

UNIVERSIDAD ANTONIO RUIZ DE MONTOYA

Facultad de Filosofía, Educación y Ciencias Humanas



PERCEPCIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN UN GRUPO DE PSICOTERAPEUTAS PSICOANALÍTICOS QUE BRINDAN ATENCIÓN A DISTANCIA EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presenta la Bachiller

KARINA MURRUGARRA ALEGRIA

Presidente: María Roxana Miranda Enrico

Asesor: Diego Alonso Otero Oyague

Lectora: Clis Gabriela Yopez Oblitas

Lima – Perú

Mayo de 2024



UARM

Universidad
Antonio Ruiz
de Montoya

Anexo N.º 2 - Reglamento General de Grados y Títulos de Pregrado y Posgrado
Aprobado por Resolución Rectoral N° 150-2023-UARM-R

INFORME DE ORIGINALIDAD

Sres.

CONSEJEROS

Pte.

De nuestra consideración:

Por la presente nos dirigimos a Ustedes para saludarlos e informar al Consejo Universitario sobre el producto académico elaborado por Murrugarra Alegria, Karina, quien solicita la obtención de su grado académico de Licenciada en psicología a través de la sustentación de una tesis.

El producto académico elaborado tiene como título "Percepción de la alianza terapéutica en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos que brindan atención a distancia en el contexto de pandemia COVID-19"

Por tanto, en nuestra condición de Asesor de producto académico y de integrante de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Filosofía, Educación y Ciencias Humanas, declaramos que el producto académico de Murrugarra Alegria, Karina ha sido examinado con el programa antiplagio *Turnitin* para identificar su nivel de coincidencias.

El resultado que arroja el programa es de 14% de similitud, el cual proviene de fuentes de información que han sido debidamente citadas o reconocidas utilizando las normas del sistema APA.

Sin otro particular, quedo de ustedes.

Firmado en Lima, el 29. del mes de enero de 2024

Atentamente,

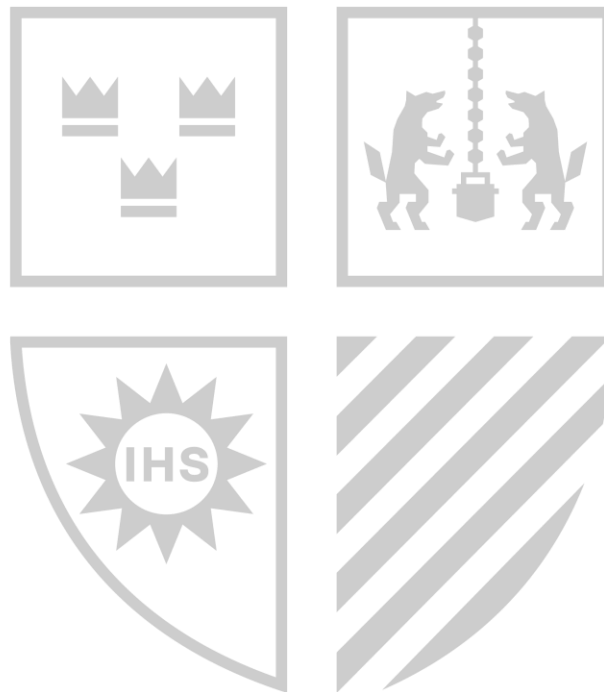
Diego Alonso Otero Oyague
Asesor

Oscar Heerbert Marin Garcia
Secretario de la Comisión

EPÍGRAFE

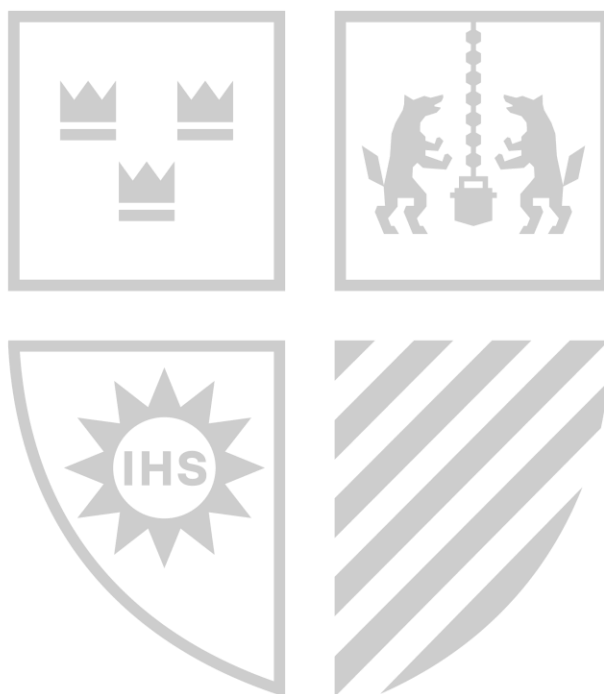
“Sin simpatía no hay curación. (A lo sumo, intelecciones sobre la génesis del padecer).”

(Ferenczi, 1932/1997, p. 267).



DEDICATORIA

A mi familia y a todas las personas que me ayudaron en este proceso y confiaron en mí.

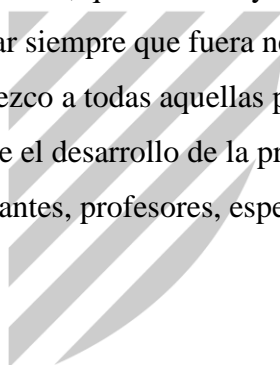
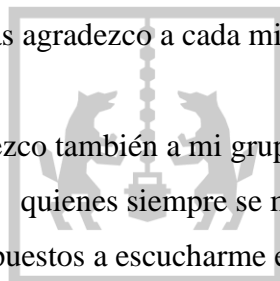
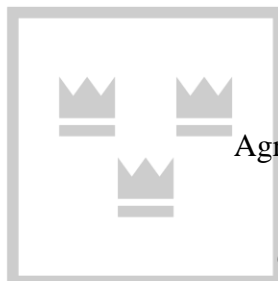


AGRADECIMIENTOS

A mi madre, Carmen, por siempre estar presente y alentarme a confiar en mí y mis capacidades. A mis tías, Karo y Susan, que a pesar de la distancia muestran un constante apoyo e interés; y junto a ellas agradezco a cada miembro de mi familia, siempre presentes.

Agradezco también a mi grupo cercano de amigos quienes siempre se mostraron presentes y dispuestos a escucharme en los momentos más difíciles, quienes me ayudaron a reflexionar y repensar siempre que fuera necesario. Finalmente,

agradezco a todas aquellas personas que hicieron posible el desarrollo de la presente investigación: participantes, profesores, especialistas y mi asesor.



RESUMEN

La pandemia SARS-CoV-2 significó cambios y consecuentes adaptaciones en la salud mental. La atención psicoterapéutica migró a la atención a distancia mediante medios tecnológico. Por tal motivo, esta investigación pretende explorar cómo un grupo de psicoterapeutas, psicoanalíticos, han experimentado la alianza terapéutica en la atención a distancia. Se planteó una investigación de corte fenomenológico y de alcance exploratorio, donde se aplicaron entrevistas semiestructuradas a psicoterapeutas pertenecientes a una institución que brinda formación y atención psicológica psicoanalítica en Lima. Los objetivos de las entrevistas fueron profundizar en la percepción de la alianza terapéutica en la atención a distancia, y junto con ello, comparar si existían diferencias entre la percepción de la alianza terapéutica en la atención presencial y virtual. Los resultados obtenidos se organizaron en dos temáticas: “Percepción de la alianza terapéutica en la atención a distancia” y “Condiciones de la virtualidad para el desarrollo de la alianza terapéutica”. Los resultados indican que los participantes perciben que el desarrollo de la alianza terapéutica es posible y puede darse indiferentemente al medio por el cual se desarrolle la terapia. Sin embargo, también reconocen la existencia de particularidades propias de la virtualidad que pueden facilitar o complejizar el desarrollo de la alianza terapéutica.

Palabras claves: Percepción, Alianza terapéutica, Psicoanálisis, Virtualidad y Atención a distancia

ABSTRACT

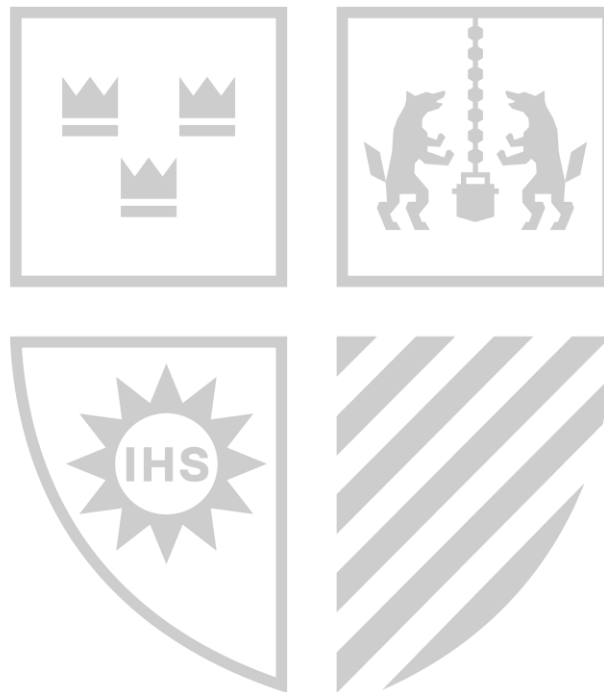
The SARS-CoV-2 pandemic meant changes and subsequent adaptations for the management of mental health. Psychotherapeutic services became dependent on telemedicine and virtual evaluations. For that reason, this investigation pretends to explore how a group of psychoanalytic psychotherapists has experienced the therapeutic alliance via telemedicine and virtual evaluations. The investigation proposed a phenomenological investigation with an exploratory approach. To achieve this goal, semi-structured interviews were used in a group of psychotherapists who work at an academic institution but also provide psychoanalytic care in Lima, Peru. The objectives of the interviews were to analyze in depth the perception of therapeutic alliance during virtual assessments and compare whether there were differences between the perception of the therapeutic alliance between face-to-face evaluations and telehealth. The results were organized into two main groups: "Perception of the therapeutic alliance in virtual care" and "Requirements within telehealth for the development of the therapeutic alliance". Among the main results, it stands out that the participants did not perceive significant differences in the development of the therapeutic alliance. Nevertheless, there are aspects of telehealth that can facilitate or block the development of the therapeutic alliance.

