar la reorganización de la personalidad, como duelos por pérdidas significativas (entre los que se incluyen las pérdidas en los procesos migratorios), abuso físico y/o sexual o comportamiento parental extremadamente inapropiado. Estos factores han sido identificados como factores de riesgo trastorno de personalidad en adolescentes (Larrivéé, 2013). Además, la psicosis no queda al margen. Según el metanálisis publicado en la revista *Schizophrenia Bulletin*, de Oxford University Press, (Varese, Smeets, Drukker y otros, 2012), existe una relación estadísticamente significativa entre las adversidades sufridas en la infancia (como el abuso sexual, el maltrato físico, el maltrato psicológico-emocional, la negligencia en los cuidados del menor, la muerte parental y el *bullying*) y la psicosis.

2. Abordaje con el adolescente y su familia

Antes de la crisis aguda y durante los últimos meses o semanas, el adolescente ha tenido una intensificación de los problemas

en varias esferas y síntomas de mayor intensidad. Es frecuente encontrar o bien aspectos relacionados con el patrón de apego o bien acontecimientos traumáticos o ambos. Por ello, la intervención a nivel familiar es —a nuestro modo de ver— imprescindible en el abordaje de la crisis, además de la intervención psicoterapéutica individual y grupal del adolescente.

Hay dos planos de atención a la familia. Al considerar que estamos ante una situación de crisis, debemos intervenir, sobre todo, en el momento actual, el motivo manifiesto que provoca el ingreso. El adolescente y su familia están asustados, de repente la adolescencia queda detenida por un momento durante el ingreso y, por tanto, el adolescente está involucrado, pero también los progenitores, con múltiples dudas, culpas y miedos en relación con la parentalidad. Siguiendo a Pou y Flaster (2012), «cuando el desarrollo de un niño se bloquea, paralelamente, el desarrollo de la identidad parental también queda bloqueado». Suelen encontrarse en un estado de confusión en que, en la mayoría de los casos, ni las familias ni los adolescentes saben qué está ocurriendo. Por tanto, el primer paso en el ingreso es esclarecer los precipitantes de la crisis.

Los precipitantes de las crisis e ingresos más frecuentes son:

- Relaciones familiares: Se retornan conflictivas o se intensifican los previos. A menudo, el sistema familiar ha entrado en escalada. Es imposible contener la agresividad del menor. Puede ocurrir también que el adolescente se encuentre con tendencia al aislamiento e incluso muestre rechazo a acudir al centro escolar.
- Relaciones con pares: Aunque las relaciones con pares toman una importancia fundamental en la adolescencia, y frecuentemente están más preservadas

que las familiares a menudo, presentan problemas de relación con iguales con ruptura de relaciones amicales recientes, dificultad de integración y/o situaciones de acoso escolar actuales o recientes.

- Relación con el propio cuerpo: Ya de por sí tormentosa en la adolescencia, cuando se presentan situaciones críticas, el cuerpo lleva la cuenta y se hace todavía más insostenible, desencadenándose diferentes modos de agresión al cuerpo, desde actos autolesivos hasta alteración del patrón de la alimentación y/o ejercicio físico, consumo de tóxicos y/o relaciones sexuales de riesgo.

El segundo plano de intervención tiene que ver con el contenido latente, lo no explícito y no hablado habitualmente. Entramos aquí en el terreno del apego y los sucesos potencialmente traumáticos.

Respecto a las relaciones de apego, en una unidad de agudos podemos establecer a través de las entrevistas familiares y sesiones con el adolescente cuál es el patrón de apego. La hipótesis es que el apego de un paciente que termina ingresando es inseguro o desorganizado. Una unidad de intervención en crisis no es lugar para una intervención sostenida en el tiempo como precisa los adolescentes con dificultades en el apego. Sin embargo, podemos comenzar a abrir un espacio para hablar de las dificultades en la relación por ambas partes. Intervención relevante para posibilitar la vinculación y conciencia de ayuda o bien a dispositivos intensivos como hospital de día o bien a psicoterapia familiar y/o servicios sociales.

Es imprescindible, además, explorar posibles situaciones traumáticas actuales o pasadas, pero silenciadas. Se sabe que el abuso sexual en la infancia supone mayor riesgo de tentativas autolíticas que el diagnóstico de trastorno depresivo (Read, Agar, Barker-Collo,

Davies, Moskowitz, 2001), así como más probabilidad de sufrir un trastorno mental en la edad adulta. Estamos de acuerdo con Dangerfield (2012) cuando afirma que, en su experiencia, este riesgo aumenta exponencialmente si el abuso no es detectado ni se toman las medidas protectoras y terapéuticas pertinentes. Si detectamos alguna situación potencialmente traumática como abuso físico, sexual o acoso escolar, debemos promover el inicio de la elaboración del suceso para lo que es imprescindible no ser cómplices del secreto y ayudar al adolescente a comunicarlo a, por lo menos, uno de sus progenitores, además de tomar medidas oportunas e informar y apoyar a los progenitores.

3. Terapia grupal breve y virtual con familiares de adolescentes en unidades de hospitalización breve (UHB)

3.1. Aspectos formales

La terapia grupal con familiares de adolescentes ingresados en UHB tiene algunas características particulares, como terapia grupal por la breve duración, así como la incorporación constante de nuevos miembros y despedidas. Además, desde el inicio de la pandemia, este grupo se hace en modalidad virtual lo que añade cierta complejidad.

Desde el inicio de la pandemia por la Covid-19, la terapia con familiares se realiza a través de una plataforma de videoconferencia, cuya frecuencia es semanal y cuya duración es de 90 minutos.

El criterio de inclusión es que su hijo esté ingresado en UHB y ser mayor de 18 años. Quedan excluidos los hermanos menores por entender que se trata de una situación de crisis aguda en que los padres deben tomar las riendas.

Es importante preservar el grupo en un espacio que se sienta seguro. Por ello, se incide

en que tengan ese tiempo en un espacio con privacidad.

El grupo inicia con las presentaciones de los nuevos integrantes y con los anuncios de alta. Por tanto, despedida de los progenitores presentes el grupo. En este sentido, muchas veces el grupo funciona como sesión única con presentación y cierre en la misma sesión, aunque en muchas ocasiones si se llega a crear suficiente matriz grupal como para mantener el trabajo en un proceso temporal.

3.2. Aspectos de contenido

Cada sesión de grupo se divide en tres momentos. En el primero se realizan las presentaciones de los nuevos miembros, así como los avisos de los ausentes y la comunicación de los que previsiblemente será el último grupo. En el segundo se centra en una presentación con diapositivas compartidas durante 15 minutos en pantalla, para focalizar el contenido del grupo y facilitar la introspección. Las diapositivas versan sobre los temas familiares más recurrentes (cómo entender los síntomas de los adolescentes, la comunicación en la familia y los conflictos familiares). En el tercero hay libre participación de los integrantes.

Es habitual que el grupo sea más dependiente del conductor que en los formatos presenciales, pues hay menor sensación de contención grupal con la distancia digital. Por ello, se ha de ser cuidadoso en la participación del líder, pues demasiada participación puede bloquear elementos emergentes del grupo. Para favorecer las intervenciones y la libre asociación, se presta atención a la comunicación no verbal de los integrantes con preguntas directas que favorezcan la comunicación.

4. Síntesis

Hay que tener en consideración en todo momento que el grupo es un espacio de acompañamiento fundamentalmente para que las familias empiecen a pensar sobre sus dinámicas sin añadir culpas, como oportunidad para favorecer y aprender sobre las necesidades de autonomía y seguridad que todos vivimos en el proceso de adolescencia. Por lo tanto, el objetivo principal es promover el paso desde la fragmentación y la confusión que presentan los pacientes y sus familias, hacia la integración y comprensión.

5. Referencias

- Brandchfat, B.; Doctors, S. y Sorter, D. (2010). *Toward an Emancipatory Psychoanalysis*. Routledge.
- Dangerfield, M. (2012). Negligencia y violencia sobre el adolescente: abordaje desde un hospital de día. *Temas de Psicoanálisis*, 4.
- Doctors, S. R. (2013). Perspectivas de apego en el trabajo clínico con adolescentes y sus figuras parentales: el uso del cuerpo para regular la emoción. *Clínica e Investigación Relacional*, 7(2), 296-307.
- Larrivéé, M. (2013). Borderline personality disorder in adolescents: the He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*, 15, 171-179.
- Munar, C. (2009). Interacción, encuentros y pérdidas. Proceso terapéutico de los estados traumáticos desde la perspectiva relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 3(2), 384-391.
- Pou, G. y Flaster, C. (2012). La psicoterapia relacional infanti». *Revista de Psicoterapia*, XXIII (90-91), 41-62.
- Read, J.; Agar, K.; Barker-Collo, S.; Davies, E. y Moskowitz, A. (2001). Assessing suicidality in adults: Integrating childhood trauma as a major risk factor. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(4), 367-372.
- Varese, F.; Smeets, F.; Drukker, M.; Lieveise, R.; Lataster, T.; Viechtbauer, W.; Read, J.; Van Os, J. y Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies». *Schizophr Bull*, 38(4), 661-671.

Las autoras declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Miriam Alonso Cecilia es psicóloga clínica en la Unidad Infanto-Juvenil de la Clínica Nuestra Señora de La Paz, Orden San Juan de Dios.
Correo electrónico: miriam.alonso@sjd.es

Laura Moreno Fernández es médica psiquiatra en en la Unidad Infanto-Juvenil de la Clínica Nuestra Señora de La Paz, Orden San Juan de Dios.
Correo electrónico: laura.moreno@sjd.es

María Varela Piñón es médica psiquiatra en la Unidad Infanto-Juvenil de la Clínica Nuestra Señora de La Paz, Orden San Juan de Dios.
Correo electrónico: maria.varela@sjd.es

Noemí Aix Calabozo es enfermera en la Unidad Infanto-Juvenil de la Clínica Nuestra Señora de La Paz, Orden San Juan de Dios.
Correo electrónico: alexandraelena.popa@sjd.es

Axel Fernández María es psiquiatra del Centro de Salud Mental Alcorcón, Madrid.
Correo electrónico: afmaria@salud.madrid.org

Alexandra Elena Popa es Auxiliar de enfermería en la Unidad Infanto-Juvenil de la Clínica Nuestra Señora de La Paz, Orden San Juan de Dios.
Correo electrónico: noemi.aix@sjd.es

FonoSalud UOH, aporte estudiantil durante la pandemia de la Covid-19 en Chile

FonoSalud UOH, Student Contribution in the COVID-19 Pandemic in Chile

Paulina Valenzuela¹, Priscila Ramos¹, Jazmín Terán¹, Edgardo Pacheco¹, María Soledad Burrone²

¹ Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile

² Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile

Resumen

Introducción: FonoSalud es una iniciativa multidisciplinaria, compuesta por estudiantes y profesionales quienes, mediante plataformas virtuales, reciben consultas de atención sanitaria, orientan su manejo, derivación y seguimiento. La pandemia de la Covid-19 ha afectado y congestionado el sistema de salud y también ha generado impacto psicosocial. Por ello, FonoSalud aporta a la descongestión de los centros asistenciales, otorga consejería y apoyo en salud mental. **Objetivo:** Describir la prevalencia y caracterizar los motivos de consultas de salud mental recibidas en FonoSalud y sus resoluciones. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y transversal, a partir de registros de consultas a FonoSalud de abril a septiembre de 2020. Los motivos de consulta se clasificaron según la clasificación estadística de problemas de salud en atención primaria (CEPS-AP), género y edad. Además, se reportó si las personas recibieron consejería en salud mental y se especificó si la consulta fue resuelta por FonoSalud o derivada. **Resultados:** Según los registros analizados (n=124), se observó que 71% de consultantes fueron mujeres, con media etaria de 36,6 ($\pm 22,1$) años. Los motivos de consulta más frecuentes, agrupados en el capítulo XVIII, «Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio» (29 %); XX, «Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud» (21 %); XII, «Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo» (10,5%), y V, «Trastornos mentales y del comportamiento» (TMC) (8,1%). De estas, 69 consultas fueron resueltas por FonoSalud. De las consultas por TMC, tres fueron resueltas y cinco se sugirió al usuario acudir a un centro de salud. Por otro lado, 33,6% del total de usuarios recibió consejería en salud mental. **Conclusión:** FonoSalud UOH permite acceder, vía remota, el abordaje multidisciplinario de consultas en salud mental. Contribuye su resolución y aporta a la descongestión de establecimientos sanitarios. Escalar esta propuesta permitiría descentralizar y colaborar con respuestas efectivas al sistema de salud.

Palabras clave: asistencia clínica; salud mental; servicio universitario; telecomunicación; información médica; salud; política de salud; accesibilidad; pandemia

Abstract

Introduction: FonoSalud is a multidisciplinary initiative, composed by students and health professionals, who through virtual platforms, receive health care requests, guide their management, referral and follow-up. The COVID-19 pandemic has affected and burdened the health care system and has also led to a psychosocial impact. Therefore, FonoSalud, contributes to the decongestion of the healthcare centers, provides counseling and support in mental health. **Aim:** Describe the prevalence and characterize the causes of mental health consultations received in FonoSalud and its resolutions. **Methods:** Observational,

descriptive and transversal study, based on records of consultations to FonoSalud during April-September 2020. The causes for consultation were classified according to CEPS-AP, gender and age. In addition, it was reported whether people received mental health counseling and it was specified whether the consultation was resolved by FonoSalud or referred. **Results:** According to the records analyzed (n=124) it was observed that 71 % of the consultants were women, with an average age of 36.6 (± 22.1) years. The most frequent reasons for consultation, grouped in chapter XVIII «Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings» (29 %), XX «Factors influencing health status and contact with health services» (21 %), XII «Skin and subcutaneous tissue diseases» (10.5 %) and V «Mental and behavioral disorders (MD)» (8.1%). 69 of the total number of consultations were resolved by FonoSalud. Among the consultations for MD, three were resolved and five were suggested to the user to go to a healthcare center. 33.6 % of all users received mental health counseling. **Conclusion:** FonoSalud UOH allows remote access to the multidisciplinary approach of mental health consultations, contributing to their resolution and aiding in the decongestion of healthcare centers. Scaling up this proposal would allow decentralization and collaborate with effective responses to the healthcare system.

Keywords: Clinical assistance; Mental health; University service; Telecommunication; Medical information; Health; Medical investigation; Pandemic

Introducción

El 9 de enero de 2020, el Centro Médico Chino, implicado en el control y prevención de enfermedades, informó a la comunidad de Wuhan sobre un brote de neumonía con etiología desconocida. Después de investigaciones, este patógeno se identificó como un nuevo miembro de la familia de Coronaviridae, denominado Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2) (Chen y otros, 2020).

Dadas las características de diseminación viral, agresividad y alta capacidad de contagio del virus, los casos de neumonía aumentaron considerablemente. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote como una emergencia de salud pública de importancia internacional. A causa de los contagios, la enfermedad se expandió por todo el planeta y se declaró epidemiológicamente una pandemia el 11 de marzo de 2020 (PAHO, 2020).

Hoy, a nivel mundial la pandemia no ha sido controlada. Los registros médicos a oc-

tubre de 2020 han confirmado 37 704 153 casos de la Covid-19 y 11 079 029 de muertes (OMS, 2020).

En Chile, dos meses después de la aparición del virus en Wuhan, el 3 de marzo, se diagnosticó el primer paciente con la Covid-19. A octubre, las estadísticas epidemiológicas siguen incrementándose, llegando a 484 280 casos totales, 1392 casos diarios y 13 296 fallecidos a nivel nacional (Gobierno de Chile, 2020; Departamento Epidemiológico del Minsal, 2020).

El sistema de salud y el Gobierno de Chile adoptaron medidas para enfrentar la pandemia. Las principales fueron controles sanitarios, cuarentenas comunales, licencias médicas de 14 días a todo paciente diagnosticado con la Covid-19, cordones sanitarios, toque de queda, suspensión de clases en establecimientos educacionales, cierre de centros comerciales no esenciales para la comunidad, entre otras (Ochoa-Rosales y otros, 2020).

El contexto asistencial en Chile durante la pandemia da cuenta de una red de salud

que ha debido enfrentar un escenario que presenta dificultades previas importantes, como la integralidad del sistema y las listas de espera de personas que presentan problemas de salud y que esperan la provisión de una determinada prestación o grupo de prestaciones (Estay, 2017; Oliveira y otros, 2018). Además, durante la pandemia, el Colegio Médico de Chile (Colmed) ha reportado que el contexto asistencial de la red de salud ha experimentado un escenario cuyas consecuencias determinan un impacto en la mortalidad de la población y una disminución en las prestaciones de servicios de salud (Siches y otros, 2020).