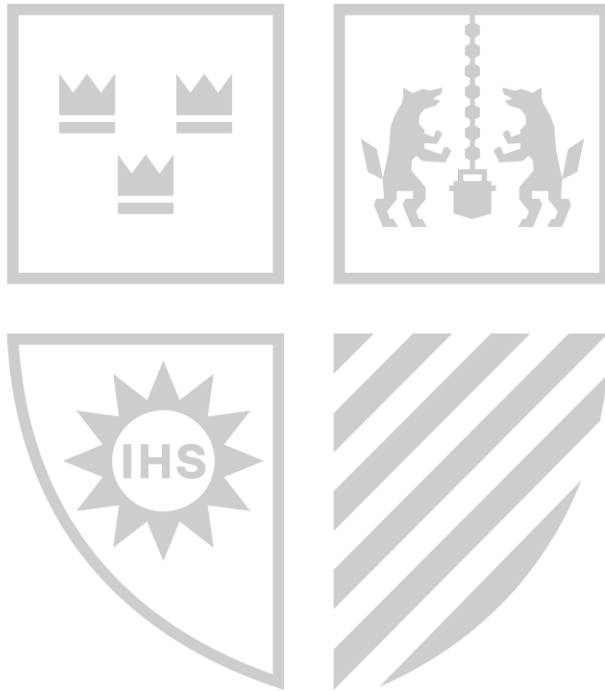
Key words: perception, therapeutic alliance, psychoanalysis, virtuality, remote attention

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y RELEVANCIA.....	13
CAPÍTULO II: REVISIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	15
2.1. La Alianza Terapéutica.....	15
2.1.1. Orígenes y Definición de la Alianza Terapéutica.....	15
2.1.2. Componentes de la Alianza Terapéutica	17
2.1.3. Alianza terapéutica y psicoterapia	18
2.1.4. Investigaciones previas	19
2.1.5. Instrumentos de Medición	23
2.2. La psicoterapia virtual	24
2.2.1 Psicoterapia psicoanalítica virtual	25
2.3. Percepción.....	27
2.4. Objetivos de la investigación.....	27
CAPÍTULO III: MÉTODOLÓGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	29
3.1. Participantes.....	29
3.2. Criterios de selección.....	30
3.3. Instrumentos de recolección de información	31
3.4. Procedimiento	31
3.5. Aspectos éticos y criterios de calidad de la información.....	33
3.6. Análisis de la información	34
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
4.1. Percepción de la alianza terapéutica en la atención a distancia.....	36
4.1.1. Dimensión relacional: Un vínculo que sobrepasa la pantalla	37
4.1.2. Dimensión técnica: El compromiso, un trabajo conjunto.....	39
4.2. Condiciones de la virtualidad para el desarrollo de la alianza terapéutica	41
4.2.1. Cuerpos que no se encuentran	41

4.2.2. Resistencias	43
4.2.3. Nuevos espacios	48
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	62



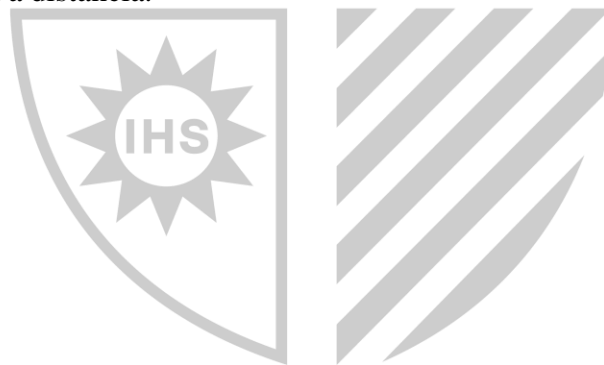


INTRODUCCIÓN

A comienzos del 2020 el mundo se paralizó como consecuencia de la propagación del virus de la Covid-19. La cuarentena y el aislamiento social fueron las principales medidas acatadas por muchos países para frenar la pandemia. Esto trajo consigo el cambio del trabajo presencial a la modalidad remota, y el caso de la atención psicológica no fue diferente. Posterior a la declaración de emergencia sanitaria en Perú, la mayoría de psicoterapeutas y centros psicológicos interrumpieron sus servicios. En un comienzo, se pensaba que sería algo momentáneo; sin embargo, con el paso del tiempo, se hizo evidente que la situación duraría más de lo esperado. Por tal motivo, se buscaron formas alternativas para retomar la atención y se optó por la atención a distancia mediante medios tecnológicos, medios que ya habían sido implementados con anterioridad, pero que también generaron cuestionamientos.

Es así como, durante la pandemia, la tecnología y las herramientas que esta nos brinda se convirtieron en los únicos recursos para el abordaje de la salud mental, y en específico de la psicoterapia. Sin embargo, es importante recordar y tener en cuenta que la asistencia remota no reemplaza la estructura psicoterapéutica preestablecida, donde se debe mantener el rapport, el encuadre, las fases de psicoterapia y el seguimiento al paciente (Moreno y Porras, 2020). En ese sentido, se entiende que la atención psicoterapéutica a distancia busca adaptar el encuadre original a las diversas particularidades y/o alteraciones propias de la atención virtual. Grinberg y Segura (2021) mencionan que el trabajar a distancia implica un cambio importante en el encuadre, ya que se debe acordar nuevos procedimientos y funciones: decidir cómo se usará los recursos tecnológicos, determinar cómo se establece e interrumpe la comunicación, etc. Adicional a ello, también menciona que la ausencia corporal y la pérdida de algunos referentes simbólicos pueden alterar en alguna medida la función continente del encuadre.

Si bien es cierto, desde hace unos años y en situaciones específicas, tanto en Perú como en otros países los recursos tecnológicos ya se usaban para la atención psicológica a distancia (Hernández, Martínez y Pacheco, 2021), esto no necesariamente hizo más fácil su implementación. En un comienzo la migración a la virtualidad no era una opción del todo válida para muchos profesionales de la salud mental, ya que suponía una pérdida del encuentro presencial. Podría decirse que existía una resistencia a su implementación y a lo que significaba ejercer una práctica diferente y desconocida para muchos, con retos, desafíos y cambios que afrontar. Carlino (2010) explica esta resistencia como una tendencia común de vivenciar lo nuevo como "extraño", raro, anormal, exótico, etc. Además de ello, indica que el grupo de profesionales que rechazan este método diferente conciben el tratamiento clásico como el único posible, ya que este ha posibilitado el desarrollo de tratamientos psicoanalíticos satisfactorios. Es así que sólo se considera un tratamiento psicoanalítico aquel que se desarrolla en un consultorio y es conducido por un psicoanalista. Sin embargo, la necesidad de continuar o iniciar un proceso psicoterapéutico convirtió a la virtualidad en la única forma de atención psicológica posible durante gran parte de la pandemia, generando así reflexiones necesarias para repensar la atención a distancia.



CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y RELEVANCIA

Actualmente la gran demanda y necesidad de atención en salud mental, es una realidad inevitable, la pandemia y todo lo que trajo consigo evidenció la necesidad de la salud mental. Como menciona Huarcaya (2020) el Covid-19 trajo consigo consecuencias psicológicas preocupantes y necesarias de atender. Desde el inicio de la pandemia se ha identificado un incremento de emociones negativas, como ansiedad, tristeza e indignación; y una disminución de las emociones positivas, como felicidad y satisfacción. Junto con ello, el autor menciona que existen evidencias sobre cómo la cuarentena y el distanciamiento social incrementan la posibilidad de problemas psicológicos y mentales. En esta línea, se hace evidente que como consecuencia de la pandemia muchas personas están viviendo diversas angustias y/o pérdidas, que demandan la existencia y disposición de espacios de contención y acompañamiento psicológico. Estimaciones epidemiológicas alrededor del mundo indican un incremento de trastornos de ansiedad y trastornos depresivos cercanos al 30% (Rivera, 2023). Es así que la psicoterapia y los beneficios que esta puede ofrecer toman un rol importante como respuesta a estas necesidades. Según Hernández et al., (2021), en el proceso de psicoterapia, los pacientes pueden recuperar un espacio íntimo, el cual se vuelve indispensable para poder elaborar de manera adecuada las pérdidas, los duelos y la incertidumbre que la pandemia puede implicar. Por tal motivo el acompañamiento psicológico virtual se volvió una herramienta indispensable, para cubrir las necesidades de salud mental.

La atención virtual o, como propone la American Psychological Association (APA), las intervenciones telepsicológicas, hace referencia a aquellos servicios psicológicos que se ofrecen mediante el uso de tecnologías, y permiten la comunicación no presencial; es decir, mediante las tecnologías de la información y comunicación (TICS) (citado en De la Torre y Pardo, 2018). El uso de las TICS en la psicoterapia, y específicamente en la realidad peruana, implica un escenario distinto tanto para el analista

como para el paciente. El encuadre psicoterapéutico se ve alterado, lo cual implica un cambio en el desarrollo de sus dinámicas, pero a la vez brinda nuevas posibilidades de trabajo (Fainstein, 2020). Es así como los procesos psicoterapéuticos virtuales empezaron a verse como una alternativa viable, tanto para el contexto de pandemia como para la actualidad. Sin embargo, el uso de esta atención alternativa también puede depender de la valoración que los profesionales brinden sobre su efectividad. La efectividad del proceso psicoterapéutico depende de diversas variables inespecíficas, compartidas por diferentes enfoques psicoterapéuticos, y dentro de estas se encuentra la alianza terapéutica (Opazo, citado en Santibáñez, Román y Vinet, 2009). Esta se ha identificado como la variable más importante e influyente en el pronóstico y resultado terapéutico (Rossetti y Botella, 2017)

En ese sentido, se considera necesario e importante investigar y conocer la percepción de la alianza terapéutica en la atención virtual. Se entiende la alianza terapéutica como un constructo transteórico y multidimensional, el cual se encuentra conformado por tres componentes: tareas, vínculo y objetivos (Bordin, citado en Waizmann y Roussos, 2007). Conocer cómo los psicoterapeutas perciben la alianza terapéutica en la virtualidad no sólo dará información valiosa sobre la viabilidad del servicio, sino también sobre las características propias de la psicoterapia virtual, ayudando a conocer y comprender los cambios que podría implicar el medio virtual en el concepto investigado, y por ende, cómo puede impactar en el éxito del proceso psicoterapéutico. Adicional a lo ya mencionado, se considera importante trabajar con psicoterapeutas psicoanalíticos, ya que el constructo a investigar posee un desarrollo dentro del marco teórico en mención. Además, se considera que el encuadre psicoanalítico posee particularidades específicas que estructuran el tratamiento, que pueden haberse visto alteradas en mayor forma por la virtualidad, entre estas tenemos el espacio, el horario, frecuencia de las sesiones, los honorarios, los roles tanto del terapeuta como del paciente, entre otros (Hernández et al., 2021). En base a lo expuesto, se plantea como importante e interesante conocer cuál es la percepción de psicoterapeutas de orientación psicoanalítica sobre el establecimiento de la alianza terapéutica en la virtualidad.