Además de los componentes mencionados, la pandemia y las medidas de salud pública que fueron tomadas conforme avanzaron los brotes tuvieron alto impacto en las condiciones de vida, los vínculos y la salud de las familias; con diversas consecuencias sobre la salud mental y el bienestar colectivo (Rajkumar, 2020; Huarcaya-Victoria, 2020; Vindegaard y Benros, 2020; Yang y otros, 2020). Asimismo, influyeron directamente en la capacidad de respuesta de los equipos de salud, que aumentaron su carga laboral durante la pandemia (Lozano-Vargas, 2020). En este sentido, la salud mental y el componente psicosocial resultan fundamentales de considerar en el diseño y aplicación de acciones multidisciplinarias que permitan abordar la pandemia y sus consecuencias en el corto, mediano y largo plazos, las cuales debieran considerar a la población en su conjunto, incluidos trabajadores y trabajadoras de la salud (Highfield, 2020; OMS, 2020).

En esta pandemia, se ha rescatado el rol de la telesalud, la telemedicina y el uso de plataformas digitales relacionadas con la salud (Hollander y Carr, 2020). El empleo de herramientas de atención remota permite evitar desplazamientos que no son estricta-

mente necesarios a dispositivos de salud y se optimizan los tiempos de espera de atención (Curioso, 2014). Ello es crucial en pandemia para disminuir el riesgo de contagio en la población, para considerar la exposición directa de los profesionales de salud a la Covid-19 (Smith y otros, 2020). Sin embargo, es aún un desafío la definición de las situaciones que pudieran ser abordadas y eventualmente resueltas mediante esta estrategia (Pallarés, 2020), así como también contar con marcos normativos claros y pertinentes para la implementación en el contexto de la Covid-19 (Loeb y otros, 2020).

En virtud de todo lo anterior, surgió en la Universidad de O'Higgins (UOH), de la Sexta Región de Chile, una iniciativa gratuita y estudiantil denominada FonoSalud UOH. Esta la integran estudiantes y profesionales de la salud. Su propósito principal es contribuir a la disminución de la congestión de los servicios de salud a nivel nacional, mediante plataformas virtuales, para orientar, resolver, derivar y dar seguimiento a los distintos motivos de consultas independiente de la distancia.

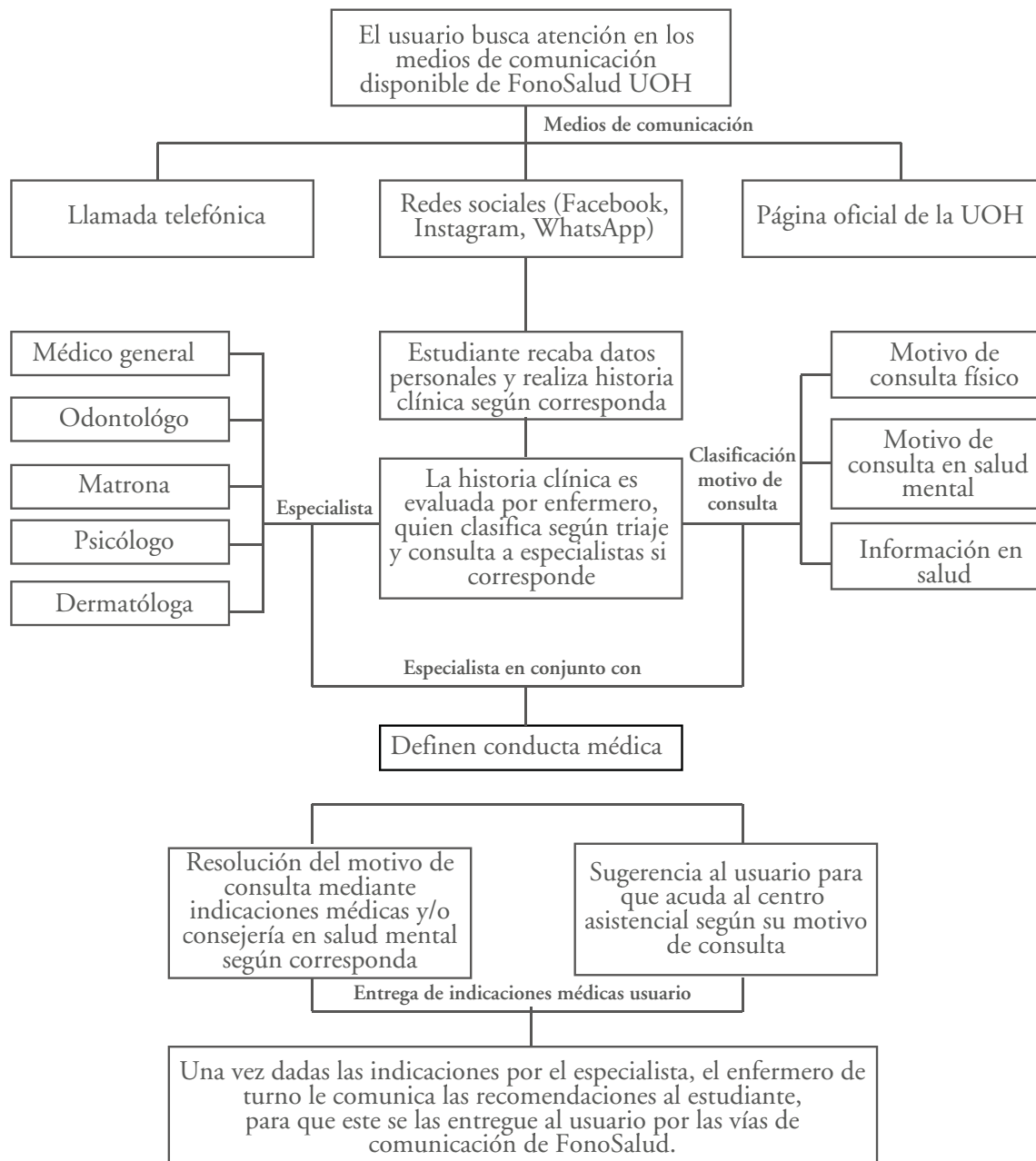
1. Objetivo

Describir la prevalencia y caracterizar los motivos de consultas de salud mental recibidas en FonoSalud y sus resoluciones.

2. Método

Se realizó un estudio observacional, de diseño descriptivo y transversal, a partir del análisis de bases de datos primarios elaborado con los registros de consultantes a FonoSalud de abril a septiembre de 2020 en Chile. Los motivos de consulta se analizaron según la clasificación estadística de problemas de salud en atención primarias (CEPS-AP) (OPS, 2005), el género (definido como

Figura 1. Flujograma de funcionamiento de FonoSalud UOH



Nota: La figura 1 describe el funcionamiento del equipo FonoSalud UOH desde el primer contacto con el usuario hasta la entrega de la información del manejo u orientación final.

femenino, masculino y no identificado) y la edad. Para elaborar la base de datos, se resguardó la confidencialidad de la información de los consultantes.

Intervención FonoSalud: FonoSalud es una iniciativa de enfoque multidisciplinario de una universidad estatal y regional en Chile. El equipo de abril a setiembre tuvo la participación de 42 estudiantes de Medicina, Te-

rapía Ocupacional, Enfermería, Medicina Veterinaria y Psicología, y 17 profesionales del área de la salud, psicólogos, enfermeros, médicos, matrona, odontólogo y facilitador idiomático (español-creole-francés). Los usuarios acceden a la consulta mediante llamadas telefónicas, chat de la página web de la universidad y redes sociales: WhatsApp, Facebook e Instagram.

Las consultas son recibidas por un estudiante, quien realiza la anamnesis próxima y remota. Posteriormente, la información es transferida a un profesional de enfermería, por medio del grupo de WhatsApp de FonoSalud, que realiza una evaluación inicial del motivo de consulta, objetivando según la clasificación de triage (emergencia, urgencia, urgencia menor, sin urgencia) y el área de salud correspondiente, para finalmente entregar orientación general del manejo y/o derivar, bien contactando a los especialistas o bien derivando a un centro asistencial, según el caso. Luego, las indicaciones son entregadas al usuario por medio del estudiante que tuvo el primer contacto. Para finalizar, la información recopilada (datos del usuario e indicaciones) es registrada en la base de datos de FonoSalud UOH.

Análisis. Los motivos de consulta fueron clasificados según código numérico, asignado a partir del motivo de consulta, el cual fue reagrupado por capítulo según la CEPS-AP. Además, se reportó si las personas recibieron consejería en salud mental, la cual consistió en recomendaciones generales de autocuidado, específicamente recomendaciones de higiene del sueño, organización eficiente del tiempo y actividades, técnicas de respiración, ejercicios de relajación, ejercicios de respiración en cuatro tiempos, sugerencias de actividad física, realizar actividades favoritas o *hobbies*, estimulación para activar redes de apoyo. Todo ello era entregado independientemente del motivo de consulta a quienes lo requerían, además de orientar su manejo. Finalmente se especificó si la consulta fue resuelta por FonoSalud. Es decir, si se respondió con orientación clínica pertinente al motivo de consulta o fue derivada a un centro asistencial de salud. El análisis descriptivo se realizó por medio de la distribución de frecuencias absolutas

y relativas a través del programa de análisis estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

3. Resultados

Características de la muestra (tabla 1): 124 usuarios con edades entre 5 meses y 94 años. Los casos fueron categorizados por grupo etario, niño de 0 a 12 años, adolescente de 13 a 18 años, adulto de 19 a 65 años y adulto mayor de 65 años o más. La media de edad es 36,6 ($\pm 22,1$), mínimo de 5 meses y máximo 94 años de edad. De estos, 26,6 % correspondió a género masculino y 71,0 % a femenino. Los datos no respondidos por los usuarios en relación con la edad corresponden a 23,4 % ($n=29$).

Tabla 1. Caracterización de la muestra por género y grupo etario del registro de 124 usuarios de FonoSalud UOH, 2020

Género	Frecuencia	
	n	%
Masculino	33	26,6
Femenino	88	71,0
No identificado	3	2,4
Total	124	100,0
Edad (años)	n	%
Niños de 0 a 12	10	8,1
Adolescentes 13 a 18	2	1,6
Adultos de 19 a 65	67	54,0
Adultos mayores 65 o más	16	23,4
Total	95	87,1

Motivos de consulta. Los principales motivos de consulta se clasifican en los capítulos XVIII, «Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio», no clasificados en otra parte, y «XX, «Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud». El detalle de las frecuencias absolutas y relativas se especifican en la tabla 2.

Tabla 2. Clasificación de los motivos de consulta FonoSalud UOH según capítulo de la CEPS-AP, 2020 (n=124)

Capítulo CEPS-AP	Frecuencia n (%)
I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	4 (3,2)
V. Trastornos Mentales y del Comportamiento (F00-F99)	10 (8,1)
VI. Enfermedades del Sistema Nervioso (G00-G98)	1 (0,8)
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	1 (0,8)
VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	1 (0,8)
IX. Enfermedades del Sistema Circulatorio (I00-I99)	1 (0,8)
X. Enfermedades del Sistema Respiratorio (J00-J98)	10 (8,1)
XI. Enfermedades del Sistema Digestivo (k00-K92)	8 (6,5)
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	13 (10,5)
XIII. Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	3 (2,4)
XIV. Enfermedades del Sistema Genitourinario (N00-N99)	5 (4,0)
XV. Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	1 (0,8)
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorios, no clasificados en otra parte (R00-R94)	36 (29,0)
XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	4 (3,2)
XX. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	26 (21,0)
Total	124 (100 %)

Tabla 3. Conducta médica (derivado, resuelto o perdido) por capítulo de la CEPS-AP en FonoSalud UOH, 2020 (n=124)

Capítulo CEPS-AP	Conducta médica		
	Derivado n (%)	Resuelto n (%)	Perdidos n (%)
I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	2 (50,0)	2 (50,0)	0 (0,0)
V. Trastornos Mentales y del Comportamiento (F00-F99)	5 (55,5)	3 (33,3)	2 (00,0)
VI. Enfermedades del Sistema Nervioso (G00-G98)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)
IX. Enfermedades del Sistema Circulatorio (I00-I99)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
X. Enfermedades del Sistema Respiratorio (J00-J98)	5 (50,0)	4 (40,0)	1 (10,0)
XI. Enfermedades del Sistema Digestivo (k00-K92)	3 (50,0)	3 (50,0)	2 (25,0)
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	0 (0,0)	7 (53,8)	6 (46,1)
XIII. Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)
XIV. Enfermedades del Sistema Genitourinario (N00-N99)	0 (0,0)	4 (80,0)	1 (20,0)
XV. Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorios, no clasificados en otra parte (R00-R94)	10 (27,7)	20 (72,0)	6 (16,6)
XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	0 (0,0)	2 (50,0)	2 (50,0)
XX. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	3 (11,5)	19 (73,0)	4 (15,3)
Total	30 (24,2)	69 (55,6)	25 (20,2)

Entre los principales motivos de consulta, según código específico de la CEPS-AP, se evidencia:

- Información en salud 19,4 % (n=24), clasificado en el capítulo XX, que incluye consultas sobre información sobre la Covid; centros asistenciales, medidas de prevención, entre otras consultas generales.
- Cefalea 7,3 % (n=10), que corresponde al código 727 y se clasifica en el capítulo XVIII.
- Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos 5,6 % (n=7), que corresponden al código 205, e incluye motivos de consulta como pánico, ansiedad y fatiga, y se clasifican en el capítulo V.
- Enfermedades del sistema respiratorio 4,8% (n=6), que incluye disnea y odinofagia, las que corresponden al código 425 y se clasifican en el capítulo X.

Conducta médica: La conducta médica era definida posterior a la evaluación por especialista. Del total de consultas, 55,6 % fueron resueltas por el equipo, 24,2 % fueron derivadas a un centro de salud. En 20,1 % de las consultas no se recabaron los datos clínicos suficientes ni establecieron comunicación con el consultante, por lo que se declaró contacto perdido.

Salud mental. En relación con las consultas de salud mental, se clasificaron según el capítulo V. Trastornos mentales y del comportamiento (TMC) que corresponde al 8,1 % de (n=10), de los cuales 33,3 % fue resuelto por FonoSalud.

Por otro lado, 33,6 % (n=20) de las consultas generales recibieron una consejería en salud mental, lo cual era determinado posterior a la derivación con el equipo de especialistas y consistía en una asesoría de parte de uno de los psicólogos de FonoSalud. De

estas consultas, 70 % fue resuelta por FonoSalud, tal como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4: Frecuencia de la resolución del FonoSalud UOH, según motivo de consulta específico (apoyo en salud mental y Covid-19), año 2020

	Motivo de consulta	
	Apoyo en Salud Mental	COVID-19
Resuelto (n, %)	14 (70,0 %)	25 (64,1 %)
Derivado (n, %)	5 (25,0 %)	12 (30,8 %)
Perdidos (n, %)	1 (5,0 %)	2 (5,1 %)
Total	20 (100,0 %)	39 (100,0 %)

Consultas Covid-19: Las consultas por la Covid-19 corresponde al 32,2 % (n=39). Se clasificaron aparte de las clasificaciones por la CEPS-AP. Son las consultas por sospecha de la Covid-19 por la presencia de algún síntoma de la enfermedad.

4. Discusión

La pandemia de la Covid-19 ha implicado un importante impacto en la salud de la población, no solo a nivel de las repercusiones propias de la infección por SARS-CoV-2, sino también por el componente psicosocial (Pfefferbaum y North, 2020; Zhai y Du, 2020; Wenham y otros, 2020). Ello, sin duda, determina un escenario complejo para el enfrentamiento de la pandemia.

FonoSalud es una iniciativa que puede complementar la atención de salud, mediante nuevas estrategias que se ajusten al contexto de pandemia.

Según nuestro estudio, se evidencia como principal fortaleza la proporción de resolución de casos (55,6 %). Ello es consistente

con la tendencia en Chile, donde cerca del 70 % de las consultas sanitarias son resueltas en el primer nivel de atención (Riquelme y otros, 2017). Los servicios de salud públicos deberían ampliar y facilitar la accesibilidad al sistema de salud (Starfield, 2012), y en contextos de pandemia los servicios de asistencia virtual pueden ser beneficiosos. Un aspecto a considerar que pudiera explicar esta tasa de resolución tiene que ver con la baja complejidad de las consultas, muchas de ellas informativas, y el trabajo mancomunado entre estudiantes y profesionales del área de la salud, quienes, de manera coordinada, según lo señalado en el flujograma de atención, aseguraba respuesta a través de profesionales del campo de la salud.

Al analizar las consultas de manera desagregada, se observa que el 32,2 % de estas corresponden a inquietudes de la comunidad directamente relacionadas con la Covid-19, ya sea como cuadro clínico o búsqueda de información al respecto. Esto es consistente con la evolución de la curva de contagios en Chile, principalmente en mayo y junio, en que se alcanzó un nivel de ocupación de camas UCI del 89 % y 95 %, a nivel nacional y en la Región Metropolitana, respectivamente (Canals y otros, 2020).

Además, un componente indispensable a destacar del contexto de la pandemia tiene que ver con el impacto en la salud mental. La pandemia de la Covid-19 ha tenido impacto en el funcionamiento emocional y social del individuo y de la salud colectiva (González-Sanguino y otros, 2020; Pfefferbaum y North, 2020). En ese sentido, el impacto en salud mental, específicamente el aumento de la ansiedad podría representar un problema adicional, incrementando la carga de enfermedad en la población, el deterioro de la calidad de vida y representando una carga adicional para el sistema de salud y su capacidad de respuesta (Vigo y otros, 2020).

Por ello, es importante, en un contexto como este, tener estrategias sociosanitarias que permitan enfrentar estas dificultades, a través de la vigilancia activa de las necesidades psicosociales y la prestación oportuna de apoyo psicosocial a la comunidad (Yiu-Tao Xiang y otros, 2020). En este sentido, FonoSalud podría ser un aporte a la estrategia de vigilancia activa de necesidades psicosociales de la comunidad, así lo demuestra que, del total de consultas por motivos generales (consultas no directamente relacionadas a TMC), un tercio (33,6%) recibió consejería en salud mental.

La experiencia de FonoSalud evidencia que el porcentaje de consultas fue mayor en mujeres. La literatura demuestra que, en general, las consultas en el primer nivel son más frecuentes en mujeres (Gonzalez y otros, 2016; Vega y otros, 2003). Sin embargo, debe también considerarse que el impacto de la pandemia tuvo diferencias según género (Werhman, Smith y Morgan, 2020; Ambrosino y otros, 2020; Gausman y Langer, 2020; Gebhard y otros, 2020). Lo anterior es crucial para observar, pues en Chile los problemas de salud mental se encuentra entre las primeras causas de carga de enfermedad en el país, afectando en mayor medida a las personas con menor nivel educacional, a los más jóvenes y a las mujeres (Minsal, 2020; Gallardo-Peralta y otros, 2018). Identificar esta tendencia que se repite en la población usuaria de FonoSalud podría contribuir al trabajo colectivo y multidisciplinario para aportar en la disminución de brechas de género y atención en salud, tanto física como mental en el país.

Finalmente, considerando la realidad sanitaria en salud mental del país, proyectos comunitarios estudiantiles como este pueden ser útiles para ampliar el acceso de atención de salud y para realizar vigilancia en salud mental e impactar positivamente en la ca-

alidad de vida de la población usuaria de la región, así como también del país.

El presente estudio estuvo sujeto a limitaciones dado el contexto de pandemia, como restricción de acceso a conexión de internet, sobrecarga laboral de profesionales de la salud, trabajo voluntario de estudiantes en periodo de clases *online*. Asimismo, dadas las complicaciones de atención virtual, en ocasiones no se contactó con el usuario para recabar por completo sus datos, entregar orientación clínica y/o tratamiento médico.

5. Conclusiones

La pandemia por la Covid-19 ha tenido impacto en la salud de la población y en el sistema sanitario de muchos países, incluido Chile. Debido a las múltiples adversidades sociales, psicológicas y físicas que la comunidad ha enfrentado durante un largo periodo, es de esperar que se haya producido un impacto en la salud mental de la población. En este contexto, la implementación de estrategias estudiantiles, como iniciativas de telemedicina y/o telesalud, surge como alternativa innovadora para facilitar el acceso a la atención en salud y generar una vigilancia activa sobre la salud mental de la población. Por su parte, dado los resultados en los análisis estadísticos previamente descritos, la implementación y la expansión de iniciativas voluntarias y escaladas continuamente, como FonoSalud UOH, podrían aportar a la descongestión del primer nivel de atención, mediante un abordaje multidisciplinario. Para ello, es imprescindible fortalecer el acceso y la calidad de atención de salud mediante plataformas virtuales, pues esto podría contribuir en descentralizar y colaborar con respuestas efectivas al sistema de salud en situaciones epidemiológicas críticas, como una pandemia.

Agradecimientos

Se agradece la participación de todos los estudiantes universitarios, profesionales de la salud y docentes de la Escuela de Salud de la Universidad de O'Higgins, en los distintos periodos en los cuales aportaron y pertenecieron al equipo de FonoSalud. Sin duda, cada uno contribuyó al trabajo colectivo y organizado en beneficio de la atención sanitaria gratuita a la comunidad chilena.

Equipo de trabajo. Profesionales: Amapola Ureta, Hugo Maluenda; Patricia Medel; Paz Escalona, Israel Lavady, Andrea Borges, Elizabeth Caro, Nancy Carvajal, Ana Villa, María Angélica Macías, Andrea Palma, Ana Miranda, Francisco Jiménez, Berlince Mirvil, Germán Lira, Josefina Enríquez, Marianela Pérez. Estudiantes: Camila Peña, Catalina Tapia, Florencia Alliende, Constanza Huaquer, Luna Rojas, Rocío Ávila, Jaime Gonzalez, Abraham Nuñez, Catalina Barrientos, Gloria Reyes, Rosa Bizama, Gonzalo Ogaz, Alexandra Sánchez, Francisca Guerrero, Serge Bidart, Michelle Lagos, Marcela Campos, Liz Quinteros, Josefina Vargas, Constanza Armijo, Pía Traverso, María Salazar, Luna Elgueta, Kevin Muñoz, Daniela Castro, Antony Ortiz, Ximena Neicun, Catalina Sánchez, Camila Hellman, Ariel Salinas, Anita Peñailillo, Nemecio Lizana, Paolo Vargas, Diego Parrao, Javier Tai-be, Makarena Moya, Valentina Droguett, Fabiola Molina, Edgardo Pacheco, Paulina Valenzuela, Jazmín Terán, Priscila Ramos.

Referencias

- Ambrosino. I.; Barbagelata, E.; Ortona, E.; Ruggieri, A.; Massiah, G.; Giannico, O. V. y otros (2020). Gender differences in patients with COVID-19: a narrative review. *Monaldi Arch Chest Dis*, 90(2).
- Burrone, M. S.; Alvarado, R.; Colantonio, L. D.; Enders, J. E.; Abeldaño Zuñiga, R. A.; Valencia E. y otros (2020). Prevalence

- of Mood and Anxiety Disorders Among Adults Seeking Care in Primary Healthcare Centers in Cordoba, Argentina. *Frontiers in Psychiatry*, 11(232).
- Chen, N. y otros (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*, 395(10223), 507-513. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
- Curioso, W. H. (2014). E-salud en Perú: implementación de políticas para el fortalecimiento de sistemas de información en salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(5/6):437-441.
- Departamento de Epidemiología del Minsal (2020a). *Informe epidemiológico. Covid-19 N22*. www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/06/Informe_EPI_010620.pdf
- Departamento de Epidemiología del Minsal (2020b). *Informe epidemiológico. Covid-19 N26*. <https://bit.ly/2QOSI6n>
- División de Prevención y Control de Enfermedades (Diprece) (2020). *Salud mental en Chile. Cuidémonos entre todos*. <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-mental/salud-mental-en-chile/>
- Estay, R.; Cuadrado, C. y colaboradores (2017). Desde el conflicto de listas de espera, hacia el fortalecimiento de los prestadores públicos de salud: una propuesta para Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 57(1), 49-63.
- Gausman, J. y Langer A. (2020). Sex and Gender Disparities in the COVID-19 Pandemic. *J Womens Health (Larchmt)*, 29(4): 465-466.
- Gebhard, C.; Regitz-Zagrosek, V.; Neuhauser, H. K.; Morgan, R.; Klein y S. L. (2020). Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. *Biol Sex Differ*, 11(1): 29.
- Gobierno de Chile (2020a). Salud mental en situación de pandemia. Documento para Mesa Social Covid-19. <https://bit.ly/3cwah3C>
- Gobierno de Chile (2020b). Cifras oficiales. www.gob.cl/coronavirus/cifrasoficiales/
- Highfield, J. (2020). Advice for sustaining staff wellbeing in critical care during and beyond COVID-19. Londres: Intensive Care Society. <https://bit.ly/2O0HVVA>
- Hollander, J. E. y Carr, B. G. (2020). Virtually perfect? Telemedicine for Covid-19. *N Engl J Med*. 382: 1679-1681 doi: 10.1056/NEJMp2003539
- Huarcaya-Victoria, Jeff (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <https://dx.doi.org/10.17843/rp-mesp.2020.372.5419>
- Siches, I. (2020) et al. *El impacto de Covid19 en el sistema de salud y propuestas para la reactivación*. Colegio Médico de Chile. <https://bit.ly/3lZVroY>
- Loeb, A. E.; Rao, S. S.; Ficke, J. R.; Morris, C. D.; Riley, L. H. y Levin, A. S. (2020). Departmental Experience and Lessons Learned With Accelerated Introduction of Telemedicine During the COVID-19 Crisis». *J Am Acad Orthop Surg*, 28(11), e469-e476. doi:10.5435/JAAOS-D-20-00380
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del coronavirus (Covid-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Menéndez, C. (2020). Chile: saturación hospitalaria y tensión social por la pandemia. *Euroneus*. <https://bit.ly/3syAzaP>
- Ministerio de Salud de Chile (2020). *Guía práctica de bienestar emocional. Cuarentena en tiempos de COVID-19*. <https://bit.ly/3sJoU96>
- Ochoa-Rosales, C.; González-Jaramillo, N.; Vera-Calzaretta, A. y Franco, O. H. (2020). Impacto de diferentes medidas de mitigación en el curso de la pandemia de Covid-19 en Chile: proyección preliminar para el período del 14 de abril al 14 de mayo. *Revista de Salud Pública*, 22(2), 1-6. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n2.86380>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020a). Consideraciones de salud mental durante el brote de Covid-19. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020b). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005). Clasificación estadística de problemas de salud en atención primaria (2.ª ed.)
- Organización Panamericana de la Salud (2020). Actualización epidemiológica: enfermedad por coronavirus (Covid-19)-18 de septiembre de 2020. <https://bit.ly/3d7zAI4>
- Pallarés Carratalá, V.; Górriz-Zambrano, C.; Morillas Ariño, C.; Llisterri Caro, J. L. y Go-

- rriz, J. L. (2020). Covid-19 y enfermedad cardiovascular y renal: ¿Dónde estamos? ¿Hacia dónde vamos? [Covid-19 and cardiovascular and kidney disease: Where are we? Where are we going?]. *Semergen*, 46 Suppl 1, 78-87. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.005>
- Pfefferbaum, B. y North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Rajkumar, R. (2020). Covid-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Riquelme Briceño, C.; Haase Delgado, J.; Lavanteleros Bunout, S. y Morales Martínez, A. (2017). Desigualdad en recursos financieros de la atención primaria de salud municipal en Chile, 2001-2013. *Revista Médica de Chile*, 145(6), 723-733. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000600723>
- Smith, A. C.; Thomas, E.; Snoswell, C. L.; Haydon, H.; Mehrotra, A.; Clemensen, J. y Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Telemed Telecare*, 26(5), 309-313. <https://doi.org/10.1177/1357633X20916567>
- Starfield, B. (2012). Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *Gaceta sanitaria/Sespas*. Suppl 1: 20-26.
- Vigo, D.; Patten, S.; Pajer, K.; Krausz, M.; Taylor, S.; Rush, B.; Raviola, G.; Saxena, S.; Thornicroft, G. y Yatham, L. N. (2020). Mental Health of Communities during the COVID-19 Pandemic. *The Canadian Journal of Psychiatry* 65(10), 681-687. doi: 10.1177 / 0706743720926676
- Vindegard, N. y Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*. Weekly Epidemiological Update-27 October 2020 (2020). <https://bit.ly/3u32sIx>
- Wenham, C.; Smith, J. y Morgan, R. (2020). COVID-19: The gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 395(10227), 846-848. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2)
- Xiang, Y.-T.; Yang, Y.; Li, W.; Zhang, L.; Zhang, Q.; Cheung, T. y Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Zhai, Y. y Du, X. (2020). Mental health care for international Chinese students affected by the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4):e22.

Las autoras y el autor de esta publicación declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Priscila Ramos: Estudiante de Medicina de la Universidad de O'Higgins (UOH), Chile. Se ha desempeñado en labores docentes y académicas de ayudantías en pregrado y realización de investigaciones en salud con enfoque clínico y comunitario en Chile. Además, ha sido participante en el Congreso de Farmacología de la UOH y contribuido en la realización de manuales clínicos universitarios como autora principal desde 2019.

Correo electrónico: priscila.ramos@pregrado.uoh.cl

Jazmín Terán: Estudiante de Medicina de la Universidad de O'Higgins (UOH), Chile. Ha desempeñado labores docentes y académicas de ayudantías de pregrado de la UOH, investigaciones en salud con enfoque clínico-comunitario en Chile. Participó en las Jornadas Chilenas de Salud Pública en Universidad de Chile, en el Congreso de Farmacología en la UOH, en el Congreso Chileno de Es-

critores para Profesionales del Área de Salud. Trabajó en proyectos voluntarios con enfoque comunitario en el área de salud y educación en la Región de O'Higgins, Chile.

Correo electrónico: jazmin.teran@pregrado.uoh.cl

Edgardo Pacheco: Estudiante de Medicina de la Universidad de O'Higgins (UOH), Chile. Ha desempeñado labores docentes y académicas de ayudantía de pregrado en la UOH, ha participado en la realización de investigaciones en salud con enfoque clínico y comunitario en Chile. Ha sido participante como autor y expositor en las Jornadas Chilena de Salud Pública de la Universidad de Chile, en el Congreso de Farmacología de la UOH y en la Conferencia Regional de Salud Mental Comunitaria en Esquel, Argentina. Ha trabajado en proyectos de trabajos voluntarios con enfoque comunitario en el área de salud y educación en la Región de O'Higgins, Chile.

Correo electrónico: edgardo.pacheco@pregrado.uoh.cl

Paulina Valenzuela: Estudiante de Medicina de la Universidad de O'Higgins (UOH). Ha desempeñado labores docentes y académicas en ayudantía de pregrado en la UOH, participado en ayudantías de investigaciones en el proyecto Potencia' y en el estudio de impacto psicosocial del coronavirus (Covid-19) en Argentina, Chile y Bolivia. Ha trabajado en proyectos de trabajos voluntarios con enfoque comunitario en el área de salud y educación en la Región de O'Higgins, Chile.
Correo electrónico: paulina.valenzuela@pregrado.uoh.cl

María Soledad Burrone es médica, Magíster en Salud Pública y Doctora en Medicina, con formación en bioestadística, epidemiología e investigación cuali-cuantitativa. Tiene más de 15 años de experiencia en investigación epidemiológica y salud pública, con foco en salud mental comunitaria. Es directora y profesora asociada del Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad de O'Higgins (UOH), Chile.
Correo electrónico: mariasoledad.burrone@uoh.cl

Ecuador ante la Covid-19: salud mental y teleasistencia mediante primeros-auxilios-psicológicos

Ecuador against Covid-19: mental health and tele assistance through psychological first aid

Henry Rafael Cadena Povea¹, Ana Marcela Mullo C.¹, Ricardo José Terreros Peralta¹, José Javier Sánchez Vera¹,
Estefanía Andrade Zumárraga¹

¹ Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma Atención en Crisis, Emergencias y Desastres

Resumen

Objetivo: Identificar y proponer estrategias para el cuidado y autocuidado de la salud mental en Ecuador, mediante la aplicación de primeros auxilios psicológicos por medio de teleasistencia para promover una adecuada contención emocional en la población afectada y los equipos de primera respuesta. En cumplimiento de sus acciones de responsabilidad social, la Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma Atención en Crisis Emergencias y Desastres (SEPACED) promueve el desarrollo del soporte psicológico y emocional en situaciones de crisis, emergencias y desastres, para prevenir afectaciones graves en la salud mental de la población. Las actividades iniciaron con la formación de un equipo de psicólogos a nivel nacional, como recurso humano profesional, para la mitigación de los efectos ante la crisis sanitaria. Este proceso estuvo regulado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), mediante la Mesa Técnica de Trabajo 2 (MTT-2). En simultáneo, se formaron alianzas estratégicas con instituciones públicas y privadas, incluidos equipos de primera línea. El estudio fue de tipo descriptivo con soporte cuantitativo bajo el método analítico-sintético. La intervención se desarrolló bajo el contexto de los niveles primario y secundario de atención en salud, con el uso de estrategias de apoyo psicosocial. El alcance de esta intervención fue de 5260 personas beneficiadas de abril a julio de 2020. **Resultados:** Los resultados permitieron determinar características sintomatológicas de rasgos asociados a alteraciones anímicas, ansiedad generalizada, miedo, hostilidad, estrés, duelo y pérdida. En cuanto al soporte psicológico por teleasistencia y a través de la codificación de los casos atendidos (verde, amarillo y rojo), se realizó seguimiento de estos, en que se recogió la percepción de mejoría y, en los casos de atención especializada (tratamiento farmacológico, tratamiento de trastornos mentales graves y cuadros clínicos crónicos), se realizaron derivaciones al MSP.