CAPÍTULO II: REVISIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. La Alianza Terapéutica

2.1.1. Orígenes y Definición de la Alianza Terapéutica

En los últimos años, se han desarrollado diversos estudios sobre la conceptualización de la alianza terapéutica. La revisión bibliográfica evidencia que existe múltiples definiciones del concepto, sin embargo, también se identifica que este es un término muy usado dentro de la “jerga” psicológica, sin importar la base teórica (Meissner, 1992; Andrade, 2005; Meissner, 2007; Waizmann y Roussos, 2009; Alzugaray, 2015; Etchevers et al, 2016; Søndena, Dalusio-King y Hebron, 2020).

La idea de lo que hoy en día se conoce como alianza terapéutica se remonta a Freud y sus postulados sobre la transferencia, Freud menciona la importancia de la complicidad y el afecto entre el terapeuta y el paciente durante el proceso terapéutico (Waizmann y Roussos, 2009). Posterior a ello Sterba (citado en Waizmann y Roussos, 2009) evidencia la importancia de que el paciente desarrolle una identificación positiva con el terapeuta, ya que en ocasiones esta puede motivar al paciente a trabajar de manera conjunta con el psicoterapeuta por el cumplimiento de las tareas terapéuticas. Por tal motivo Sterba es considerado como uno precursor del concepto.

Sin embargo, el concepto de “alianza terapéutica” en sí, se remonta a los años treinta y sus inicios se encuentran dentro del psicoanálisis (Etchevers, Helmich, Giusti y Putrino, 2016). Sin embargo, y debido a su importancia, el concepto ha traspasado las fronteras del marco teórico en mención (Feizas y Miro, citados en Waizmann y Roussos, 2009); por tal motivo, actualmente encontramos diferentes definiciones desde diferentes perspectivas teóricas. Con el desarrollo del psicoanálisis estadounidense, se consolida el concepto de alianza terapéutica (Etchevers, Garay, Korman, González, y Simkin, 2012). Setzel, en 1956, nombra por primera vez el concepto de alianza terapéutica dentro del

psicoanálisis, ello con intenciones de distinguir los aspectos “reales” de los aspectos “transferenciales” en la relación entre paciente-terapeuta (Safran y Segal citados en Waizmann y Roussos, 2007). Por su parte, Greenson (citado en Etchevers et al., 2016) plantea el concepto de alianza de trabajo, fundamental para el proceso terapéutico, y la define como la relación racional y relativamente no neurótica que el paciente desarrolla con el analista. A pesar de existir diferentes propuestas en relación a un mismo concepto, es importante dejar en claro que estos planteamientos no se invalidan entre sí. Es así que Hartley (1985) propuso entender la alianza terapéutica como una relación que se compone por la “relación real” y la relación de trabajo”. La primera haría referencia al vínculo entre el paciente y el terapeuta; y la segunda, a la capacidad de ambos individuos para trabajar en conjunto y lograr los objetivos del proceso terapéutico. Es así como este último autor planteó una unificación de las definiciones presentadas previamente.

A pesar de que el desarrollo del concepto se da dentro de la psicología del Yo, Safran y Segal (citados en Waizmann y Roussos, 2007) mencionan que es a partir de finales de la década de 1970, la alianza terapéutica comenzó a llamar la atención de teóricos e investigadores de la psicoterapia. Por tal motivo el concepto terminó traspasando sus orígenes psicodinámicos, para adentrarse en otros marcos teóricos.

Es así como el concepto empieza a desarrollarse dentro de la terapia cognitiva. Beck et al. (Citado en Etchevers et al., 2016) distinguen las diferencias del uso del término tanto en el enfoque cognitivo como en el psicodinámico. Se entiende que el primero, está influenciado por el modelo del empirismo colaborativo iniciado por Beck, donde se enfatiza el trabajo en equipo y la colaboración entre el paciente y el terapeuta, dada que trabaja en conjunto para lograr soluciones. Otra diferencia central es que el enfoque cognitivo considera la alianza terapéutica como una variable no específica, una variable auxiliar de otras técnicas que producen un cambio terapéutico (Raue y Goldfried, citado en Etchevers et al., 2016). Por su parte, la psicología sistémica también desarrolló el concepto de alianza terapéutica, pero con características particulares que la distinguen de otras teorías. Desde el enfoque sistémico se entiende la alianza terapéutica como una interacción entre el sistema del cliente (pareja o familia) y el sistema del terapeuta (supervisor y equipo terapéutico) (Mateu, Vilaregut, Campo, Artigas, y Escudero, 2014).

Finalmente, también existen planteamientos catalogados como generales. Luborsky (citado en Etchevers et al, 2016) planteó la existencia de dos tipos de alianza terapéutica, las cuales dependen de la fase o etapa de la terapia: La alianza del tipo uno se desarrolla en el inicio de la terapia y consiste en la sensación del paciente de contar

con el apoyo del terapeuta; y la alianza del tipo dos se presenta en fases posteriores, y se refiere a la sensación de trabajo conjunto. Finalmente, Bordin (1979) entiende la alianza terapéutica como un constructo multidimensional y transteórico. Según Waizmann y Roussos (2007), Bordin plantea la alianza terapéutica como aquella relación que se establece entre terapeuta y paciente y está compuesta por dos dimensiones: la relacional, formada por el vínculo entre ambos, y la técnica, formada por las tareas y metas de la terapia. Es así como este autor propone que la alianza terapéutica está compuesta por tres elementos: el vínculo, las tareas y los objetivos del tratamiento. Esta última definición es la más popular y aceptada en el ámbito psicológico, ya que muchos la consideran como un punto en común entre las diferentes corrientes psicológicas. Además de ello, esta definición es una de la más empleada para la construcción de escalas que buscan medir el constructo (Waizmann y Roussos, (2009). Por tal motivo, la presente investigación usará esta última definición para comprender el constructo a investigar.

2.1.2. Componentes de la Alianza Terapéutica

Como se menciona anteriormente, Bordin plantea que la alianza terapéutica está compuesta por dos dimensiones con componentes propios: la relacional (vínculo) y la técnica (tareas y metas). Según Feixas y Miro (citados en Waizmann y Roussos, 2007), estas dos dimensiones son complementarias, y por ende sus componentes también lo son, por lo que una correcta combinación del vínculo, las tareas y los objetivos implica una buena alianza terapéutica.

a. Vínculo

Según Bordin (citado en Santibáñez, 2003), el vínculo abarca una compleja red de nexos personales positivos entre paciente y terapeuta, y la calidad de este determina el tono emocional que el paciente tiene del terapeuta y, por ende, su colaboración en el proceso de psicoterapia. El autor también menciona que el vínculo incluye aspectos como la empatía, la confianza mutua y la aceptación. Por su parte, Fernández- Liria y Rodríguez (citados en Andrade, 2005) mencionan que otro concepto relacionado al vínculo es el rapport, que implica el grado de contacto afectivo entre el paciente y el terapeuta.

b. Tareas

Hace referencia al acuerdo acerca de los medios adecuados para alcanzar los objetivos propuestos, incluye tanto las conductas como las cogniciones dentro de la

terapia. Además, se plantea y espera que, si una relación terapéutica está funcionando adecuadamente, tanto paciente como terapeuta son capaces de percibir la importancia y relevancia de las tareas acordadas, haciendo que ambos están dispuestos a aceptar la responsabilidad de cumplir con las mismas (Bordin citado en Santibáñez et al., 2003). Es decir, las tareas son esas actividades que el paciente debe de cumplir para poder beneficiarse del proceso psicoterapéutico. Según Safran y Muran (2005) existen diferentes tareas y objetivos dentro del psicoanálisis: en el psicoanálisis clásico se puede entender como tarea el desarrollo de la asociación libre, el acceso a sentimientos dolorosos o la reconstrucción de recuerdos históricos; mientras que, en el enfoque psicoanalítico existencial, el proceso de relacionarse con el psicoterapeuta de forma genuina y orgánica puede ser considerado como una tarea terapéutica en sí.

c. Objetivos del tratamiento

Implica el mutuo acuerdo sobre lo que se pretende lograr con la intervención psicoterapéutica (Andrade, 2005). Si es que tanto el terapeuta como el paciente valoran y respaldan las metas establecidas, se puede hablar de una fuerte alianza terapéutica (Bordin citado en Santibáñez, 2003).

2.1.3. Alianza terapéutica y psicoterapia

Anteriormente se ha mencionado la importancia y la valoración que la alianza terapéutica dentro del proceso psicoterapéutico. Es así como existe un creciente interés por el concepto y se han desarrollado diversas investigaciones, desde diferentes corrientes teóricas. Entre las principales encontramos aquellas que evidencian la existencia de una relación positiva y significativa entre la alianza terapéutica y los resultados satisfactorios en psicoterapia (Horvath, y Symonds, 1991; Horvath y Bedi, 2002; Marcolino e Iacoponi, 2003; Santibáñez et al., 2009; Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds, 2011). Bajo la misma línea, existen investigaciones centradas en identificar como la evaluación de la alianza terapéutica puede brindar un panorama general de los posibles resultados psicoterapéuticos (Horvath y Symonds, 1991; Horvath y Bedi, 2002; Etchevers, et al., 2013).

Por otro lado, existen investigaciones que relacionan la alianza terapéutica con otras variables del proceso psicoterapéutico. Entre ellas encontramos estudios que

evidencian la importancia de la alianza terapéutica en el tratamiento de problemas psicológicos específicos como el alcoholismo (Dundon, et al., 2008). También aquellas que muestran un creciente interés por conocer si existe una relación entre las características propias de los psicoterapeutas y el desarrollo de la alianza terapéutica (Etchevers et al, 2016). Entre las cuales, se puede identificar la de Cáceres (2019) quien realizó una investigación que buscaba conocer cómo el estilo personal de los psicoterapeutas, la empatía y la alianza terapéutica se relacionan. Para ello se utilizó el enfoque cuantitativo de corte transversal, y de tipo correlacional. Sin embargo, los resultados no identificaron una relación significativa entre las variables evaluadas. Por tal motivo los autores recomiendan continuar con estudios que hagan referencia a las características idiosincráticas de los psicoterapeutas y su relación con la alianza terapéutica. Esto mediante una revisión teórica exhaustiva y mejores instrumentos de medición.

Finalmente, dentro de la teoría se identifican bibliografía como la de Safrán y Muran (2005) donde los autores brindan una guía práctica de la intervención psicoterapéutica relacional partiendo de la revisión teórica de la alianza terapéutica y su importancia práctica dentro del enfoque psicoanalítico relacional.

2.1.4. Investigaciones previas

La alianza terapéutica es un constructo que ha tomado mucha relevancia en los últimos años, debido a su estrecha relación con el cambio o éxito terapéutico. Por tal motivo, se encuentran diversos estudios con diferentes objetivos y desde diversos enfoques terapéuticos. Entre ellos encontramos investigaciones que buscan definir el concepto y realizar una revisión histórica (Andrade, 2005; Waizmann, y Roussos, 2007; Waizmann y Roussos, 2009 ; Etchevers, Simkin, González y Muzzio, 2012; Alzugaray, 2015; Etchevers et al., 2016 ; Maldavsky, Álvarez, Neves y Tate de Stanley, 2017); Rodríguez, Rueda, Arias, Jimes, 2021); investigaciones que buscan relacionarlo con otras variables (Rossetti y Botella, 2017; De la Fuente y Cruz, 2017.), investigaciones que buscan analizar su relación con el éxito terapéutico (Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham y Shapiro, 1998; Santibáñez, Román y Vinet, 2009; Helmich y Etchevers, 2020; Goldberg, 2016); y aquellas investigaciones interesadas en la ruptura y reparación de la alianza a terapéutica, las cuales han tenido un incremento en los últimos años (Salgado,

2016; Manubens, Roussos, Olivera y Gómez, 2018; Valdés, Gómez y Reinel, 2018). Según Rodríguez et al. (2021), Argentina es el país de Latinoamérica con mayores investigaciones referidas a la temática en cuestión.

Con relación a investigaciones que se centren en la percepción de la alianza terapéutica, se encontraron pocas investigaciones, entre ellas la realizada por Cabrera (2009). La investigación tenía como objetivo conocer más a detalle el constructor y así poder describir cómo es percibido por los 24 profesionales partícipes (psicólogos y psiquiatras), esto mediante una estructura semiestructurada. Los resultados evidencian que, a pesar de las diferentes orientaciones teóricas de los participantes, la alianza terapéutica es reconocida y entendida como el vínculo afectivo entre paciente y terapeuta. Además, también se identifican elementos comunes importantes: respeto, apertura, aceptación incondicional, ética, confidencialidad, profesionalismo, y conocimiento del terapeuta. Por su parte García, Fantin e Isgró (2015), desarrollan una investigación que tenía como objetivo indagar la percepción de los pacientes sobre la relación establecida en el proceso psicoterapéutico. Los resultados mostraron que los pacientes que no poseen conocimiento sobre la existencia de diversos enfoques en la psicoterapia tienden a valorar más positivamente los aspectos vinculares de la relación terapéutica; mientras que los pacientes que tienen cierto conocimiento poseen expectativas más altas sobre los resultados que se pretenden alcanzar.

Finalmente, se cuenta con algunas investigaciones contextualizadas en el marco de la pandemia actual. Entre ellas se encuentra la desarrollada por Casari y Stefanini (2020). Esta tenía como objetivo explorar la percepción de los pacientes que migraron a la virtualidad sobre esta práctica, y analizar si esto influye de alguna manera en la alianza terapéutica. La investigación trabajó con 143 pacientes, que habían iniciado un proceso terapéutico previo a la declaración de emergencia sanitaria. Los resultados evidenciaron que las personas que no percibían diferencia entre lo virtual y lo presencial presentaban mayores niveles de alianza terapéutica. La investigación concluyó reafirmando la importancia de la alianza terapéutica y su investigación. Es así como se recomendó investigar desde otra perspectiva, es decir, desde la perspectiva del psicoterapeuta. Esto último, ayudaría a brindar un panorama general y más amplio, ya que siempre es recomendable contar ambas perspectivas.

Por su parte Simpson, Richardson, Pietrabissa, Castelnuovo y Reid (2020) desarrollan un artículo que busca explicar cómo se desarrollan los procesos psicoterapéuticos y la alianza terapéutica en la atención a distancia, en el contexto de la

COVID-19. Los autores realizan una revisión de investigaciones previas, y a partir de ello pretenden exponer la viabilidad de la atención psicoterapéutica mediante medios tecnológicos en el contexto de pandemia. Referente a los procesos psicoterapéuticos se identifican ciertas particularidades que pueden entenderse como oportunidades favorecedoras para los procesos terapéuticos y para el desarrollo de la relación paciente - terapeuta, y por ende la alianza terapéutica. Entre estos se identifica: el espacio donde se desarrollan las sesiones, la flexibilidad que la atención virtual pueda brindar y la oportunidad de cocrear un modelo terapéutico en un contexto particular.

Si bien es cierto que no se encuentran más investigaciones referidas a la percepción de la alianza terapéutica desde la virtualidad por parte de los psicoterapeutas, se identifican algunas con objetivos similares. Ejemplo de ello es la realizada por Mitchell (2020) quien desarrolla una investigación cualitativa que busca explorar la experiencia subjetiva de un grupo de psicoterapeutas inglesas que hacen uso de las videoconferencias para brindar atención psicoterapéutica en el contexto de pandemia COVID.19. Se trabajó con seis psicoterapeutas de enfoque integrativo y los resultados fueron agrupados en cuatro temas: “Visto y oculto”, “Intimidad y distancia”, “Abierto para conectar” y “Mundos similares pero diferentes”. Estas temáticas desarrollan desafíos y oportunidades que el medio virtual puede brindar a la relación paciente-terapeuta. Los resultados indican que los psicoterapeutas pueden interactuar y experimentar una relación a profundidad mediante medios virtuales, es así que se desarrolla la alianza terapéutica y los procesos reparativos y transferenciales. Sin embargo, los autores mencionan la necesidad de más investigación que ayude a comprender las fortalezas y limitaciones del trabajo en línea y así obtener un entendimiento más profundo del fenómeno.

Por su parte Messina y Loffer-Stastka (2021), desarrollaron una investigación que tenía como objetivo conocer cómo la experiencia de los terapeutas, de diferentes orientaciones psicológicas, puede variar si es que la atención que brindan es presencial o virtual, todo ello en el contexto de pandemia COVID-19. Para esto se decidió tener en cuenta tres dimensiones principales: la percepción de las habilidades, la percepción de las dificultades y los sentimientos de los terapeutas durante las sesiones. Los resultados indicaron que los terapeutas perciben de manera diferente su desempeño al realizar la terapia en entornos en vivo y en línea. Respecto a las dimensiones se identifica que existen puntuaciones significativamente diferentes en las habilidades clínicas y los sentimientos generados durante las sesiones. En la atención presencial se observaron puntuaciones más altas de habilidades clínicas y los sentimientos experimentados son diferentes según la

modalidad terapéutica. Por otro lado, no se identificaron diferencias en la percepción de las dificultades.

Finalmente, se encuentra la investigación desarrollada por Fagundes, Paris y Barcellos (2021), cuya investigación tuvo como objetivo explorar cómo los psicoterapeutas psicodinámicos / psicoanalíticos perciben su práctica en entornos en línea, donde se incluían aspectos técnicos y relacionales, propios del proceso terapéutico, en comparación con su experiencia en la atención presencial. Los autores desarrollaron un estudio cualitativo con enfoque exploratorio y los resultados se organizaron en dos temas principales: práctica y técnica de psicoterapia en línea y proceso psicodinámico en psicoterapia en línea. Los resultados indican que la psicoterapia psicodinámica en línea tiene muchas características distintivas(encuadre) y por tal motivo requiere adaptaciones para el terapeuta. Referente a ello se hace énfasis en la importancia de mantener ciertos aspectos constantes como el lugar del encuentro virtual y las condiciones de este.

2.1.5. Instrumentos de Medición

Teniendo en cuenta el último punto mencionado, se identifica que actualmente existen diversos instrumentos para medir la alianza terapéutica; entre estos tenemos los siguientes: La Escala de Evaluación de la Alianza Terapéutica (HRQ), *Working Alliance Theory of Change Inventory* (WATOCI) (Duncan y Miller, 1999), *Working Alliance Inventory* (WAI) (Horvath y Greenberg, 1986) e *Integrative Psychotherapy Alliance Scales* (IPAS) (Pinsof y Chatherall, 1986). Estos dos últimos instrumentos fueron desarrollados en base a los postulados de Bordin sobre la alianza terapéutica. Es así que también se encuentran estudios centrados en determinar la validez y la confiabilidad de la WAI (Söygut y Isikli, 2008; Söygut y Uluc, 2009). Por último, se encuentran adaptaciones, como la realizada por Santibañez (2001), quien realizó la adaptación del WAI con población chilena titulada *Inventario de Alianza de Trabajo* (IAT). La cual presenta una adecuada confiabilidad, pero una validez moderada, recomendando así un uso cuidadoso de esta (Santibañez, 2003). Por otro lado, Corbella y Botella (2004) realizaron una adaptación de la WATOCI, escala basada en el WAI; sin embargo, los autores concluyeron que la estructura teórica del instrumento debería de refinarse más y que, a pesar de su relación con la WAI, esta no encaja con la propuesta teórica de Bordin.