Palabras clave: pandemia; efectos psicológicos; investigación psicológica; salud mental; bienestar social; asistencia por desastre; responsabilidad social; desarrollo de las habilidades

Abstract

The investigation had the objective of identifying and proposing strategies for the care and self-care of mental health in Ecuador, through the first aid application for first aid psychologists through telecare to promote an appropriate emotional connection with the affected population and the use of first responding equipment. The Ecuadorian Society of Psychotrauma Attention for Crisis, Emergencies, and Disasters (Sepaced) give account for their actions of social responsibility, promoting the development of psychological and emotional support in situations of crisis, emergencies, and disasters; with the objective of preventing severe effects on the mental health of the population. The activities started with the formation of a team of psychologists nationwide, with human professionals as a resource, for the relief of the effects against the

sanitary crisis; this process was regulated by the Public Health Ministry (MSP) through the Technical Table of Work 2 (MMT-2) and simultaneously strategic alliances were formed with public and private institutions including first response equipment. The study was a descriptive type of study with quantitative support under the analytical-synthetic method. The intervention was developed under the context of the primary and secondary levels of attention in Health, with the use of psychosocial support strategies. The reach of this intervention was of 5.260 people benefited within the period of April-June 2020. The results of this experience helped determine symptomatic characteristics of traces associated with emotional alterations, generalized anxiety, fear, hostility, stress, grief, and loss. As far as psychological support through telecare and through the coding of treated cases (green, yellow, and red), follow-ups were made for these, where the perception of improvement was gathered and the cases of specialized attention (pharmaceutical treatment, severe mental disorder treatment, and chronic clinical pictures) were channelled to the MSP.

Keywords: pandemics; psychological effects; psychological research; mental health social welfare; disaster relief; social responsibility; skills development

1. Introducción

Los objetivos de esta investigación fueron identificar y proponer estrategias para el cuidado y autocuidado de la salud mental en Ecuador, mediante la aplicación de primeros auxilios psicológicos por medio de teleasistencia, para promover una adecuada contención emocional en la población afectada y los equipos de primera respuesta.

En Ecuador, el 11 de marzo de 2020 se declaró el estado de emergencia sanitaria en el sistema nacional de salud. Como medida gubernamental, se decretó el estado de excepción el 16 de marzo, que estableció toque de queda para garantizar la seguridad de la población.

La provincia de Guayas presentó el mayor número de casos confirmados con la Covid-19. Así, se declaró como zona especial de seguridad. Entre los factores que detonaron la elevada propagación del virus, prevaleció el incumplimiento de aislamiento obligatorio.

Desde ese momento, según el sistema descentralizado de gestión de riesgos, se ejecutaron acciones de respuesta mediante el informe de situación nacional por la Covid-19, en que se hace referencia que, para marzo de 2020, el total de casos confirmados fue de veinte personas y un fallecido. Al

26 de octubre de 2020, el número de casos confirmados por la prueba de proteína C reactiva (PCR) es de 162.178 y de 12.573 personas fallecidas (SNGR, 2020).

Con estos antecedentes y desde la SEPACED, al segundo mes de la pandemia se realizó el llamamiento para la formación del equipo nacional de intervención psicosocial en emergencias para brindar su contingente mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y el desarrollo una red de articulación interinstitucional. La investigación incluye la intervención telepsicológica y la psicoeducación de marzo a junio de 2020.

2. Elementos teóricos

2.1. Telepsicología y triaje

Se entiende por telepsicología a la prestación de servicios psicológicos, con el uso de TIC, mediante el procesamiento de la información por medios eléctricos, electromagnéticos, electromecánicos, electro-ópticos o electrónicos. Entre estos medios, podemos incluir los dispositivos móviles, los ordenadores personales, los teléfonos, las videoconferencias, el correo electrónico, portales de autoayuda, blogs, redes sociales, entre otros (Cuervo, 2017).

Para brindar atención psicológica mediante el uso de las TIC, fue necesario establecer un sistema de clasificación respecto a la urgencia en los servicios que requirieron los consultantes. Este proceso se conoce como triaje sanitario de salud mental en emergencias, según la MTT-2 (2020). El triaje en emergencias (Covid-19) tiene tres categorías establecidas en códigos.

Código verde: Psicoeducación mediante uso de TIC. Aquí la sintomatología es leve, caracterizada por miedo, preocupación, incertidumbre, temor a ser contagiado. En niños hay llanto, rabietas, aburrimiento, travesuras, deseo de salir de casa. Son consideradas reacciones normales, naturales y esperables dentro de la emergencia existente.

Código amarillo: Intervención no profesional (teleasistencia). Aquí existe la presencia de síntomas moderados, como ansiedad persistente, pánico, sudoración, temor inminente a morir, taquicardia, opresión en el pecho, sensación de amortiguamiento u hormigueo en el cuerpo, pensamientos negativos repetitivos. En niños hay problemas para dormir, falta de concentración y atención, náuseas, dolor estomacal, irritabilidad, pesadillas.

Código rojo: Intervención profesional (telesalud mental). Aquí la sintomatología es grave. Existe presencia patológica de base o remitidos por el código amarillo, según criterios establecidos, como trastornos de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno de pánico, intentos autolíticos, síntomas de abstinencia o intoxicación por consumo de alcohol o sustancias, trastorno psicótico agudo, esquizofrenia, entre otros. En niños y adolescentes hay enuresis, encopresis, terrores nocturnos, ecolalia, *cutting*, trastornos de conducta, trastornos depresivos e intentos autolíticos, trastornos adaptativos.

2.2. Primeros auxilios psicológicos (PAP)

Los primeros auxilios psicológicos (PAP) son una técnica de soporte inicial, destinada para personas en situación de crisis. Se realizan en las primeras 72 horas del evento. Pueden ser ejecutadas por todo el personal de salud y no necesariamente por un psicólogo. No son parte de una terapia. Sus objetivos son intervenir y apoyar en los procesos de afrontamiento de la crisis, noticia, o evento traumático (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2020).

El *Manual Esfera* (2011) y el Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007) caracterizan a la primera ayuda psicológica (PAP) como una respuesta humana, de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda. La PAP se centra en brindar apoyo práctico, de manera no invasiva. Evalúa las necesidades y preocupaciones. Ayuda a las personas a atender sus necesidades básicas como comida y agua, información y seguridad. Escucha a las personas, sin presionarlas para que hablen. Conforta y ayuda a los demás a sentirse en calma. Se realiza a personas en situación de angustia inmediatamente después del evento. En algunos casos, puede ser días o semanas después, según cuánto ha durado el evento o la gravedad del mismo.

Con estas conceptualizaciones, los PAP se entenderán como una estrategia de primera elección para la intervención. Frente a la emergencia sanitaria por la Covid-19, se estableció un procedimiento para la activación de personal con formación en PAP. En un segundo momento, la SEPACED, amplió la red de voluntarios profesionales que se formaron en PAP. En este proceso, se apoyó en la elaboración de documentos y guías con el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Para aplicar los PAP, se consideraron los siguientes elementos en base a lo estipulado por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2020):

2.2.1. Soporte inicial

Contención emocional: Se brinda acompañamiento emocional buscando que la persona se tranquilice, ubicarla en tiempo-espacio. Así, se logra un momento de calma. Como protocolo recomendado en el soporte emocional, se activa la escucha empática, la ventilación, la categorización de necesidades, la desviación a redes de apoyo y educación (p. 6).

2.2.2. Psicoeducación

Esta es la estrategia psicológica de respuesta más eficaz ante el estrés generado por una pandemia (p. 8). Se considera de importancia normalizar las reacciones emocionales que la persona puede presentar, como llanto, tristeza, miedo, que, aunque pueden ser incómodas, son normales en situaciones de crisis como la que se vive.

Según el modelo preventivo-psicoeducativo (Inbar, 2009), existen cuatro etapas o fases cronológicas para la actuación psicosocial. Por ende, para el uso de determinadas estrategias:

Preadvertencia: Aquí no se cuenta con información concreta sobre la posibilidad de que ocurra un evento. Sin embargo, se emiten avisos.

Advertencia: Aquí se cuenta con información sobre lo que ocurrirá. Es fundamental concienciar e informar a la población para prepararla.

Impacto: Se refiere a cuando se produce el evento. Se aplican programas que con base al manual del Comité de Operaciones de

Emergencias (COE) tiene tres subfases. Ellas son:

- Atención prehospitalaria, rescate y salvamento.
- Asistencia humanitaria.
- Rehabilitación.

Posimpacto: Aquí las instituciones aplican programas de recuperación, así como acciones de preparación para un futuro evento.

Las acciones de psicoeducación orientadas a la promoción de la salud mental se dirigieron a grupos que, bajo la modalidad de talleres virtuales, recibieron información sobre las manifestaciones naturales de la conducta humana frente a las crisis. Brindaron herramientas que la población puede utilizar en el cuidado de la salud mental mientras dura la fase de impacto.

Gran parte de los talleres promovieron la inclusión de la población con discapacidad sensorial, como talleres y mensajes claves dirigidos a personas sordas. Según Muñoz (2006, citado en Sánchez-Vera, 2020), durante los últimos años se observa un incremento en el interés en la relación entre la salud mental y la sordera. A la vez, de forma paralela, se observa también el aumento del conocimiento general de las características y necesidades del colectivo de personas sordas. A base de ello, el conocimiento de la lengua de señas ecuatoriana en situaciones de emergencia es indispensable en los procesos de inclusión de grupos de atención prioritaria y el cumplimiento de sus derechos.

En cuanto a las actividades lúdicas o recreativas y el fortalecimiento de habilidades sociales que se desprenden de la estrategia de psicoeducación, según Jiménez Vélez (1998, citado en Mullo, 2014), son un proceso inherente al ser humano en sus dimensiones psicológica, sociocultural y biológica. Este

investigador resalta que los procesos lúdicos como experiencias culturales son una serie de actitudes y predisposición que fundamentan toda la corporalidad humana. Enfatiza que el concepto de lúdico es mucho más amplio y no se reduce solo al juego. De ahí que las actividades realizadas mediante el uso de las TIC tuvieron relación directa con el contexto y la conmemoración de fechas.

2.3. Efectos del confinamiento por la Covid-19

El confinamiento consiste en obligar a una o varias personas a residir en un lugar específico de un área nacional, bajo resguardo de la autoridad. En la historia se remarca que ha existido alejamiento social obligado debido a causas políticas, no a causas sanitarias como la que se vive por la Covid 19. El año 2020 podría ser considerado como el de «la gran pandemia», debido a que nunca antes en la historia de la humanidad ha existido un confinamiento de tantas personas (Gargantilla, 2020).

La Covid-19 trajo la paralización de actividades económicas, el cierre de centros educativos y el confinamiento de la población mundial durante varias semanas. Se expusieron a personas a una situación extraordinaria, a múltiples estímulos generadores de estrés, lo que afectó el bienestar físico y psicológico.

Según Pastor (2020), los dos factores que más afectan al bienestar físico y psicológico son la pérdida de hábitos y rutinas y el estrés psicosocial (p. 6). El autor analiza varios estudios sobre el impacto psicológico de la cuarentena por la Covid-19 en China. Por ejemplo, el realizado por Wang, que revela que las principales variables implicadas en el impacto psicológico fueron el miedo a infectarse o contagiarse, las manifestaciones de sentimientos de frustración y aburrimiento, la dificultad de

satisfacer necesidades básicas, la presencia de problemas de salud mental previos, los problemas económicos, entre otros.

Otras investigaciones citadas por Pastor (2020) corresponden a lo hallado por Wang sobre el impacto psicológico. Encuentra sintomatología depresiva, ansiosa y niveles de estrés. Tiene en cuenta que, para la mayoría, la principal preocupación se centró en la probabilidad de que sus familiares se contagien con la Covid-19. Además, los estudios de Liu y Sun demuestran que un mes después de declararse el brote de la Covid-19 existió una prevalencia de síntomas de estrés postraumático y estrés postraumático agudo.

En Ecuador, a base de datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Cox (2020) señala los factores económicos que pueden promover una alteración en el estado de la salud mental de los ciudadanos. Destaca:

- Los efectos de la paralización productiva desde abril de 2020.
- 240.000 desafiliaciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en el primer trimestre del confinamiento.
- Alto índice de cierre de negocios y, como efecto, incremento del desempleo.

Desde los factores psicosociales, referidos en algunos artículos del diario *El Comercio* (2020), se evidencia que hay:

- Aumento de casos de violencia intrafamiliar.
- Aumento de intentos autolíticos.
- Aumento de sintomatología asociada a la depresión y ansiedad.

Con lo referenciado, y para comprender mejor los efectos psicológicos que afectan la salud mental, presentamos categorías diagnósticas, tomadas de la guía práctica de salud mental en situaciones de desastres de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009, citado en Andrade-Zumárraga, 2017).

Tabla 1. Reacciones psicológicas posteriores a un desastre

Categoría	Manifestaciones Fundamentales
Estrés agudo	Nerviosismo, temblor, angustia, miedo, aflicción, revivir el momento traumático, intranquilidad, insomnio, trastornos del apetito, temor a la recidiva o réplica.
Cuadros depresivos	Tristeza, llanto frecuente, baja autoestima, pérdida del sentido de la vida, trastornos del sueño, insomnio, falta de apetito.
Ideación o conducta suicida	Pocos deseos de vivir o ideas suicidas definidas, existencia de planes para consumir el suicidio, actos suicidas fallidos.
Psicosis	Alucinaciones, ideas delirantes, conductas extrañas o anormales que evidencian desconexión con la realidad; puede existir agitación y violencia.
Consumo indebido de sustancias psicoactivas.	Inicio o aumento en el consumo de alcohol u otras drogas, como consecuencia del evento.
Epilepsia y cuadros orgánicos con manifestaciones confusionales o sin ellas	Convulsiones o cuadros de confusión mental/desorientación (no saber en dónde está momentáneamente, quién es, qué pasó, etcétera) asociados a infecciones, intoxicaciones, entre otros.
Trastornos emocionales y conductuales de la niñez	Enuresis, encopresis, aislamiento, miedo, hiperactividad, agresividad, cambios de conducta evidentes, trastornos del sueño o la alimentación, conductas regresivas.
Manifestaciones emocionales no definidamente patológicas	Nerviosismo, tensión, tristeza, preocupación, aflicción, temores, pensamientos desordenados, síntomas somáticos, sentimientos de culpa, irritabilidad, recuerdos persistentes, frustración, problemas de sueño y alimentación, otros.
Conductas violentas	Agresiones, maltrato a miembros de la familia, ira, cólera, enojo, rabia; La conducta violenta puede darse en el seno de grupos delictivos.
Cuadros somáticos en que los factores emocionales juegan un papel etiopatogénico importante	Diabetes, hipertensión arterial, dermatitis, asma u otras enfermedades psicósomáticas.

2.4. Metodología

2.4.1. Tipo de estudio

La investigación corresponde al enfoque cuantitativo, bajo un diseño de campo, de nivel explicativo. Para el presente estudio, este enfoque permitió el análisis minucioso de los datos recolectados en la investigación, pues se tabularon y se analizaron los resultados obtenidos. Así, se interpretaron cuadros estadísticos.

La investigación busca promover la influencia de la primera ayuda brindada a través de primeros auxilios psicológicos por medio de

la teleasistencia. Además, brinda procesos psicoeducativos validados y acoplados a la realidad ecuatoriana como medio de potenciación de las capacidades de la población.

De igual manera, el estudio se enfoca hacia la investigación de campo. A palabras de Cadena-Povea (2020) permite obtener información en forma directa por el investigador del ambiente natural, de la situación en estudio y el sitio donde ocurren los hechos sin manipular o controlar variable alguna. Es decir, la información se recopila en el mismo sitio donde ocurren los hechos (p. 57).

En este caso, en los consultantes que libre y voluntariamente accedieron a los servicios de ayuda telepsicológica o de procesos formativos.

2.4.1.1. Participantes

Para la investigación, se estableció como población dos macrogrupos:

- Grupo de consultantes (teleasistencia).
- Grupo de participantes (psicoeducación).

De 5.260 personas bajo el criterio de inclusión por participación libre y voluntaria, 400 fueron teleasistencia y 4.860 fueron sujetos de psicoeducación.