En base a lo expuesto se identifica que existen diversos instrumentos para medir la alianza terapéutica, desde diferentes planteamientos teóricos, esto evidencia la

complejidad del concepto. Sin embargo, existe un vacío teórico referente a investigaciones que brinden información sobre cómo se desarrolla la alianza terapéutica en un contexto equiparable a la pandemia del COVID-19, donde existió una migración a la virtualidad. En ese sentido, también sería interesante conocer cómo los psicoterapeutas han vivenciado el desarrollo de los cambios que el contexto de pandemia pudo implicar para trabajar la alianza terapéutica, Es importante recordar, que si bien es cierto el concepto de alianza terapéutica es fundamental para el logro de objetivos, también es un concepto que habla de la relación paciente-terapeuta, y que el contexto de pandemia puede influir de manera directa en cómo ambos sujetos, partícipes de la relación, lo vivencian.

2.2. La psicoterapia virtual



Desde hace unos años se vivencia el avance de las tecnologías y con ello la irrupción de estas en la vida diaria. El rápido avance de esta nos ha dado diversas herramientas, que hoy en día son fundamentales en nuestro día a día. Es así como la incorporación de tecnología en el ámbito psicológico no es algo de ahora o de un pasado cercano, la psicología ha se ha beneficiado de los avances tecnológicos desde hace mucho tiempo. Según McMinn (citado en Miro, 2007), las innovaciones tecnológicas en la práctica clínica se han dado durante mucho tiempo y pueden clasificarse en tres oleadas: La primera, la cual ayudó a agilizar y mejorar actividades administrativas; la segunda, que tuvo un mayor impacto en la atención ya que hace referencia a la implementación de programas para la evaluación mediante computadoras y correo electrónico; y finalmente, la tercera que hace referencia a innovaciones como el tratamiento virtual.

Bajo la misma línea, la relación entre las TICS y la psicoterapia comenzó desde los años 60 mediante programas que emulaban diálogos entre paciente y terapeuta virtual, estos tenían como objetivo conocer las potencialidades de la interacción humano-máquina. El más famoso se llamó Eliza y tenía como objetivo imitar el tratamiento Rogeriano (Weizenbaum, citado en Roussos y Braun, 2018). Como se evidencia, la tecnología, con el paso del tiempo, va tomando un rol importante en la labor psicoterapéutica. Es así como actualmente, se emplean diversas TICS en la labor psicoterapéutica, y entre las más comunes tenemos: las llamadas telefónicas, las videollamadas, la mensajería instantánea, y las aplicaciones para celulares (Moreno y

Porras, 2020). La implementación de estas herramientas tecnológicas trajo consigo la necesidad de un nuevo concepto: la telepsicología.

Actualmente la psicoterapia virtual es una práctica que va creciendo, y junto con su crecimiento práctico también se va desarrollando su conocimiento teórico. Es así como existen guías y manuales de atención. Por su parte, también existen diversas investigaciones, entre las más comunes tenemos aquellas que buscan evaluar su efectividad y compararla con la atención presencial. Barak, Hen, Boniel-Nissim y Shapira (2008) realizaron una recopilación de investigaciones, que buscaban examinar la efectividad de la terapia en línea de diferentes formas, para después desarrollar un metaanálisis de todos los estudios. En total fueron sesenta y nueve estudios evaluados, los cuales debían de cumplir con seis criterios específicos: haber sido publicados en un revista científica hasta marzo del 2006; haber estudiado empíricamente la eficacia de los procesos psicoterapéuticos de forma virtual; haber evaluado tratamientos psicoterapéuticos; contar con más de cinco participantes que reciben atención a distancia; haber evaluado la efectividad psicoterapéutica mediante comparaciones cuantitativas (pretest o postest); y haber evaluado la efectividad del tratamiento por lo menos en base a una medición real del resultado. Es así como los autores concluyen que los resultados del metaanálisis evidencian la validez de las intervenciones a distancia, pero también permiten identificar limitaciones y recomendaciones propias de este tipo de atención.

Siguiendo esta línea, Sabin y Harland (2017) desarrollan una reflexión sobre los desafíos éticos a tomar en cuenta en la atención a distancia. Se identifican cuatro desafíos éticos importantes: gestionar los límites; mantener la privacidad y la confidencialidad; establecer expectativas realistas respecto a la comunicación virtual; y mantener los ideales profesionales. Si bien es cierto los autores identifican que las expectativas éticas tradicionales son válidas para el trabajo virtual, también consideran que debe de existir una orientación para su adaptación en la práctica virtual. En ese sentido se entiende que la investigación y constante reflexión sobre la atención virtual es una necesidad real y actual.

2.2.1 Psicoterapia psicoanalítica virtual

Durante los últimos años las investigaciones sobre la práctica psicoanalítica a distancia han incrementado, es importante reconocer que su práctica no es del todo nueva esta se remonta a los años 50 en los Estados Unidos (Saul, cita en Scharff, 2014). Carlino

(2014), identifica que a mediados de los '90 este método era usado por pocos analistas, y en caso fuera ejercida se daba con rigurosidad analítica y cuidado. Adicional a ello, el autor menciona que eran muy pocos los analistas que publicaban sus hallazgos y reflexiones, y en caso fueran publicados estos escritos no tenían mucha difusión.

Sin embargo, con el paso del tiempo y los constantes cambios tecnológicos que influyen y transforman a la población y las relaciones que se establecen en esta, su práctica fue aumentando, pero por lo general en casos específicos donde la atención presencial, por diferentes circunstancias, no se podía dar (Carlino, 2010, Carlino 2014). Es decir, era una opción excepcional.

Como se mencionó anteriormente, por lo general existe cierta resistencia a la atención remota en el psicoanálisis. Usualmente, se alude a que esta práctica implica una ruptura del encuadre psicoanalítico, muy importante y valorado desde la teoría y la práctica, por lo que su aplicación significaría un error (Brainsky, 2003; Yamin Habib, 2003; Argentieri y Mehler, 2003).

Sin embargo, también existen ciertos profesionales que defienden y consideran una opción viable a la atención a distancia, aún con las alteraciones que pueda implicar en el encuadre. Entre ellos tenemos a Carlino, psicoanalista que se ha dedicado a estudiar y defender la práctica psicoanalítica mediante medios tecnológicos. Su obra más destacada es “Psicoanálisis a distancia: teléfono, videoconferencia, chat, email” publicada en 2010, donde propone una reflexión de lo que implica la práctica psicoanalítica a distancia y su relación con la teoría y la técnica analítica clásica. Para Carlino (2014) la teoría clásica resulta insuficiente para atender la demanda de tratamientos a distancia, es así que es necesario, redefinir el lugar que ocupan algunos conceptos fundamentales en esta nueva forma de psicoanalizar, tales como: "real", "virtual", "presencia", "contacto", "encuentro". Esta reflexión lo lleva a proponer nuevos conceptos teóricos compatibles con la atención a distancia como la “presencia comunicativa”. Por su parte también encontramos a Scharff (2014), quien argumenta que el “teleanálisis” valora de igual manera que el trabajo presencial los principios psicoanalíticos como: el encuadre firme, la postura no directiva, la asociación libre, la comunicación inconsciente, el análisis de la resistencia, el análisis de los sueños y el análisis de la transferencia y contratransferencia.

Finalmente, teniendo en cuenta el contexto de la pandemia COVID-19 Grinberg y Segura (2021) realizaron un artículo científico que busca reflexionar sobre las características propias de la atención a distancia, específicamente en relación a: el tiempo,

el espacio, la distancia, la privacidad y la intimidad. En el documento se analiza el proceso psicoterapéutico a distancia y se logran identificar similitudes y diferencias, ventajas e inconvenientes en comparación a la atención presencial. Los autores hacen énfasis en la importancia de que el psicoanálisis se adapte a los cambios tecnológicos y las posibilidades que estos brindan; además de comprender la importancia de las características propias de la atención a distancia para su práctica. Es evidente que, en la actualidad, la atención psicoanalítica a distancia se ha vuelto una temática importante y necesaria de revisar, repensar e investigar. Frente a la necesidad de hacer uso de esta, también se encuentra la necesidad de conocerla de manera adecuada y familiarizarse con su práctica.

2.3. Percepción

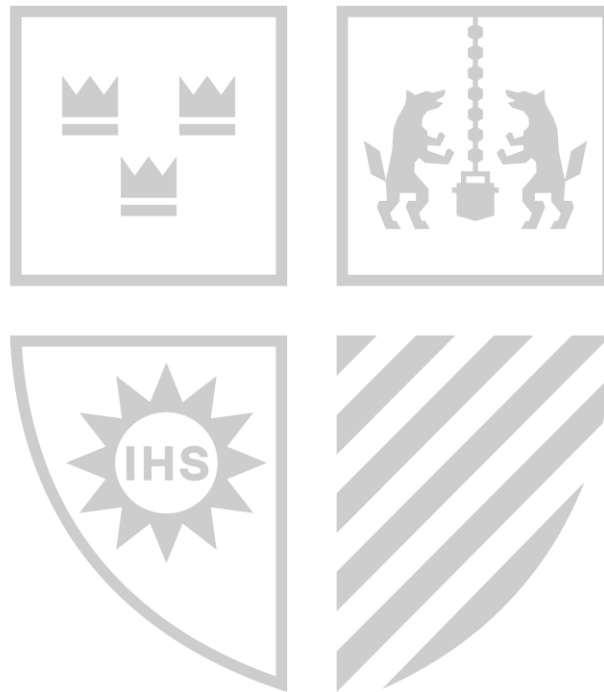
La percepción, es un concepto estudiado desde diferentes puntos teóricos. Tal como menciona Barthey (citado en Arias, 2006) el presente constructo o variable, no solo se usa en la psicología, también es una palabra con diversos significados en el lenguaje común. El autor menciona que se puede entender la percepción como: a) cualquier acto o proceso de conocimiento de objetos, hechos o verdades, sea por la experiencia sensorial o por el pensamiento; es decir una conciencia de los objetos, un conocimiento; b) Una referencia a la sensación causada por un objeto externo; c) un conocimiento inmediato o intuición, o juicio; una comprensión análoga a la percepción sensorial con respecto a su inmediatez y al sentimiento de certeza que lo acompaña, que frecuentemente implica una observación agradable o una discriminación sutil.