2.4.1.2. Instrumentos

Para responder los objetivos propuestos, se utilizaron la ficha inicial de valoración y

la entrevista psicológica, que sirvió de instrumento de tamizaje para la detección de características sintomatológicas de rasgos asociados a alteraciones anímicas, ansiedad generalizada, miedo, hostilidad, estrés, duelo y pérdida.

En tal sentido, el instrumento dirigido a medir las variables de estudio (teleasistencia) se fundamentó en un cuestionario mediante la ficha inicial, que contó con 24 preguntas informativas del consultante, con un cuadro descriptivo asociado a sintomatología en salud mental.

2.5. Resultados

En las tablas 2 y 3 se detallan los datos más relevantes en relación con las características sociodemográficas recolectadas en los formularios pre- y posatención.

Tabla 2. Datos sociodemográficos de personas atendidas

Sexo	Porcentaje
Hombre	55,34
Mujer	44,66
Total	100,00
Edad	Porcentaje
De 7 a 12 años	0,55
De 13 a 18 años	2,19
De 19 a 24 años	11,51
De 25 a 35 años	46,58
De 36 a 64 años	38,08
De 65 años en adelante	1,10
Total	100,00
Regiones	Porcentaje
Costa	21,10
Sierra	67,95
Amazonia	10,96
Insular	0,00
Total	100,00

Ocupación	Porcentaje
Estudiantes	11,23
Personal sanitario*	7,67
Personal de primera respuesta**	61,37
Personal general***	19,73
Total	100,00

Características específicas	Porcentaje
Discapacidad	2,74
Enfermedad crónica	4,11
Ninguna	93,15
Total	100,00

Diagnóstico de la Covid-19	Porcentaje
Si	6,03
No	73,70
Desconoce	20,27
Total	100,00

Personas en contacto con pacientes de la Covid-19	Porcentaje
Si	21,37
No	78,63
Total	100

* Médicos, enfermeras, terapistas, psicólogos.

** Bomberos, paramédicos, Policía Nacional y Municipal, militares, personal del Sistema Integrado de Seguridad ECU-911

*** Profesiones y ocupaciones que no tengan relación con las anteriores. Por ejemplo: arquitectos, administradores, ingenieros comerciales, etcétera.

Tabla 3. Percepción de síntomas psicológicos de personas atendidas

Percepción de síntomas psicológicos	Porcentaje
Ansiedad generalizada	35,63
Depresión	13,79
Estrés	15,33
Miedo	18,01
Duelo y pérdida	4,02
Síntomas psicosomáticos	6,32
Hostilidad	4,60
Riesgo suicida	2,30
Total	100,00

Beneficio de la atención	Porcentaje
No	3,23
Sí	96,77
Total	100,00

Calificación de la atención	Porcentaje
Buena	7,74
Excelente	91,61
Regular	0,65
Total	100,00

Re-atención	Porcentaje
Sí	50,32
No	49,68
Total	100,00

Tabla 4. Actividades de apoyo psicosocial (APS), teleasistencia y primeros auxilios psicológicos (PAP) en Ecuador

	Atención primaria/ prevención primaria	Atención secundaria/ prevención secundaria	Atención terciaria/ prevención terciaria
Apoyo psicosocial (APS)			
Actividades	Actividades informativas: webinar, entrevistas en medios de comunicación, <i>flyers</i> digitales, infografías videos, publicaciones en redes sociales.	Actividades formativas: especialización, certificaciones, talleres, cursos, capacitaciones, etcétera.	
	Actividades lúdicas/ recreativas para evitar síntomas psicológicos como efecto del confinamiento.	Actividades lúdicas o recreativas para mitigar síntomas psicológicos como efecto del confinamiento.	
Publicaciones académicas / científicas		Elaboración de protocolo de intervención telepsicológica frente a la Covid-19 - SEPACED Colaboración en la elaboración de protocolos de atención en salud mental frente a la Covid-19	
	Guías de intervención: PAP y manejo de duelo frente a la Covid-19	Guías de intervención: PAP y manejo de duelo frente a la Covid-19	

Teleasistencia-Primeros auxilios psicológicos (PAP)-Ecuador

Conductas preventivas	Psicoeducación en el desarrollo de conductas preventivas.	Psicoeducación en el desarrollo de conductas preventivas: cuidado y autocuidado	Psicoeducación en el desarrollo de conductas preventivas: cuidado y autocuidado
		Elaboración de material digital informativo con énfasis en intervención en salud mental así como en cuidado y autocuidado	Elaboración de material digital informativo con énfasis en intervención en salud mental así como en cuidado y autocuidado
	Asesoría para reducir creencias irracionales con relación a la Covid-19	Asesoría para reducir creencias irracionales con relación la Covid-19	
	Manejo emocional	Manejo emocional	Manejo emocional
Manejo de síntomas psicológicos	Socialización de PAP para la reducción de síntomas psicológicos	Aplicación de PAP para la reducción de síntomas psicológicos	Aplicación de PAP para la reducción de síntomas psicológicos
		Manejo de duelo y pérdida	Manejo de duelo y pérdida
	Conformación de redes de apoyo	Conformación, activación y fortalecimiento de redes de apoyo	Conformación, activación y fortalecimiento de redes de apoyo
Cuidado y autocuidado de personal de atención	Socialización de técnicas de autocuidado en el equipo de Intervención de la SEPACED	Descargas emocionales del equipo de intervención de la SEPACED	
	Socialización de técnicas de autocuidado en personal sanitario	Descargas emocionales en personal sanitario	
	Socialización de técnicas de autocuidado en equipos de primera respuesta y/o emergencia	Descargas emocionales del equipo de equipos de primera respuesta/ primera línea	
	Socialización de técnicas de autocuidado en rupos de atención prioritaria (GAP)		

Nota: En base al modelo de organización de contribuciones de la psicología en el abordaje de la Covid-19 de Murphy (2020).

2.6. Discusión

Estudios realizados en España por Dosil, Ozamiz-Etxebarria Redondo, Alboniga-Mayor y Picaza (2020) señalan que las mujeres presentaron prevalencia hacia la depresión, ansiedad, estrés e insomnio, en contraste con esta investigación, que halló mayor prevalencia en hombres, con la presencia de sintomatología asociada a ansiedad generalizada, miedo, estrés y depresión. Estos resultados permiten considerar la diferencia entre el sexo biológico con los factores de riesgo del estilo de vida y las condiciones de salud asociadas a mayores complicaciones de la Covid-19.

La salud mental percibida en los ecuatorianos que solicitaron el servicio de teleasisten-

cia denota mayor incidencia en: ansiedad generalizada (35,63 %), miedo (18,01 %), estrés (15,33 %), depresión (13,79 %), síntomas psicósomáticos (6,32 %), hostilidad (4,60 %), riesgo suicida (2,30 %) y duelo y pérdida (4,02 %). Estos datos se corroboran con el estudio realizado por Huarca (2020), en el Perú, el cual señala que en la fase inicial de la Covid-19 se encontró ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población. Así, se demostró una generalidad biopsicosocial de la sintomatología a nivel regional.

Los datos referidos pueden relacionarse con el momento en el que se realizó la intervención (pico de contagio). Las causas del surgimiento de la sintomatología descrita

podrían relacionarse con: (1) poca información que tenían los consultantes sobre la Covid-19; (2) preocupación extenuante sobre la posibilidad de contagio personal y familiar, evidenciándose de mayor manera esta preocupación en el personal de primera respuesta; (3) inestabilidad social en diferentes contextos de desarrollo. En contraste con estudios que se realizaron ante el confinamiento, Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picaza-Gorrochategui e Idoiaga-Mondragón (2020) determinaron con población española que, después de iniciarse el confinamiento, su muestra presentó medias superiores en los tres niveles de sintomatología (estrés, ansiedad y depresión). Asimismo, en China, se identificó que el impacto psicológico de la situación es moderado-grave. Allá, se evidenció mayoritariamente síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés, todos derivados de la preocupación del posible contagio de la Covid-19 de sus familiares (Wang, Pan y otros, 2020).

Para Gutiérrez y otros (2020), la percepción del servicio brindado y ofertado arrojaron niveles altos de satisfacción en los dos grupos, a razón de acceder a brindar y recibir apoyo psicológico de manera inmediata. Este aspecto se asemeja al grado de satisfacción de los consultantes en relación con el servicio de teleasistencia de la SEPACED. Ellos indicaron haber sentido mejoría en su estado psicoemocional. Calificaron la atención, en su mayoría, como excelente.

En relación con la psicoeducación, se empleó ofimática para destacar el valor de la interacción que se produce entre los proveedores (psicólogos) y los usuarios. Se potenció el interés y se facilitó la participación en cada espacio. El resultado aporta a lo evidenciado por De la Rosa, Moreyra y De la Rosa (2020), quienes concluyeron que el desarrollo tecnológico ofrece a la práctica clínica diversidad, accesibilidad y mayor al-

cance. Asimismo, se comprobó que es bien aceptado por los participantes.

3. Conclusiones

La activación rápida y voluntaria del equipo de la SEPACED, alineada a las regulaciones del MSP, permitió una cobertura nacional, a favor de aspectos de atención (teleasistencia) en el campo de la salud mental en la población ecuatoriana ante la Covid-19. Se determinó la prevalencia de síntomas psicológicos de ansiedad generalizada, miedo, estrés, depresión, síntomas psicósomáticos, hostilidad, riesgo suicida y duelo-pérdida. De estos, los cuatro primeros se encuentran en consonancia con sintomatologías recurrentes a nivel mundial. Mediante el uso de la tecnología, se aplicaron las diferentes técnicas de los PAP, para mitigar la sintomatología presente, mejorar la comunicación, promover la resolución de conflictos y facilitar la regulación de emociones.

Al ser el personal sanitario y el de primera respuesta quienes tuvieron mayor afluencia en la atención, se desarrollaron espacios de descargas emocionales y promoción del restablecimiento del contacto familiar, para aportar al cuidado de la salud mental y la mitigación de sintomatología asociada a alteraciones psicológicas.

Mediante el uso de la ofimática, se fortalecieron las capacidades del personal voluntario de la SEPACED en áreas relacionadas a: PAP, temática Covid-19, lengua de señas ecuatoriana con enfoque en atención de emergencias y acercamiento a grupos de atención prioritaria. Estas características permitieron el aumento de la implicación del proveedor de servicio y el compromiso del usuario en su proceso de cuidado y autocuidado. Como medidas de promoción y prevención de salud mental en la sociedad, se implementaron estrategias varias, como

infografías, talleres, actividades lúdico-creativas, las que permitieron disminuir la dependencia hacia los recursos sanitarios y asistenciales. Así, se fortaleció el uso de herramientas personales para afrontar situaciones límites.

Referencias

- Andrade-Zumárraga, E. (2017). «Caracterización del estado de salud mental en los miembros del cuerpo de bomberos Ibarra que participaron ante el terremoto del 16 de abril del 2016 en Ecuador» (TFG). Universidad Técnica del Norte. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/6467>
- Cadena-Povea, H. (2020) «Experiencias de acciones formativas y su relación en la percepción sobre la educación en gestión de riesgos. Caso Binacional» (TFG). Universidad Católica Andrés Bello.
- Comité Permanente entre Organismos (2007). «Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia». Ginebra: IASC. www.who.int/mental_health/emergencias/iasc_guidelines_spanish.pdf
- Cox, T. (3 de julio de 2020). «El efecto Covid-19 marcó el primer semestre». *El Comercio*. www.elcomercio.com/opinion/editorial/efecto-covid19-semester-economia-ecuador.html
- Cuervo, A. (2017). «Guía para la práctica de telepsicología». Consejo General de Psicología.
- De la Rosa, A., Moreyra, L. y De la Rosa, N. (2020). «Intervenciones eficaces vía internet para la salud emocional en adolescentes: una propuesta ante la pandemia por Covid-19». *Hamut'ay*, 7(2), 18-33. <http://dx.doi.org/10.21503/>
- Dosil, M.; Ozamiz-Etxebarria, N.; Redondo, I.; Alboniga-Mayor, J. y Picaza, M. (2020). «Impacto psicológico de la Covid-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles». *Revista Psiquiatr Salud Ment*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
- Esfera, E. P. (2011). «Carta humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria». Ginebra: Proyecto Esfera. Obtenido de www.sphereproject.org
- Gutiérrez, A.; Cruz, A.; Sánchez, A.; Pérez, G.; Cribeiro, L.; Peña, N.; Hidalgo, E.; Rodríguez, Y.; Peña, Y.; Zaldívar, E.; Báez, K. e Hidalgo, D. (2020). «Protocolo de atención psicológica a distancia para el personal de salud en trabajo directo con pacientes afectados por Covid-19». Obtenido de: <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/865/874>
- Gargantilla, P. (24 de junio de 2020). «El mayor confinamiento de la historia... en número de personas». Obtenido de El HuffPost: www.huffingtonpost.es/entry/el-mayor-confinamiento-de-la-historia-en-numero-de-personas_es_5ef15658c5b6bceac5c7f81d
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). «Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19». *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <http://dx.doi.org/10.17843/rp-mesp.2020.372.5419>
- Inbar, J. (20 de julio de 2009). «Estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas». *Etgárim*: <http://jacinto.inbar.blogspot.com/2009/07/estrategias-de-intervencion-psicologica.html>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) (2020). «Guía de primeros auxilios psicológicos y apoyo psicosocial para primeros respondientes - SARS CoV-2 / Covid-19». Quito.
- Mesa Técnica de Trabajo 2 (2020). «Protocolo para atención teleasistencia de salud mental en Covid-19». Ministerio de Salud Pública. Quito. Obtenido de <https://drive.google.com/drive/folders/1bseagVxuWwLS6BKjgyWyHTVjELsyAiP3>
- Mullo, A. (2014). «Eficacia de la aplicación lúdico-musical en el proceso cognitivo de la atención». Universidad Central del Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). «Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo». Ginebra.
- (11 de marzo de 2020). «Alocución de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre la Covid-19 celebrada el 11 de marzo de 2020». Organización Mundial de la Salud. Obtenido de www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

- 2020#:~:text=Desde%20la%20OMS%20 hemos%20llevado,19%20puede%20con siderarse%20una%20pandemia.
- Ozamiz-Etxebarria, N.; Dosil-Santamaria, M.; Picaza-Gorrochategui, M. y Idoiaga-Mon dragón, N. (2020). «Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del Covid-19 en una muestra recogida en el norte de España». *Cad. Saúde Pública*, 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Pastor, J. (2020). «Los efectos psicológicos de la Covid-19». *ScienceDirect*, 417-418. <https://doi.org/10.1016/j.oftale.2020.06.003>
- Sánchez-Vera, J. (2020). «Perfil de funciones ejecutivas de personas sordas que pertenecen a una federación de Quito D. M.». Universidad Central del Ecuador. Obtenido de www.ds-space.uce.edu.ec/handle/25000/21601
- Tendencia, I. (15 de julio de 2020). «El miedo y la ansiedad, dos emociones frecuentes entre los ecuatorianos a causa de la pandemia». *El Comercio*.
- Trujillo, Y. (2 de mayo de 2020). «El estrés es el principal motivo de teleasistencia psicológica en Ecuador». *El Comercio*. Obtenido de www.elcomercio.com/actualidad/estres-teleasistencia-psicologica-ecuador-pandemia.html
- Wang, C.; Pan, R.; Wan, X.; Tan, Y.; Xu, L.; Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020). «Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
- Zapata, J. (12 de abril de 2020). «El ECU registró 7 954 llamadas por violencia intrafamiliar durante la emergencia sanitaria». *El Comercio*. Obtenido de www.elcomercio.com/actualidad/ecu911-alertas-violencia-mujer-confi namiento.html

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Henry Rafael Cadena-Povea: Magíster en Seguridad y Riesgos, Universidad Técnica del Norte / Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma Atención en Crisis, Emergencias y Desastres. Correo electrónico: hrcadena@utn.edu.ec; ORCID: 000-0002-2542-4921

Ana Marcela Mullo C.: Psicóloga infantil y psicorehabilitadora. Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma Atención en Crisis, Emergencias y Desastres; Quito - Ecuador;. Correo electrónico: marscelahydra@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-5219-9830

Ricardo José Terreros-Peralta: Psicólogo clínico. Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma Atención en Crisis, Emer-

gencias y Desastres. Correo electrónico: ricarterrep@gmail.com; ORCID: 0000-0002-7998-7068

José Javier Sánchez-Vera: Psicólogo infantil y psicorehabilitador. Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma Atención en Crisis, Emergencias y Desastres; Quito - Ecuador;. Correo electrónico: jjsanchezvera91@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1786-1259

Estefanía Andrade-Zumárraga: Psicóloga. Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma Atención en Crisis, Emergencias y Desastres; Quito - Ecuador;. Correo electrónico: psi.eandrade@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8143-0317

La ansiedad y la depresión derivadas del abuso de las redes sociales: un análisis relacional

Anxiety and depression resulting from the abuse of social networks: a relational analysis

Víctor Daniel Gil Vera¹, Catalina Quintero López¹

¹ Universidad Católica Luis Amigó, Medellín, Colombia

Resumen

Las redes sociales permiten la comunicación instantánea y sin fronteras. Son millones las personas en el mundo que utilizan Facebook, Tinder, Snapchat, Instagram, Twitter, Tumblr, WhatsApp, etcétera, para compartir información, conseguir amigos, manifestar sentimientos, opiniones y estados de ánimo. Este trabajo presenta un análisis relacional entre ansiedad, depresión y el uso de redes sociales con modelos de ecuaciones estructurales (MEE). Los resultados evidencian una correlación directa entre el uso de redes sociales y la ansiedad ($\sigma_{xy} = 0.73$), al igual que con la depresión ($\sigma_{xz} = 0.68$), lo que permitió validar la hipótesis de investigación. El uso excesivo de redes sociales puede generar alteraciones emocionales por la visualización de información de alto impacto, estándares y prototipos de belleza, cantidad de reacciones a una publicación, ausencia de vínculos sociales reales, etcétera. Controlar el tiempo de uso, participar en actividades sociales y realizar actividad física con frecuencia, entre otros, son algunas estrategias que pueden ayudar a evitar su aparición y a no generar dependencia a las mismas.

Palabras clave: ansiedad; conducta; depresión; hábitos; modelos de ecuaciones estructurales

Abstract

The use of social networks (SR) allows instantaneous communication without borders. Millions of people around the world use Facebook, Tinder, Snapchat, Instagram, Twitter, Tumblr, WhatsApp, etc., on a daily basis to share information, make friends, express feelings, opinions and moods. This paper presents an analysis through a SEM to analyze the relationship between anxiety, depression and the use of RS. The results show a direct correlation between the use of SR and anxiety ($\sigma_{xy} = 0.73$) as well as with depression ($\sigma_{xz} = 0.68$), which allowed validating the research hypothesis. The excessive use of SR can generate emotional alterations by the visualization of information of act impact, standards and prototypes of beauty, amount of reactions to a publication, absence of real social bonds, etc. Controlling the time of use, participating in social activities, doing physical activity frequently, etc., are some strategies that can help avoid its appearance and not generate dependence on it.

Keywords: Anxiety; Conduct; Depression; Habits; SEM

Introducción

Diversas investigaciones científicas señalan que existe una relación causal entre el uso de redes sociales y los efectos negativos sobre el bienestar, principalmente la depresión y la soledad (Park y otros, 2015; Seabrook y otros, 2016). Así, a menor uso de redes sociales, se está menos deprimido, lo que significa que la disminución del uso de estas genera mejoría en el bienestar. Las personas que emplean menos redes sociales tienen mejor salud mental (Moreno y otros, 2011). Sin embargo, se debe señalar que las redes sociales tienen grandes ventajas. Por ejemplo, pueden ayudar a las personas tímidas a iniciar y establecer conexiones sociales más fácilmente y son de gran utilidad cuando existen dificultades e impedimentos para desplazarse (Levine y Kurzban, 2006). Algunos pueden experimentar menor ansiedad y timidez cuando interactúan en línea, lo que les permite practicar habilidades sociales con mayor seguridad. Las redes sociales permiten compartir emociones y sentimientos de manera instantánea, lo que ayuda a combatir la soledad, especialmente a las personas con trastorno de ansiedad social (TAS) (Levine y Kurzban, 2006).

Se debe aclarar que el uso inadecuado de las redes sociales tiene también sus desventajas, como amistades débiles y superficiales, exclusión, estrés, depresión, adicción y alteraciones en los patrones de sueño, envidia, vinculaciones irreales, entre otras (Drahošová y Balco, 2017). Las personas con TAS pueden tener dificultades para conocer gente nueva y expresarse adecuadamente, lo que hace que otros se sientan menos atraídos a interactuar con ellos (Smith y otros, 2017).

Diversas investigaciones han analizado los efectos negativos que genera el uso desmedido de las redes sociales, especialmente en personas con TAS. Sentimientos de rechazo

por la no oportuna respuesta de un mensaje enviado, tristeza por la baja cantidad de «Me gusta» (*likes*) en *selfies* y/o fotografías, ataques de celos por comentarios inapropiados a fotografías de la pareja sentimental, impotencia, miedo y paranoia, entre otros, son algunos problemas más comunes que pueden desarrollar las personas adictas a las redes sociales (Błachnio y otros, 2015). Además, su uso desmedido puede llevar a las personas con TAS a pensar en cosas que no se poseen y llevarlos a estados de tristeza y depresión. Su uso desmedido puede perjudicar aún más su salud mental.

1. Objetivo de la investigación

Presentar un análisis correlacional entre ansiedad, depresión, y el uso de redes sociales a través de un modelo de ecuación estructural.

2. Modelo de ecuación estructural (MEE) en psicología

Las áreas de interés de los psicólogos y profesionales de las ciencias sociales suelen ser complejas y de naturaleza multidimensional. El bienestar mental de una persona puede depender de muchos factores (personales, socioculturales o relacionales). Esto puede convertirse en una barrera para investigadores en estas áreas de conocimiento, ya que no existen suficientes medios o técnicas estadísticas que puedan abordar estos desafíos.

Los modelos de ecuaciones estructurales son una técnica que permite abordar estos retos (Martens y Haase, 2006). Su principal utilidad es que permite a los investigadores comprobar las relaciones hipotéticas entre constructos. En resumen, los modelos de ecuaciones estructurales se refieren a procedimientos estadísticos para sistemas de múltiples ecuaciones que incluyen variables latentes continuas, variables observadas

y errores de medición (Bollen, 2005). Los modelos de ecuaciones estructurales pueden utilizarse para identificar «relaciones» y permiten identificar la correlación existente en-

tre variables latentes (no observadas) a partir de variables observadas. La tabla 1 presenta algunas investigaciones en el área que emplearon modelos de ecuaciones estructurales:

Tabla 1. Investigaciones

Título	Autores	Año
«El uso de modelos de ecuaciones estructurales en la psicología del consumidor: un diálogo metodológico sobre sus contribuciones, advertencias y preocupaciones»	Priester	2010
«Refuerzo de la sensibilidad, la depresión y la ansiedad: un modelo de ecuación estructural de metaanálisis y metaanalítica»	Katz	2020
«Las relaciones entre conocimiento, actitudes, estigma, ansiedad, depresión y calidad de vida en la epilepsia: un modelo de ecuación estructural»	Yeni	2018
«Un análisis de la relación entre el síndrome de respuesta inmediata y la escala de personalidad utilizando modelos de ecuaciones estructurales: un estudio de caso japonés»	Mori	2017
«Impacto de la ausencia de los padres en el insomnio y las pesadillas de los adolescentes chinos: un análisis de modelado de ecuaciones estructurales»	Tang	2020
«Caminos físicos y psicológicos hacia una fibromialgia menos severa: un modelo de ecuación estructural»	Martos	2020

3. Metodología y/o instrumentos utilizados

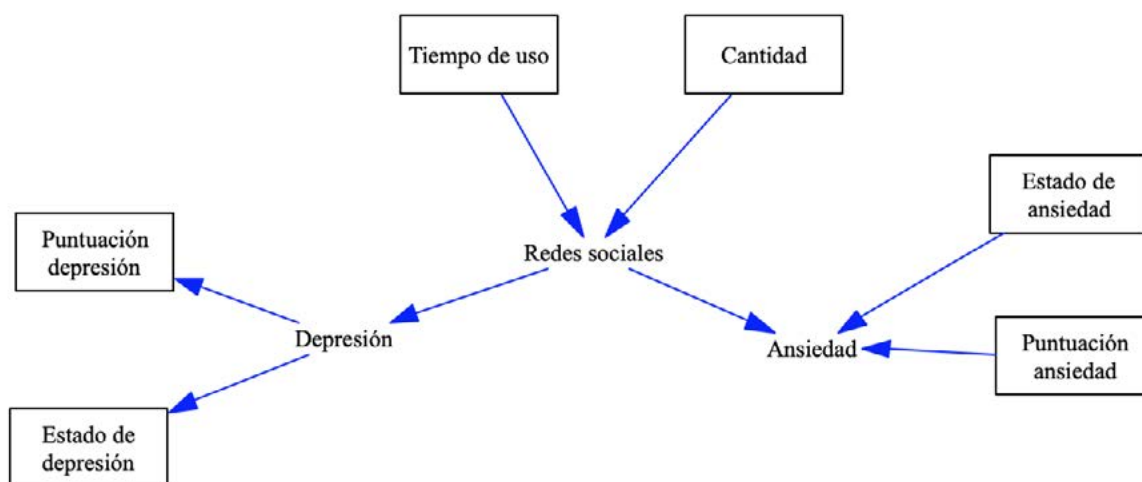
Para la modelación, se empleó el *software* estadístico Stata 16. La base de datos empleada reunía información de 253 personas, la cual incluía información demográfica, información sobre el consumo de alcohol,

puntajes de pruebas psicométricas que evaluaban depresión (HDRS), ansiedad (BAI), estrés, cognición social e información sobre el uso de redes sociales (Serge y otros, 2014). Para esta investigación, se empleó la información presentada en la tabla 2:

Tabla 2. Variables observables

Variable	Opciones
Puntaje depresión (HDRS)	Número entero
Estado de depresión	(1 = normal, 2 = moderado, 3 = alto, 4 = severo)
Puntaje de ansiedad (BAI)	Número entero
Estado de ansiedad	(1 = normal, 2 = moderado, 3 = alto, 4 = severo)
Tiempo de uso	Tiempo en promedio (minutos)/día
Cantidad	Número entero

Figura 1. Modelo causal.



Fuente: Elaboración propia.

La hipótesis de trabajo fue la siguiente:

Ho: Existe una correlación positiva y directa entre el uso de redes sociales y la depresión, ansiedad.

El modelo causal se presenta en la figura 1.

La variable latente «depresión» está determinada por los resultados de la prueba de depresión (HDRS) y estado de depresión (normal, moderado, alto y severo). La variable latente «ansiedad» está determinada por los resultados de la prueba de depresión (BAI) y por el estado de depresión (normal, moderado, alto y severo). Por último, se consideró el tiempo promedio (minutos) de uso de redes sociales al día y la cantidad de redes sociales activas como variables observables de la variable latente «redes sociales».

4. Resultados alcanzados y discusión

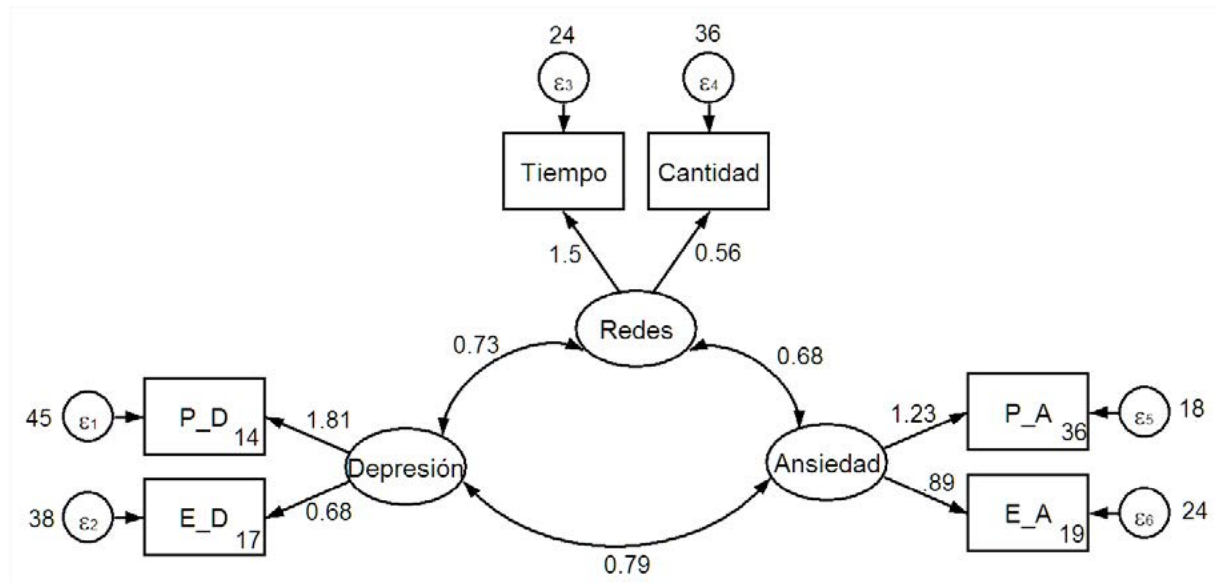
La figura 1 presenta el modelo desarrollado. Las variables observadas (P_D, E_D, P_A y E_A) se presentan en rectángulos. Las variables latentes «depresión», «ansiedad» y «redes sociales» se presentan en óvalos. El resultado de las correlaciones son los valores de las flechas bidireccionales. La variable observada

que mayor influye sobre la variable latente «redes sociales» fue el tiempo promedio de uso (minutos)/día. Por su parte, las variables observadas que más influyen sobre las variables latentes «depresión» y «ansiedad» fueron los puntajes obtenidos en cada prueba, respectivamente.

La correlación entre redes sociales y depresión fue $\sigma = 0.73$, lo que indica una correlación directa. Es decir, a mayor tiempo de uso de redes sociales, existe mayor probabilidad de sufrir depresión. Este resultado concuerda con diversas investigaciones en que señalan que el uso desmedido de redes sociales pueden generar trastornos psicológicos, entre ellos la depresión (Yang y otros, 2020; Santini y otros, 2015; Wee y otros, 2017).

De igual manera, la correlación entre redes sociales y ansiedad fue $\sigma = 0.63$, lo que indica una correlación directa. Según Lin y otros (2017), las redes sociales están estrechamente asociadas con las respuestas a la exclusión social y afectan a las personas con niveles altos o bajos de ansiedad social de diferentes maneras.

Figura 2. Modelo de ecuaciones estructurales.



Fuente: Elaboración propia.

La correlación entre depresión y ansiedad fue $\sigma = 0.79$. La relación entre depresión y ansiedad ha sido muy debatida, por lo cual no la analizaremos en este trabajo (Stavrakaki y Vargo, 1986). Ver figura 2.

Las ecuaciones que resumen el modelo son:

$$\text{Redes_sociales} = 1.5 (\text{tiempo}) + 24 \quad (1)$$

$$\text{Redes_sociales} = 0.56 (\text{cantidad}) + 36 \quad (2)$$

$$\text{Ansiedad} = 1.23 (P_A) + 18 \quad (3)$$

$$\text{Ansiedad} = 0.89 (E_A) + 24 \quad (4)$$

$$\text{Depresión} = 1.81 (P_D) + 45 \quad (5)$$

$$\text{Depresión} = 0.68 (E_D) + 38 \quad (6)$$

Conclusiones

El modelo desarrollado permite ver que existe una correlación directa entre el uso de redes sociales y la ansiedad, al igual que con la depresión. El valor de la correlación fue, respectivamente, $\sigma_{xy} = 0.73$ y $\sigma_{xz} = 0.68$, lo que permite aceptar la hipótesis de investigación. A mayor cantidad de tiempo de usos

de redes sociales, mayor probabilidad de padecer depresión y ansiedad. Futuras investigaciones pueden enfocarse en analizar la relación entre el uso de redes sociales con otro tipo de trastornos emocionales.

Algunas de las recomendaciones para evitar caer en la adicción del uso de las redes sociales son controlar el tiempo de conexión, no creer por completo todo lo que publican en las redes sociales, identificar grupos sociales que tengan gustos o intereses similares a los suyos, no dedicar demasiado tiempo a visualizar publicaciones de otros, evitar pensar que debe hacer publicaciones que llamen la atención para ser aceptado.

Referencias

- Błachnio, A.; Przepiórka, A. y Pantic, I. (2015). «Internet use, Facebook intrusion, and depression: Results of a cross-sectional study». *European Psychiatry*, 30(6), 681-684.
- Bollen, K. A. (2005). «Structural equation models». *Encyclopedia of Biostatistics*, 7.
- Drahošová, M. y Balco, P. (2017). «The analysis of advantages and disadvantages of use of social media in European Union». *Procedia Computer Science*, 109, 1005-1009.