Sin embargo, dentro del presente trabajo se tomará la definición planteada por Vargas (1994) quien considera la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, proceso en el cual también intervienen otros procesos psíquicos (aprendizaje, la memoria y la simbolización), y se genera gracias a la constante interacción del individuo y su medio.

2.4. Objetivos de la investigación

La presente investigación tiene como objetivo principal explorar las percepciones que tienen los psicoterapeutas psicoanalíticos sobre la alianza terapéutica en la virtualidad. Bajo esa línea se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Conocer la percepción de los cambios que implica la virtualidad en la alianza terapéutica.
- Explorar la percepción de las posibilidades, limitaciones y desafíos percibidos en la psicoterapia virtual para el establecimiento de la alianza terapéutica.



CAPÍTULO III: MÉTODOLÓGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se desarrolló a partir del método cualitativo, donde se entiende la realidad como una construcción co-creada y determinada tanto por el contexto como por los individuos que interactúan y son parte de esta (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Es así como el presente enfoque permite explorar, de forma detallada, las percepciones de los participantes sobre la alianza terapéutica en la atención a distancia. Cada psicoterapeuta interpreta y maneja el marco teórico y la práctica clínica a partir de su propia subjetividad, por lo que el enfoque cualitativo permite un acercamiento enriquecedor y valioso a la perspectiva de cada participante. Además, se planteó un alcance exploratorio, que va acorde a los objetivos planteados y al contexto en el cual se enmarcó la investigación. Este alcance permite examinar un tema o problemática poco estudiada y así mejorar su comprensión, posibilitando a su vez el desarrollo de futuras investigaciones (Hernández, et al., 2014).

Finalmente, el diseño de investigación escogido fue el fenomenológico, ya que permite el estudio del fenómeno tal y como es percibido, experimentado y vivido por los participantes (Gurdián-Fernández, 2007). Este diseño ayuda a brindar una aproximación más cercana a la realidad de los sujetos, dando acceso al análisis de experiencias, tanto colectivas como individuales sobre cómo estos viven el fenómeno. Es así como se logra poner énfasis a las experiencias y percepciones singulares de cada participante.

4.1. Participantes

La presente investigación trabajó con un grupo de psicoterapeutas, tanto hombres como mujeres, de formación psicoanalítica, residentes en Lima y pertenecientes a una institución que brinda formación y atención psicológica psicoanalítica. Los participantes elegidos cuentan con ciertos años de experiencia práctica y teórica en

procesos psicoterapéuticos. El rango mínimo de experiencia se eligió teniendo en cuenta la cantidad de años promedio de la formación psicoterapéutica en el Perú. En ese sentido su experiencia práctica y su formación, garantizando la calidad de la información recabada.

El grupo de participantes estuvo conformado por seis psicoterapeutas, número definido por el criterio de poder de la información. Adicional al criterio mencionado, se decidió trabajar con un grupo reducido de participantes para cumplir con los objetivos del tipo de investigación planteada (fenomenológica de alcance exploratorio), donde un grupo pequeño de participantes permite una exploración a detalle del fenómeno a investigar. Lo antes mencionado va en relación a lo propuesto por Polkinghorne (citado en Creswell, 2007), quien menciona que la existencia de un rango adecuado de participantes en investigaciones del tipo fenomenológico, de 5 a 25 participantes. Es así que la cantidad reducida de participantes se ve justificada en la importancia de analizar a profundidad la información recabada.

Las edades de los participantes oscilan entre 31 y 63, siendo la edad promedio 47. Por otro lado, los años de experiencia oscilan entre los 5 y 15.

4.2. Criterios de selección

Se utilizó el muestreo de expertos ya que el constructo investigado y los objetivos planteados requieren personas capaces de dar cuenta de la información de forma adecuada (Hernández, et al., 2014). Esto es fundamental y va acorde al alcance exploratorio de la investigación. Es así como el muestreo escogido velará por la obtención de información nueva y precisa. Los criterios de inclusión considerados fueron los siguientes:

- Psicoterapeutas que hayan culminado su formación en psicoterapia de corte psicoanalítico en alguna institución formal. Esto garantizará el dominio teórico y práctico del proceso psicoterapéutico psicoanalítico; y garantizará un marco conceptual compartido.
- Psicoterapeutas psicoanalíticos que continuaron e iniciaron procesos psicoterapéuticos mediante la modalidad virtual.

- Tener un mínimo de 4 años de experiencia en la clínica psicoterapéutica. Esto considerando la duración promedio del programa de formación en Lima.
- Tener al menos 6 meses de experiencia en atención a distancia.

4.3. Instrumentos de recolección de información

Se usó una ficha sociodemográfica con el objetivo de caracterizar a los participantes en términos de género, edad, centro de formación, años de experiencia y número de pacientes. El instrumento principal para el recojo de información fue la entrevista semiestructurada a profundidad. Esta se desarrolló en base a la guía previamente establecida, resultado de la fase piloto. La entrevista buscó conocer la percepción de los psicoterapeutas psicoanalíticos sobre la alianza terapéutica en la atención virtual. Es así como las preguntas planteadas interrelacionan los diferentes componentes de la alianza terapéutica junto con la percepción del participante sobre esta. Esta permite acceder, mediante el lenguaje de cada sujeto, a las creencias, la vida social y cultural (Rodríguez, Gil y García, 1996). Adicional a lo ya mencionado, la flexibilidad y libertad que esta entrevista brinda permite al investigador acomodarse a la información que va emergiendo.

La guía de entrevista propuesta cuenta con doce preguntas y está dividida en base a las siguientes temáticas: la alianza terapéutica en la virtualidad, cambios en la alianza terapéutica a partir de la virtualidad y ventajas o desventajas de la virtualidad con relación a la alianza terapéutica. Por otro lado, la última pregunta es una pregunta abierta que brinda la oportunidad al participante de mencionar o aclarar algún punto que crea necesario.

4.4. Procedimiento

La presente investigación se realizó en el contexto de la pandemia COVID-19 y, por ende, de distanciamiento social. Es así como toda la investigación se desarrolló de forma virtual. Primero, se realizó una guía de entrevista, la cual fue sometida a evaluación por dos personas con experiencia previa en investigaciones. La primera experta fue una licenciada en psicología con conocimiento teórico y práctico de la psicoterapia psicoanalítica; además de estar familiarizada con la población ya que se encuentra en

formación psicoterapéutica. La segunda experta fue una psicóloga licenciada, con experiencia en docencia y práctica de investigación cualitativa, especializada en el diseño fenomenológico.

A partir de la revisión se recomendó reformular algunas preguntas para mejorar su comprensión y así lograr que las respuestas puedan hacer alusión al objetivo planteado. Junto con eso, se sugirió evaluar el orden de las preguntas. En base a ello, se modificó la redacción de las preguntas señaladas y se terminó eliminando las preguntas que interrumpían la fluidez y secuencia lógica de la entrevista. Además de ello, se decidió agregar una pregunta, sugerida por la experta, ya que contribuía a la recolección de información en base a los objetivos planteados.

Posterior a las correcciones y revisiones correspondientes, se inició la fase piloto, donde se puso a prueba la guía de entrevista. Esto con el fin de identificar si el instrumento era el adecuado para recoger la información deseada y por ende cumplir con los objetivos planteados. Además de ello, se logró verificar la comprensión y coherencia de las preguntas. Para dicha fase se decidió trabajar con psicoterapeutas psicoanalíticos en su último año de formación. Es así que se procedió a contactar con la Directora de Formación Académica del centro de atención y formación psicoanalítica, para pedir su colaboración y el permiso correspondiente. Los participantes de la fase piloto cumplieron con los requisitos de tener experiencia previa en la atención presencial, y estar atendiendo de forma virtual en la actualidad. Se consideró pertinente trabajar con la población antes mencionada ya que encontrarse en un proceso de formación garantiza el marco teórico y práctico común, que a la vez es respaldado por la institución formativa a la que pertenecen.

Posterior a la aprobación del apoyo solicitado, una colaboradora administrativa del centro brindó el nombre y número de las personas interesadas en colaborar. Es así como se procedió a realizar el contacto inicial donde la investigadora se presentó y comentó de manera breve en qué consistiría la participación dentro de la investigación. Posterior a ello, se coordinó una videollamada y se envió el consentimiento informado. El total de participantes de la fase piloto fueron tres, todas eran mujeres y el rango de edad fue de 35 a 48. Las entrevistas duraron aproximadamente 45 minutos, fueron entrevistas fluidas donde se comprobó que las preguntas eran comprensibles y cumplen con sus objetivos. Sin embargo, se identificó que la pregunta inicial era muy abierta, por lo que se decidió modificarla y centrarse en la temática. Además de ello, se decidió agregar repreguntas específicas por si era necesario redireccionar las preguntas.

Posterior a la prueba piloto y la revisión de la guía de entrevista, se inició el contacto con dos instituciones estratégicas que servirían como nexo entre la investigadora y los participantes. Lamentablemente el contacto sólo se concretó con una institución. En esta ocasión se presentó una carta para solicitar el permiso correspondiente y una vez aprobado la institución invitó a todos los especialistas que cumplieran con los criterios a participar. Posterior a la divulgación de la investigación, una trabajadora administrativa del centro se comunicó con la investigadora para compartir los datos de contacto de las personas interesadas. Se procedió a contactar a los posibles participantes y posterior a la aprobación de estos, se agendaron fechas para las entrevistas virtuales. Las entrevistas se realizaron por la plataforma digital de Zoom, previa presentación del consentimiento informado, garantizando así los cuidados éticos de toda investigación. Las entrevistas fueron grabadas para su transcripción y duraron entre 45 y 60 minutos.