- Levine, S. S. y Kurzban, R. (2006). «Explaining clustering in social networks: Towards an evolutionary theory of cascading benefits». *Managerial and Decision Economics*, 27(2-3), 173-187.
- Lin, X.; Li, S. y Qu, C. (2017). «Social network sites influence recovery from social exclusion: Individual differences in social anxiety». *Computers in Human Behavior*, 75, 538-546.
- Martens, M. P. y Haase, R. F. (2006). «Advanced applications of structural equation modeling in counseling psychology research». *The Counseling Psychologist*, 34(6), 878-911.
- Moreno, M. A.; Jelenchick, L. A.; Egan, K. G.; Cox, E.; Young, H.; Gannon, K. E. y Becker, T. (2011). «Feeling bad on Facebook: Depression disclosures by college students on a social networking site». *Depression and Anxiety*, 28(6), 447-455.
- Park, S.; Kim, I.; Lee, S. W.; Yoo, J.; Jeong, B. y Cha, M. (2015). «Manifestation of depression and loneliness on social networks: a case study of young adults on Facebook». *Proceedings of the 18th ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work & Social Computing*, 557-570.
- Santini, Z. I.; Koyanagi, A.; Tyrovolas, S.; Mason, C. y Haro, J. M. (2015). «The association between social relationships and depression: a systematic review». *Journal of Affective Disorders*, 175, 53-65.
- Seabrook, E. M.; Kern, M. L. y Rickard, N. S. (2016). «Social networking sites, depression, and anxiety: a systematic review». *JMIR Mental Health*, 3(4), e50.
- Smith, R. V.; Young, A. M.; Mullins, U. L. y Havens, J. R. (2017). «Individual and network correlates of antisocial personality disorder among rural nonmedical prescription opioid users». *The Journal of Rural Health*, 33(2), 198-207.
- Stavrakaki, C. y Vargo, B. (1986). «The relationship of anxiety and depression: a review of the literature». *The British Journal of Psychiatry*, 149(1), 7-16.
- Wee, J.; Jang, S.; Lee, J. y Jang, W. (2017). «The influence of depression and personality on social networking». *Computers in Human Behavior*, 74, 45-52.
- Yang, X.; McEwen, R.; Ong, L. R. y Zihayat, M. (2020). «A big data analytics framework for detecting user-level depression from social networks». *International Journal of Information Management*, 54, 102-141.

Esta investigación no tiene ningún tipo de conflicto de interés. Fue patrocinada por la Universidad Católica Luis Amigó.

Víctor Daniel Gil Vera, docente e investigador de la Universidad Católica Luis Amigó, Medellín, Colombia, perteneciente al grupo de investigación SISCO. Investigador asociado de MINCIENCIAS. Sus principales líneas de investigación son: la ciencia de los datos, simulación, aprendizaje móvil y modelación estadística. Ha participado en diferentes congresos internacionales y cuenta con publicaciones científicas en revistas indexadas.

Catalina Quintero López, docente e investigadora de la Universidad Católica Luis Amigó, Medellín, Colombia, perteneciente al grupo de investigación de Neurociencias Básicas y Aplicadas NBA de la línea perfiles neurocognitivos y psicología y al semillero de cerebro, cognición y conducta. También se desempeña como neuropsicóloga clínica en el centro de atención especializado NEUROPSER

Ciberacoso en el espejo: tendencias autodestructivas de los sujetos a través de las redes sociales

Ciber Bullying in the mirror: Self- destructive tendencies of the subjects through social Networks

Sandra Catherine Valencia Múnera¹

¹ Psicóloga, atención psicológica particular, Medellín, Colombia
Correspondencia: catherine.val@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Analizar la forma como los sujetos no necesariamente son ciberacosados por otros, sino también como se acosan a sí mismos. Ello devela fuertes tendencias autodestructivas que generan una forma de goce (término lacaniano) mediante su dependencia a las redes sociales. La **metodología** es de tipo exploratorio, emplea un muestreo no probabilístico por conveniencia de casos clínicos en 41 sujetos, de 18 a 40 años, en el escenario de la atención psicológica. Se utiliza esta metodología, porque, aunque no representa una muestra significativa de la población, sí se obtuvo información relevante en el análisis de estos casos. El estudio se realizó de 2019 a mediados de 2020. **Resultados:** 36 de los 41 sujetos analizados evidenciaron tendencias autodestructivas. Expresaron su minimización al compararse con amigos, familiares y figuras públicas que siguen en sus redes sociales. Instagram, Whatsapp y Facebook son las más usadas. Esto conduce, según lo hallado, a síntomas de ansiedad, sentimientos de vacío al percibirse menos «perfectos» física y económicamente; pensamientos suicidas y marcada anhedonia. Lo cual, en época de pandemia, se hace más evidente, pues los sujetos, en la mayoría de casos, están solos en sus hogares. Así, hay más disponibilidad para explorar las redes. **Conclusiones:** Al parecer, existe, en la mayor parte de casos estudiados, una fuerte tendencia a la autodestrucción. El sujeto es su propio ciberacosador, pues es él quien se observa y se victimiza, se compara con las vidas supuestamente perfectas que se publican en las redes sociales. De manera inevitable, esto detona síntomas de ansiedad y depresión. Así, se genera la necesidad de intervenciones más eficaces y prontas en medio de este fenómeno social.

Palabras clave: cibernética; acoso; redes sociales; observación; efectos psicológicos; estudio de casos; percepción; inconsciente.

Abstract

The objective of this text is to analyze the way the subjects are not necessarily cyberbullying by others, but how they also harass themselves, which reveals strong self-destructive tendencies that generate a form of enjoyment (Lacanian term) through their dependence on social networks. The methodology of this presentation is exploratory type, using non-probabilistic sampling for convenience of clinical cases in 41 subjects, between 18 and 40 years old, on the stage of psychological care. This methodology is used, because although it does not represent a significant simple of the population, relevant information was obtained in the analysis of these cases. The time of this study was conducted from 2019 to mid-2020. Results: 36 of the 41 subjects analyzed showed self-destructive tendencies, expressing their minimization by comparing themselves with friends, family and public figures who they follow on their social networks, being Instagram, Facebook and Whatsapp the most used. This leads, as found, to anxiety symptoms, feelings of emptiness when they percei-

ve themselves less physically and economically perfect, suicidal thoughts and marked anhedonia. Which in times of pandemic becomes more evident, since the subjects in most of cases, are alone in their homes, and also there is more opportunity of explore the networks. Conclusions: apparently, it exists in most of the cases studied, a strong tendency to self-destruction. Turning the subject into their own cyberbully, since is he who observes and victimizes himself, comparing himself to the supposedly perfect lifes that are published in the networks. Inevitably, this denotates: symptoms of anxiety and depression. Generating in this way, the need of the interventions more efficient and prompt in the middle of this social phenomenon.

Keywords: cybernetics; bullying; social networks; observation; psychological effects; study of cases; perception; unconscious.

1. Introducción

La palabra *bullying* o acoso parece no resultar ajena a la mayoría de las personas, pues es común que se utilice en las conversaciones cotidianas sin tener que recurrir a Google o a cualquier otra fuente de información para saber de qué se trata, ni cómo se da.

Ahora, cuando se habla de ciberacoso en las redes sociales, se podría pensar o evocar las noticias y tendencias que se observan como ráfagas de información por los diferentes canales de comunicación televisiva, de radio o de internet. Cada vez se lee, se escucha y se ve cómo personas de la población en general o figuras públicas expresan con indignación la forma en que otros tratan de socavar sus distintas formas de mostrarse y de hablar en las plataformas de interacción social. Se puede notar en estos anuncios la angustia y la tristeza que invade a las víctimas de este tipo de abusos.

Lo que no se observa comúnmente es la forma como de manera individual y sistemática los sujetos se acosan, se abusan, se victimizan y hasta se ridiculizan a sí mismos en silencio cuando entran en comparación con la vida de aquellos a los que siguen y tienen agregados en las diferentes aplicaciones de redes sociales. Y es precisamente este fenómeno el que se desarrollará este estudio. Es mucho más «aceptable» que sea otro quien desde afuera ejerza alguna clase de presión

a que sea de manera introspectiva, pero no siempre es así.

Lo que lleva a realizar este estudio es el discurso reiterado de algunos pacientes acerca de un malestar profundo al observar las imágenes y videos de personas allegadas, así como de figuras públicas, que en sus redes publican estados de alegría con estilos de vida, para ellos envidiables.

En este orden de ideas, el objetivo de este texto es analizar la forma como los sujetos no necesariamente son ciberacosados por otros, sino también como se acosan a sí mismos. Ello devela fuertes tendencias auto-destructivas que generan una forma de goce inconsciente a través de su dependencia a las redes sociales.

2. Elementos teóricos

Teniendo en cuenta lo hallado durante los análisis de los casos estudiados, se pudo vislumbrar que hay unas tendencias en común que se hacen presentes en los discursos e ítems evaluados, tanto en las entrevistas abiertas como en las encuestas autoaplicadas. A continuación, se desarrollan los elementos teóricos más relevantes que sostienen este artículo. Se parte desde el enfoque principal que es el ciberacoso, para continuar con los demás términos representativos.

2.1. Ciberacoso

Si se piensa en el «acoso» como tal, se podría imaginar algo que apremia, hostiga, maltrata, desespera, entre otros aspectos que no caben en la sensación de agrado. Y si a lo anterior se le agrega el prefijo «ciber», entonces se le da un significado más específico a lo que es el acoso. Se entendería seguramente como el acto de acosar o ser acosado mediante medios tecnológicos o digitales, propios de las plataformas para la interacción social. Para profundizar, se retoman algunas definiciones al respecto.

Arteaga (2019) presenta el ciberacoso como una conducta inapropiada que se puede hacer para acosar o, simplemente, ocasionar algún tipo de perjuicio a otros por medio de las diferentes herramientas tecnológicas, también conocidas como TIC. Con esta conceptualización, para el objetivo de este escrito, se puede afirmar que el sujeto que se acosa a sí mismo, busca ocasionarse cierto tipo de daño a través de los instrumentos tecnológicos que tiene a su alcance.

Según el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC) de Colombia, el ciberacoso o ciberbullying tiene que ver con una clase de agresión psicológica, utilizando, tal y como lo menciona Arteaga (2019), las nuevas tecnologías de la información. Emplea como instrumentos de acoso mensajes o imágenes para herir o intimidar a otros.

Para el MinTIC, este tipo de agresión se hace de manera oculta. Es decir, la víctima de este acoso desconoce la identidad de su agresor. Esta última parte se hace relevante para este texto, pues es precisamente lo que se problematizará.

Porque, si es la víctima su propio victimario, entonces se podría decir que no siempre en un caso de ciberacoso el acosado desconoce a

quien lo abusa, pues se supone que cada sujeto sabe cuáles son sus propios umbrales de dolor ante las frustraciones. Y, aun así, se acosa inconscientemente con mensajes que lee e imágenes que observa para herirse o intimidarse. Así las cosas, se pasará a lo que posiblemente lleva al ser humano a herirse a sí mismo. En los párrafos subsiguientes, se tratará de extraer de algunas teorías las posibles razones de cómo el sujeto mismo tiene dentro sí un acosador que lo ataca constantemente.

2.2 Tendencias autodestructivas

Según el neurólogo austriaco Sigmund Freud, el ser humano se divide en una dualidad de instintos. Uno de vida, que nombraba como Eros, y otro de muerte y autodestrucción, llamado Tánatos. Este último es la estructura de lo psicopatológico en el ser humano, pues esas pulsiones de muerte desencadenan en una inevitable tendencia de autodestrucción que acarrea serias dificultades en el funcionamiento psíquico del sujeto. Para Freud, el mismo ser humano lleva un sadismo que puede volcar sobre él mismo, lo cual conlleva a la ineludible enfermedad (Domínguez Basalo, 2002).

En la obra *Más allá del principio de placer* (1920), Freud explica cómo la pulsión de muerte conduce a una compulsión repetitiva, que, con la agresividad, pone al sujeto en un estado de sadismo y masoquismo (Domínguez Basalo, 2002).

En su análisis a la teoría anterior, Ricoeur (1985, p. 259) considera que la pulsión de muerte podría tener representantes desde lo biológico hasta lo cultural. Observa que en el grado inferior de esta pulsión se encuentra una forma erótica del masoquismo. Así, esta es una forma de sentir placer al sufrir.

Son precisamente estos análisis teóricos los que conducen esta investigación sobre los

casos estudiados y se abre un cuestionamiento: ¿qué arrastra al ser humano a sentir placer cuando sufre? Aun cuando se compara con otros en las redes sociales y se ve a sí mismo minimizado, desagradable físicamente, sin valor, pobre, humillado y demás adjetivos que lo descalifican, el sujeto continúa gozando y sufriendo a la vez. No logra parar su necesidad de observar, compararse y aplastarse en silencio. Ello genera en él un estado de anhedonia. Aun así, esto no genera un límite a su displacer, sino que, por el contrario, lo empuja una y otra vez a mirarse en un espejo que refleja su imagen desafortunada y al lado, en sus dispositivos, ve el reflejo de lo ideal, de lo que nunca podrá ser. Y por más que lo reconozca, se sigue autodestruyendo sin piedad.

2.3. Goce

En el diccionario de la Real Academia Española, «goce» es definido como «acción y efecto de gozar». Este último vocablo es conceptualizado como «sentir placer o alegría a causa de algo». En el orden de ideas que se viene ampliando, se observa que, según lo analizado, los sujetos no parecen sentir ni placer ni alegría a causa de lo que perciben de sí mismos al compararse en redes, o, mejor, al ciberacosarse.

Por ello, se trae a colación al psicoanalista Jacques Lacan (citado por Braunstein, 2006); quien define el goce como la satisfacción de una pulsión, pero no de una pulsión vital, sino de las pulsiones de muerte, a saber, como se ha venido mencionando, de aquellas que llevan a la autodestrucción (Braunstein, 2006).

Es importante resaltar que la palabra «pulsión» para Freud es una necesidad imperante, constante y exigente del psiquismo que no se satisface, ni logra la saciedad, sino que siempre está disparando y solo encuentra

cierta satisfacción parcial (Consentino y Rabinovich, 1992). Así, en su seminario, Lacan dice que, frente a todo goce experimentado, el sujeto queda con una sensación de no haber recibido lo que esperaba, de que debería ser diferente (Consentino y Rabinovich, 1992). Algo así como una satisfacción que no es compensada totalmente, sino que busca una suplencia. Por ende, el sujeto siente la inevitable «castración», término que se desarrollará más adelante, por ser de máxima importancia para la comprensión de lo que se halla en el estudio.

Lacan decía que el goce se ubica en el cuerpo propio, como un querer gozar todo el tiempo. Así, el goce es lo real, en que se produce un exceso traumatizante, que trae consigo un efecto de vacío. Crea así el síntoma, algo que para él «no cesa de escribirse en el cuerpo» (Slimobich y otros, 2002).

2.4. Castración

En términos generales, la castración podría comprenderse como la frustración, pero, para ahondar en lo clínico, Lacan entrega un concepto más profundo. Para este psicoanalista francés, la castración nace del complejo de castración, durante el cual el padre es poseedor de la madre y el niño ve su narcisismo aporreado al ver que el padre tiene un miembro más prominente y, por ende, es más fuerte y poderoso. Así, deja al niño minimizado, por lo que se deberá resignar a perder a la madre como mujer, para verla solo en el plano materno.

Comprende que el padre es solo quien puede verla como mujer y poseerla. Allí se definen, según Lacan, la estructuración de los síntomas y la diferenciación sexual (Braunstein y otros, 2005). Sin embargo, esta pérdida tendrá repercusiones a lo largo de la vida del sujeto, pues, desde la castración física, pasa a la castración simbólica, aquello que

le mostrará otras formas de sentirse menos y que, a la vez, produce en el sujeto el deseo. Es decir, forma al sujeto de deseo.

Así, pues, según Lacan, la castración llevará al sujeto en un sinnúmero de pérdidas (Braunstein y otros, 2005), las que deberá afrontar, al ver a lo largo de su vida que siempre habrá alguien con algo más grande, importante y llamativo que lo que el sujeto percibe de sí mismo. Ello, a su vez, lo confrontará con esa castración simbólica.

2.5. El Yo, el Ello y el Superyó

Hasta el momento, se han nombrado algunos términos que el sujeto parece mostrar al ciberacosarse. Ahora es menester traer a colación uno de los sistemas del aparato psíquico que, según Freud, es lo que representa al sujeto. El Yo es la parte consciente de este sistema, del cual forman también parte el Ello y el Superyó. A grandes rasgos, Freud pensaba en el Ello como la parte instintiva y primitiva del ser, que busca constantemente la satisfacción del deseo inmediato. Es egoísta y pulsional, obedece al principio de placer. Entretanto, el Superyó viene a representar la interiorización de la Ley Paterna (también llamado heredero del complejo de Edipo). Contrario al Ello, el Superyó es la prohibición y la censura de aquellos deseos pulsionales. Es un modelo a seguir por su rigurosidad al obrar aferrado a la norma, por eso también se le conoce como Ideal del Yo. Sus funciones son la autoobservación y la autocrítica (Auping Birch, 2000).

Entonces, ¿dónde queda el Yo? Es precisamente esta parte del aparato psíquico la que puede entrar en mayor conflicto por situarse en medio de estas dos fuerzas. La una llevada por lo pulsional y la otra aferrada a la ley. Es el Yo quien debe mediar ante estos dos aparatos para elegir lo que él considera lo mejor para sí.

Para los psicoanalistas franceses Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis (1986), el Yo angustiado por las tendencias del Ello y el Superyó pone en juego mecanismos de defensa que tratan de solucionar los conflictos que surgen al enfrentarse estas dos fuerzas (Vives Gomila, 2007). Es el Yo el aparato que busca la adaptación y el bienestar psíquico en condiciones en las que el sujeto logra canalizar las tendencias, pero, cuando el sujeto tiene un Yo débil, no calma su angustia y termina accediendo a las demandas del Ello o del Superyó. Así, forma dentro de sí un gran malestar.

3. Metodología e instrumentos utilizados

Para esta investigación, teniendo en cuenta que se tenía una base de datos sobre pacientes activos y no activos en los procesos, se aprovechó este recurso para pedirle a ellos participar en una investigación sobre las implicaciones psicológicas al compararse en las redes sociales.

La idea para la elaboración de esta observación fue el discurso reiterativo de algunos pacientes, quienes manifestaban un gran malestar al compararse con otros en las redes sociales. Sentían en su ser cierto tipo de sensaciones, desagradables en su mayoría, pero, a pesar de estas emociones, continuaban explorando las redes, pese a la frustración que esto les genera. Así, se quiso ahondar en este fenómeno psicosocial.

Dadas las condiciones que enmarcan el contexto de la investigación, se utilizó una metodología de tipo exploratorio. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia de casos clínicos en 41 sujetos, de 18 a 40 años, en el escenario de la atención psicológica.

Se les solicitó a 50 sujetos de la base de datos participar en la investigación mediante entrevistas clínicas abiertas y un cuestionario que debía ser autoaplicado y devuelto

después de responder. Todos otorgaron su consentimiento por escrito. Además, se les notificó sobre la total confidencialidad de la información brindada.

De los 50 sujetos convocados, solo 41 cumplieron tanto con las entrevistas como con el cuestionario. Los otros 9 quedaron fuera de la investigación. El tiempo de este estudio se realizó de 2019 a mediados de 2020.

En las entrevistas clínicas se les permitió a los pacientes expresar libremente sus emociones y sensaciones al observar las redes sociales, preguntándoles por su plataforma de preferencia. El cuestionario autoaplicado fue estructurado y se utilizó el método Likert.

Las escalas de Likert se originaron en 1932. Reciben este nombre por su autor, Rensis Likert (Borda Pérez, 2009, p. 71). Esta herramienta permite la evaluación mediante afirmaciones o juicios, actitudes, sensaciones, entre otros. Sugiere darle a cada ítem una puntuación. Al final se totalizan para determinar de manera cuantitativa una cualidad.

A los evaluados se les pidió calificar en el cuestionario tipo Likert, en una escala de 1 a 5, su nivel de satisfacción a tres reactivos diferentes que serán explicados en las figuras 1, 2 y 3, presentadas en el apartado 4, en el que se publican los resultados y la discusión. Se comienza en 1, donde 1 es muy satisfecho y 5 es muy insatisfecho.

Además de las entrevistas clínicas, se tomaron algunas frases y/o comentarios que llamaron la atención por lo que expresan. Estas se presentarán en la tabla 1 y también en el numeral correspondiente a los resultados.

4. Resultados y discusión

4.1. Resultados

A continuación, mediante figuras, se comparten los resultados de los cuestionarios Li-

kert, los que serán explicados cada uno para una mejor comprensión. Luego se procederá a presentar el cuadro sinóptico (Tabla 1).

La Figura 1 muestra el reactivo 1, que contenía el cuestionamiento: Al observar las redes sociales de su preferencia, intente calificar de 1 a 5 su nivel de satisfacción al comparar su calidad de vida con la de las publicaciones que observa. Donde 1 es muy satisfecho y 5 es muy insatisfecho.

Como se observa en los resultados de la Figura 1, el 53 % se siente insatisfecho y el 32 % muy insatisfecho, mientras que tan solo el 5 % expresó un nivel muy bueno de satisfacción, otro 5 % bueno y a un 5 % le es indiferente.

La Figura 2 muestra el reactivo 2, que tenía como pregunta: ¿Cómo observa su propia imagen en comparación con las de otros en las redes sociales de su preferencia? La escala evaluativa fue exactamente igual a la de la Figura 1.

Se percibe que el 0 % se siente muy satisfecho con su autoimagen, mientras el 49 % se muestra insatisfecho y el 37 % muy insatisfecho. Solo el 12 % demuestra satisfacción y al 2 % esto le es indiferente.

La Figura 3 muestra el reactivo 3, que evalúa lo siguiente: ¿Se siente tranquilo luego de observar las publicaciones de otros en su red social de preferencia? Los ítems de este apartado tienen los mismos criterios de puntuación de las figuras anteriores.

A este cuestionamiento los evaluados respondieron: Muy de acuerdo el 7 %, de acuerdo el 3 %, les es indiferente el 5 %, mientras que el 17 % está en desacuerdo y el 68 % está muy en desacuerdo.

Lo evaluativo culmina con el resumen de la Tabla 1, que refleja las expresiones más llamativas anotadas en las entrevistas clínicas.

Figura 1. Reactivo 1: Nivel de satisfacción con la calidad de vida al observar a otros en redes sociales

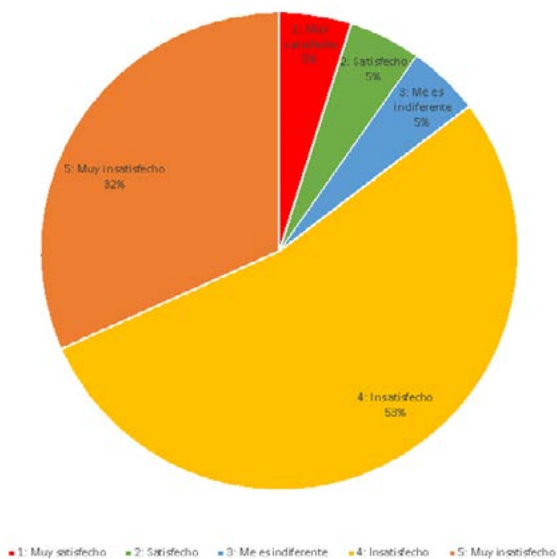


Figura 2: Percepción de la autoimagen luego de compararse con otros en redes sociales.

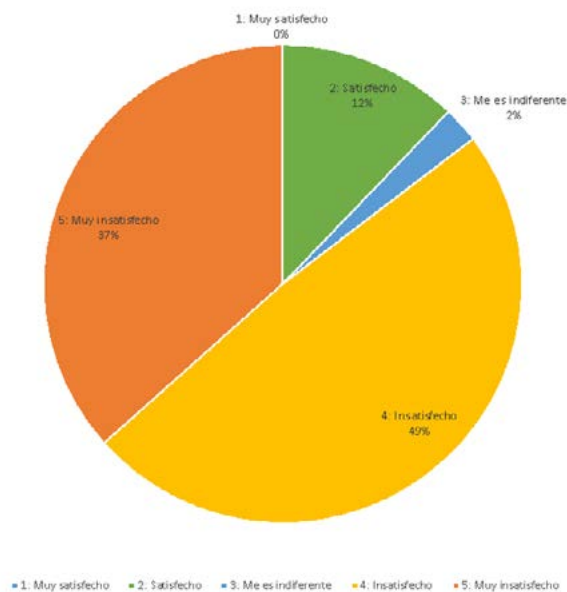
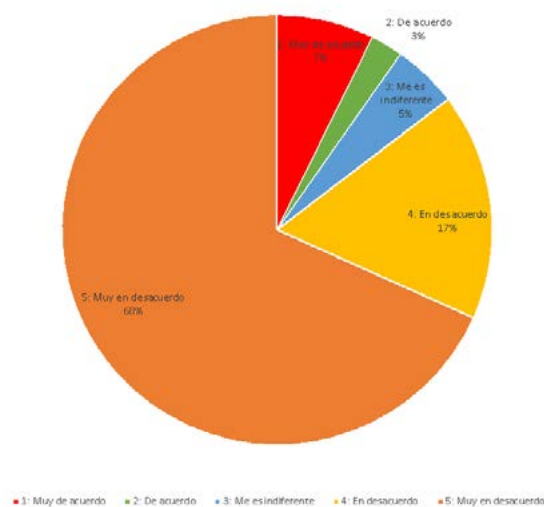


Tabla 1. Algunas expresiones significativas de las entrevistas clínicas

- Hay muchas formas de vender algo, quiero utilizar mis redes para vender.
- Se me despierta la creatividad cuando veo a esos influenciadores.
- Viendo esas viejas tan buenas, no me provoca comerme a mi esposa.
- Se me despierta el apetito sexual, pero no me veo deseable.
- Soy demasiado fea, y se siente muy Peye eso.
- Me quiero morir, esas viejas son perfectas. Y lo peor es que sigo mirando, no puedo parar, incluso lloro hasta quedarme dormida.
- Mi amiga feliz en esa casota hasta con piscina y empleadas del servicio, y yo acá en un apartamento de 50 metros cuadrados. Eso me pasa por casarme con quien no debí.
- Ellos no sufren tanto como yo, siempre están sonriendo, están perfectos.
- Me voy a hacer unos retoques en la cara. Ellas no tienen ni una arruga, ni celulitis, nada malo. Por eso tienen esos manes, y yo sigo sola.
- Cómo me va a desear mi esposa, si esos tipos son espectaculares y yo soy un gordo bajito y calvo.
- Odio mi cuerpo, me odio toda, odio a quienes me engendraron tan fea.
- Tiene un carrazo y yo andando en un carro nuevo, pero no de gama alta.

Figura 3: Se siente tranquilo luego de observar publicaciones de otros en redes sociales.



4.2. Discusión

Según el objetivo planteado, sobre analizar cómo los sujetos no son necesariamente ciberacosados por otros, sino cómo son acosados por ellos mismos, se observa mediante los resultados expuestos que, efectivamente, se develan fuertes tendencias autodestructivas en la mayoría de casos estudiados. Hay una gran insatisfacción por su calidad

de vida, desfavorabilidad frente a la autoimagen al compararse con otros, marcada intranquilidad al explorar la vida de otros en redes sociales. Todo esto producido por su propia autocrítica y autoobservación.

Aunado a lo anterior, se extrajeron frases significativas que daban cuenta de lo que Freud llamaba pulsiones de muerte (Domínguez Basallo, 2002), lo cual genera un marcado malestar en el sujeto, pero que, aun así, él continúa en una compulsión a la repetición. Así, se genera una forma erótica de masoquismo que conduce a una forma de sentir placer sufriendo. Y, como se observa, a pesar de manifestar malestar psíquico, los sujetos no logran contener su deseo de ver y compararse con otros «más afortunados» en redes sociales.

En este orden de ideas, Han (2016) habla sobre el exceso de positividad como una manifestación de un mundo que todo el tiempo está bombardeando al sujeto en sus redes. Muestra bodas perfectas, hoteles de lujo, vidas exitosas, familias felices y comidas encantadoras, lo cual produce un sujeto que se oprime a sí mismo para tratar de ser más funcional en una sociedad que exige lo mejor.

Así, se observa una relación entre el acoso a sí mismo por la exploración en las redes sociales, y algunos síntomas propios de la ansiedad y la depresión contemplados en el DSM V.

Es importante, de todos modos, reconocer que esta investigación tiene una limitación clara y es la población estudiada, ya que pudiera no ser una muestra significativa para teorizar sobre el ciberacoso a sí mismo. Por ello, se hace necesario continuar ampliando este marco de indagaciones en otras ciudades y países para obtener datos más determinantes que propendan por la búsqueda del bienestar de ser humanos propios de un fenómeno social que inevitablemente lo anuda a la interacción y la ampliación de saberes a través del mundo virtual.

5. Conclusión

Tras analizar los resultados en los casos analizados, se observa en los sujetos fuertes tendencias autodestructivas, a lo que subyace, al parecer, un debilitamiento Yoico. Ello le impide ver en sí cualidades positivas y tener criterios realistas de lo que ven en sus redes sociales, pues solo se quedan con la imagen o video de las personas, sin tener en cuenta que estas manifestaciones no necesariamente están ligadas a la realidad de los sujetos a quienes siguen.

Se observa que la mayoría de sujetos estudiados, en medio de su tendencia autodestructiva, permeada por el goce, llega a un punto de castración absoluta, casi que de borramiento de sí mismo al autoobservarse y autocriticarse tratando de encontrar su reflejo en el espejo de otros que se exhiben como personas ideales, personas para ellos, con vidas y cuerpos perfectos.

Así, se hace indispensable promover intervenciones clínicas, enfocadas en el fomento del fortalecimiento Yoico, el control de impulsos, así como también señalar que lo que se observa en las plataformas digitales puede no ser tan ideal como se ve.

6. Referencias

- Arteaga, R. A. (2019). *El ciberacoso en Tamaulipas. Caracterización, conductas y violencias asociadas*. Coltam.
- Auping Birch, J. (2000). *Una revisión de la teoría psicoanalítica a la luz de la ciencia moderna*. Plaza y Valdés Editorial.
- Borda Pérez, M.; Tuesca Molina, R. y Navarro Lechuga, E. (2009). *Métodos cuantitativos. Herramientas para la investigación en salud*. Editorial Uninorte.
- Braunstein, N. (2006). *El goce. Un concepto lacaniano*. Siglo XXI.
- Braunstein, N.; Gerber, D.; Orvañanos, M. T.; Gilling, D.; Escobar, M. E.; Saal, F.; Bicecci, M. y Nasio, J. D. (2005). *La reflexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan*. Siglo XXI.

- Byung-Chul, H. (2016). *Topología de la violencia*. Herder.
- Consunting, J. D. y Robinovich, D. (1992). *Puntuaciones freudianas de Lacan. Acerca del más allá del principio de placer*. Editorial Manantial.
- Domínguez Basalo, A. (2002). *Vida, pasión y razón en grandes filósofos*. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- MinTIC. (2002). *Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC) de Colombia*. www.mintic.gov.co/portal/inicio/
- Real Academia Española (2020). Reproducción. *Diccionario de la lengua española*. Edición tricentenario. <https://dle.rae.es/goce?m=form>.
- Ricœur, P. (1985). *Freud: una interpretación de la cultura*. Siglo XXI.
- Sigmund, F. (1976). *Obras completas. Más allá del principio de placer. Psicología de las masas y análisis del Yo y otras obras*. Editorial Amorrortu. Originalmente libros publicados en 1920-1922.
- Slimobich, J. L.; González, R.; Lainez, C.; Grimberg, F.; Reoyo, B. y Alonso, M. L. (2002). *Lacan: la marca del leer*. Editorial Anthropos.
- Vives Gomila, M. (2007). *Psicodiagnóstico clínico infantil*. Editorial Publicacions I Edicions de la Universitat de Barcelona.

La autora declara la inexistencia conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole

Sandra Catherine Valencia Múnera. Es psicóloga clínica particular. Atiende procesos individuales, de pareja y familias a través de teleconsulta y de manera presencial. Posee experiencia en el campo clínico hace más de siete años. Crea contenido sobre bienestar y salud mental en Instagram y Facebook, como apuesta a ofrecer a los su-

jetos opciones de encontrar información que propendan por su bienestar psíquico. Es coautora de *Perfil de atención en esclerosis múltiple, subtipos primaria y progresiva y remitente recurrente*.

<https://orcid.org/0000-0003-1813-101X>.

La publicación reúne doce trabajos originales presentados en el II Congreso en Salud Mental Digital, realizado en el año 2020, marcado por la pandemia del COVID-19, en tres jornadas en modalidad online. Durante la jornada académica se puso en valor aspectos que en el 2020 y en adelante son fundamentales: la alfabetización digital, enseñar a hacer uso de la tecnología a la población, la importancia de investigar respecto a la psicoterapia en línea, individual y grupal, con un especial énfasis en la respuesta de atención durante la pandemia, y el riesgo que entraña la excesiva conectividad y falta de conocimiento que entrañan las redes sociales.

La principal conclusión que se puede extraer es que es fundamental investigar sobre los beneficios que la tecnología digital puede ofrecer en el ámbito de la atención en salud mental. Los avances en acceso a conectividad y dispositivos por gran parte de la población mundial, permiten aumentar cobertura en prevención, promoción, atención y monitorización. La madurez digital, el uso adecuado de teleconsulta, apps, redes y recursos digitales, es el siguiente paso con el objetivo último de poder referir a salud digital.