4.5. Aspectos éticos y criterios de calidad de la información

Previamente a la entrevista, se presentó el consentimiento informado a cada participante. Junto con ello, se destinó unos minutos de la reunión para dar una breve explicación de este y resolver todas las posibles dudas. En la explicación se mencionaron los puntos relevantes del consentimiento y se les pidió a los participantes confirmar su consentimiento verbalmente. En el consentimiento informado se indicó que el participante tiene el derecho de retirarse de la investigación cuando desee, que sus datos serán completamente anónimos y confidenciales, asignándole un seudónimo. Junto con eso, se brindó información sobre los objetivos de la investigación y las vías de contacto tanto de la investigadora como del asesor asignado, por si existiera alguna duda.

Por otro lado, uno de los criterios de calidad de información usados en la presente investigación es la confirmabilidad, o comúnmente denominada neutralidad, que se cuidará durante todo el desarrollo de esta. Desde la perspectiva cualitativa, se entiende la confirmabilidad como la neutralidad en los datos obtenidos y sus interpretaciones. Las inclinaciones, motivaciones, intereses o concepciones propias del investigador se mantienen al margen de lo encontrado (Rodríguez, et al., 1996). Esto se logrará gracias al desarrollo de la estrategia de triangulación, y la reflexión constante en torno a lo encontrado. Se desea trabajar con la triangulación de datos, que según Guardián (2007), consiste en usar una gran variedad de datos dentro del estudio que provengan de diferentes

fuentes. Es así como la cantidad de participantes establecidos y el énfasis que se pretende dar a la subjetividad de cada uno, que es de carácter idiosincrático, permitirá lograr el objetivo mencionado. Además de eso, se tendrá mucho cuidado con la información recabada en las entrevistas, se respetará el lenguaje de cada participante y no se agregará ninguna interpretación propia de la investigadora. Es decir, el análisis se realizará en base a las respuestas textuales.

4.6. Análisis de la información

La información obtenida dentro de esta investigación se analizó desde la modalidad del análisis de contenido temático. Para Marradi, Archenti, y Piovani (citado en Herrera, 2018) el análisis de contenido es una técnica de interpretación que se basa en la descomposición y clasificación de la información. Es así que se usó un análisis de contenido temático inductivo, centrado en la reducción de la información en categorías, para luego ir agrupándolas, hasta lograr unas temáticas centrales. Se escoge este análisis ya que la investigación entiende la realidad del fenómeno como la construcción propia de cada participante. Esta cuenta con seis fases: familiarización con los datos, generación de categorías, búsqueda de temas, revisión de temas, definición y denominación de temas y producción del informe final.

La primera fase consiste en la transcripción y revisión de las entrevistas, es decir, una primera revisión de la información. Posterior a la familiarización de datos se generaron categorías para ayudar a organizar y relacionar la información obtenida. Esto con el objetivo de identificar temáticas comunes que se plantearon en una primera matriz. La matriz indicaba la codificación realizada, junto con las citas correspondientes de cada uno de los participantes. Una vez realizada la codificación se identificaron temas recurrentes para pasar a la fase de definición y denominación de temática. Para este proceso se realizó una nueva matriz de agrupamiento y desarrollo de temáticas. Es así que se tomaron las categorías identificadas en la primera matriz para crear las temáticas y posterior a ello se definieron cuáles fueron las más comunes, las más diferentes y las menos frecuentes (Hernández, et al., 2014). Una vez definidas las temáticas comunes se realizó la fase interpretativa, donde se describieron los resultados relevantes de forma organizada.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A partir del análisis de datos, se identificaron dos temáticas principales tituladas: “Percepción de la alianza terapéutica en la atención a distancia” y “Condiciones de la virtualidad para el desarrollo de la alianza terapéutica”. Ambas temáticas presentan subtemas que responden a los objetivos de la presente investigación.

Según lo hallado, es posible establecer y mantener una buena alianza terapéutica mediante la virtualidad. Sin embargo, ello no significa que no existen retos para su desarrollo. Los participantes reconocen que el trabajar a distancia, gracias a herramientas tecnológicas, implica un cambio significativo en el encuentro, y por ende en cómo se establece y desarrolla la alianza terapéutica; es así como presenta facilidades y complejidades propias del proceso virtual. Siguiendo esta línea, se reconoce la necesidad e importancia de desarrollar y/o utilizar diferentes recursos (propios o externos) que se adapten al medio virtual y a las particularidades de cada paciente. Finalmente, se identifica que, a pesar de las dudas o resistencias iniciales por trabajar de forma virtual, el trabajo a distancia es percibido como positivo. Por tal motivo, los participantes empiezan a considerar la atención a distancia como una “nueva” opción de atención.

4.1. Percepción de la alianza terapéutica en la atención a distancia

La presente categoría se divide en la percepción de la alianza terapéutica en sus dos dimensiones: la relacional, conformada por el vínculo paciente- terapeuta; y la técnica, que implica el acuerdo y cumplimiento de tareas y metas.

4.1.1. Dimensión relacional: Un vínculo que sobrepasa la pantalla

Tras el análisis de los resultados, se identifica que los participantes perciben el vínculo o la relación paciente-terapeuta como factor principal para el desarrollo de una buena alianza, donde la confianza y la empatía son las características más valoradas.

Todos los participantes manifiestan que es posible desarrollar y mantener una relación paciente-terapeuta en la virtualidad. Esta relación contribuiría de forma significativa al desarrollo de la alianza terapéutica. Es así como no se percibe un cambio drástico entre la alianza que se desarrolla de forma presencial y la que se desarrolla a distancia.

En realidad, no difiere mucho de la presencial. Creo que la alianza terapéutica es algo que sobrepasa; es un tipo de vínculo que sobrepasa la presencia en la virtualidad. Creo que tiene más que ver con ese sentir a través de las palabras que refleja al mismo tiempo esos sentimientos que ocurren entre paciente y terapeuta mutuamente. (Fiorella, 63 años)

Entonces, se entiende que el medio tecnológico por el cual se brinda la psicoterapia no impide el desarrollo de la alianza terapéutica. Esto concuerda con diversos estudios revisados (Mitchell, 2020; Simpson et al., 2021) que confirman que la atención de forma virtual no interfiere de manera significativa con el establecimiento de la alianza terapéutica ni su calidad. Esto puede entenderse desde la importancia de sentir la presencia de un otro al establecer una relación.

En ese sentido, es importante entender la influencia de la Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) en la sociedad, donde la preconcepción subjetiva y objetiva de distancia y presencia ha sido cuestionada, y lleva a redefinir lo que está presente o ausente, lo cercano y lo distante (Carlino, 2014). Es así como el autor propone el concepto de “presencia comunicativa”. Se entiende como “presencia comunicativa” a la presencia que no solo se genera por la sensación de estar presente, si no a la presencia que se evidencia en el encuentro virtual mediante el dialogo compartido entre psicoterapeuta y paciente, dialogo que se da en un espacio compartido y genera interacciones en el espacio virtual (Carlino, 2010; Carlino 2014). Esta propuesta va en concordancia con lo propuesto dentro de la teoría de la comunicación como presencia social. La presencia social se evidencia cuando los sujetos “no perciben” el medio por el cual se desarrolla la interacción, y se desenvuelve desde la cotidianidad gracias a la comunicación que se desarrolla entre ambos Lee (2004). Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente podemos entender que la presencia dentro de la atención a distancia, se da y es algo real, sin importar que paciente y psicoterapeuta se encuentren en diferentes lugares físicos. Es así como se entiende que para los participantes la alianza terapéutica implica un vínculo que va más allá del encuentro físico, ya que el encuentro virtual también es capaz de generar y sentir la presencia de ese otro (paciente),

permitiendo que la cercanía paciente-terapeuta se experimente, desarrolle y fortalezca como idealmente puede suceder en la atención presencial. Entonces, tanto terapeuta como paciente, pueden vivenciar el estar en un espacio de trabajo compartido.

Sin embargo, dentro del discurso de los participantes, también se identifica una diferencia, mencionada por la mayoría: el tiempo y/o esfuerzo que implica establecer una relación a distancia. Esto surge a partir de la comparación entre el vínculo establecido con pacientes que iniciaron un proceso completamente virtual, y pacientes que anteriormente asistían al consultorio. Los psicoterapeutas perciben que, con los pacientes atendidos netamente mediante la virtualidad, es necesario un mayor esfuerzo y/o tiempo para construir la relación. Es así como desde la perspectiva de los participantes, establecer el vínculo puede tomar más tiempo y hasta puede sentirse necesario tener un mayor cuidado al interactuar con el paciente.

En fin, con los pacientes que recién acabo de conocer (de atención netamente virtual) [...] De hecho, toma un poquito más de tiempo que uno pueda darse ciertas licencias en decir ciertas cosas, ¿no? [...] Sobre todo, a la otra persona, al paciente le toma un poco más de tiempo, ¿no? Porque no me conocen. [...] Entonces nosotros tenemos que trabajar con más resistencia de parte de ellos. (Fiorella, 63 años)

No fue sencillo, pero a mí lo que me gusta hacer, al menos lo hago presencialmente, pero me pareció como que más importante aun haciéndolo virtualmente; es tener sesiones como para conocernos. No entrar de frente a "ya vamos a hacer esto". Digamos, yo nunca arranco de frente con el proceso terapéutico, pero me pareció más importante aún que hubiera estas primeras sesiones como para poder primero ubicarnos un poco ¿no? Este... de repente hasta extenderlas un poco más. Sí, de repente si antes hacía tres, ahora hago cuatro ¿no? Y permitirme como primero que yo... yo poder saber un poco más de ellos y que ellos también puedan conocer un poquito más de mí. Un poquito más de lo que lo he hecho presencialmente... como que tener más espacio para poder reconocer las cosas del otro. Entonces, sí creo que el tiempo fue importante. O sea, para mí tener un poquito más de tiempo me ayudaba... o sea, un poquito más de sesiones. (Sofía, 35 años)

Mientras que, con los pacientes que iniciaron proceso antes de pandemia el trabajo se centra en mantener y sostener la relación previamente establecida. Desde la perspectiva de los participantes, esto se debe a que estos últimos se encuentran familiarizados con la dinámica que se desarrolla en el espacio y con sus psicoterapeutas.

Lo que yo siento que pasó con mis pacientes, que ya los veía antes de esto de la virtualidad, es que yo siento que sí había algo mucho más construido, ¿no?, en experiencias, habíamos ido

juntos al consultorio. Cosas que habían pasado en el consultorio, cosas que se sentía mucho más en el cuerpo, escenas de momentos de sueño. Por ejemplo, llorar o otras en las que habrá sido bien particular. (Carolina, 31 años)

Estos resultados podrían ser comparados con lo que propone Mitchell (2020), quien sugiere que la relación terapéutica puede estar influenciada por la existencia de un encuentro físico previo. Para la mayoría de los participantes de su investigación el tener un encuentro físico previo al trabajo en línea marca una diferencia importante. Es así como la autora plantea que la relación terapéutica virtual se ve fortalecida si es que existe un encuentro físico, previo a la psicoterapia virtual, y también si es que la atención virtual es alternada con sesiones de forma presencial. Teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación se podría entender que el desarrollo de la “relación terapéutica virtual” puede verse facilitada, en el caso de pacientes que migraron de lo presencial a lo virtual en comparación a los pacientes atendidos netamente de forma virtual. Adicional a lo mencionado, se entiende que la idea de una modalidad de psicoterapia mixta, con sesiones virtuales y presenciales, podría ser una opción valiosa e interesante por explorar.

4.1.2. Dimensión técnica: El compromiso, un trabajo conjunto

En referencia al cumplimiento de las tareas acordadas con el paciente, los psicoterapeutas perciben que no importa mucho si el tratamiento es presencial o virtual. Los pacientes siguen trabajando y poniendo de su parte para mantener y llevar un proceso psicoterapéutico. Sin embargo, algunos participantes sí reconocen que ciertas variables de la virtualidad pueden facilitar el incumplimiento de ciertos componentes del encuadre, como la puntualidad en la asistencia y los pagos.

Digamos, sí siento que podría ser un poco más sencillo romper el compromiso quizás ¿no? [...] Sí creo que aun así es cierto... O sea, es como si podría haber cierto punto flaco en esto de poder romper las cosas porque claro... es como... como que se puede sentir que es más fácil como que cortar la comunicación ¿no? Digamos uno aprieta un botón y chau, digamos que de alguna forma desapareces a la otra persona. (Sofía, 35 años)

Lo expuesto, evidencia cómo características propias del espacio virtual, en ocasiones, pueden ayudar a desplegar ciertas resistencias que terminan resquebrajando el encuadre. Tal como menciona Simpson et al. (2021), la flexibilidad de las psicotecnologías también puede proporcionar un terreno fértil para las transgresiones y violaciones de límites. Parece que la virtualidad es percibida como un medio donde

incumplir con ciertas responsabilidades del encuadre es más fácil. Es así como el espacio virtual puede desafiar el establecimiento de límites dentro del espacio psicoterapéutico.

Finalmente, respecto a las metas y su cumplimiento, los psicoterapeutas perciben que la experiencia de atender a distancia hasta el momento del desarrollo de la investigación había sido exitosa. Por un lado, los pacientes antiguos son capaces de trabajar en un “como sí”; y, por otro lado, los pacientes que iniciaron su proceso de forma virtual se vienen acomodando de manera adecuada a la experiencia de iniciar un proceso de forma virtual. Es así como en ambos casos se evidencia avances y mejoras.

¿La tecnología, mediante la cual se hace la terapia, está modificando el proceso terapéutico? Y... yo pensaría que no, igual los pacientes están asociando igual, las personas sueñan igual, los pacientes se conectan a los afectos, igual tienen sus propios procesos internos. Toda su... su fantasmática se pone en juego y sea en virtual o en presencial. (Sofía, 35 años)

Se entiende que el compromiso está compuesto por el establecimiento y cumplimiento de las tareas y metas, que son parte del encuadre del proceso psicoterapéutico, el cual se ve sustentado y reforzado gracias al vínculo establecido con el terapeuta (Bordin citado en Waizmann y Roussos, 2007). Es así como la percepción positiva de los acuerdos y metas puede entenderse desde la importancia de la relación terapéutica y su influencia en los otros componentes de la alianza terapéutica. Como Bordin (1979) menciona, los componentes de esta son complementarios, en ese sentido se puede entender que la relación establecida entre terapeuta y paciente contribuye al cumplimiento de los acuerdos y metas planteadas. Esto iría en relación con lo planteado por McLeod (citado en Simpson et al., 2021), quien menciona que los resultados terapéuticos en la atención a distancia pueden mejorarse si el terapeuta está dispuesto a trabajar y construir, con sus pacientes, un enfoque que se ajuste a ellos, y así proporcionar una contribución funcional a sus problemáticas. En ese sentido se identifica la importancia de construir y trabajar en conjunto. Tal como mencionan Sabin y Harland (2017) quienes enfatizan que, en la terapia virtual, los límites deben ser lo suficientemente flexibles para recibir los beneficios que ofrece la atención a distancia.

4.2. Condiciones de la virtualidad para el desarrollo de la alianza terapéutica

El atender a distancia, mediante herramientas tecnológicas, podría implicar ciertos cambios y particularidades que en la presencialidad no se daban. Todo esto podría facilitar y/o complejizar el establecimiento de la alianza y por ende el trabajo terapéutico. Es así como a partir del discurso de los participantes se identifican tres subcategorías propias de la virtualidad: cuerpos que no se encuentran, resistencias y nuevos espacios.

4.2.1. Cuerpos que no se encuentran

Los participantes perciben un cambio importante en el encuentro virtual ya que no existe un encuentro físico como tal. La mayoría de participantes perciben una pérdida de información, lo cual más que una desventaja es percibida como un reto, una complejidad de la atención a distancia, que puede influir en el establecimiento del vínculo. Sin embargo, esto no implicó una renuncia al uso de los sentidos, al contrario, incentivó el trabajo con los recursos disponibles. Es así como, la mayoría de los participantes mencionan la necesidad de agudizar ciertos sentidos y usar diferentes herramientas que se adapten al “nuevo” tipo de atención.

Pero yo he entendido que desde la pandemia uno debe de haber agudizado, como psicoterapeuta, otros sentidos sobre todo el sentido auditivo y estar mucho más atentos al tono de la voz y a las palabras que uno utiliza. Me ocurre que hay pacientes que su cámara no está muy bien, es un poco oscura, y no puedo verlos a los ojos y no los puedo oler como cuando estábamos en el consultorio, de modo presencial, y no puedo ver si están moviendo sus piernas o no o, si están haciendo algún otro gesto que me indique que está angustiado; pero si presto atención a sus palabras y sobre todo al tono, a las inflexiones de voz que hace...me puedo dar cuenta de esas cosas y la persona también... Entonces creo que hemos tenido que agudizar otros sentidos que nos permitan trabajar de otra manera, hemos tenido que adaptarnos justamente a los tiempos actuales, porque de eso se trata también, de adaptarse (Fiorella, 63 años).

Sin embargo, la preocupación de algunos psicoterapeutas no solo se centra en captar al otro por completo (paciente). Los psicoterapeutas con menos experiencia mencionan sentirse preocupados y atentos a cómo la otra persona (el paciente) los percibe. La preocupación principal se relaciona con hacer evidente su presencia en el espacio y en el proceso que llevan con su paciente. Ellos perciben que en la atención virtual es necesario hacer más evidente su presencia y acompañamiento. En otras palabras, siente necesario transmitir, de una forma diferente, la compañía y el sostente que implica un espacio de psicoterapia; y así a la vez demostrar el compromiso que tienen con el proceso

de sus pacientes. Es importante recalcar que esta preocupación sólo fue mencionada por los participantes con menor experiencia.

Tuve que acoger por lo menos desde mi estar, lo tuve que no sé si... modificarlo, porque para mí también fue un proceso de trabajo, ¿no?, de pensar. Uy, cómo compruebo yo, como terapeuta, para estar presente en la actualidad. ¿Cómo transmites esto de que sí estás ahí? Además, de la escucha, ¿no? (Carolina, 31 años)

Creo que la alianza... digamos el hecho de sentir que continuamos trabajando de la misma forma con la misma intensidad también fue un reto. El mismo hecho de sentir que trabajaba con la misma concentración (risas) ¿no? O sea, estando igual de centrada que antes... para mí fue difícil al inicio. No me sentía, por momentos, igual de conectada por la computadora que teniendo a la persona enfrente. Entonces sí sentí que necesité un tiempo como para encontrar mis propias formas de poder registrar de nuevo las cosas que mis pacientes podían sentir y yo también sentirme un poquito más yo en el trabajo ¿no? (Sofía, 35 años)

Los resultados expuestos evidencian que estas dos participantes perciben una pérdida de comunicación no verbal, la cual genera preocupación en ellas. Esto concuerda con la investigación realizada por Mitchell (2020), donde los participantes mostraron preocupación por la noción de lo que se ve y lo que no, pero a la vez trabajaron para encontrar formas de lograr una interacción que permita una relación profunda con sus clientes. Esta preocupación también se evidencian en las participantes de la presente investigación, y se da porque se identifica una falta, y en concordancia con la investigación mencionada, estos buscan maneras de recuperar o suplir eso que se siente ausente. Es así como ellas buscan realizar diversas acciones para superar ese reto o desafío, que en la presencialidad no se sentirían necesarias.

Desde la experiencia de Carolina y Sofía, se vuelve más difícil realizar algunas observaciones sobre el comportamiento de sus pacientes; y esto se debe a que por momentos pueden percibir cierta dificultad para leer y comprender diversas señales no verbales; y junto con ello para confirmar si lo que transmitían de forma verbal y no verbal eran realmente recepcionadas por los pacientes. Existe una preocupación por llenar ese “vacío” informativo, que puede generarse desde ambas perspectivas. Tal como Fagundes et al. (2020) exponen, frente al limitado contenido no verbal, existe la necesidad de ser más didácticos y activos con los pacientes. En ese sentido, se puede entender que los terapeutas buscan nuevas formas de adaptarse al espacio tanto para beneficio propio como de sus pacientes. Todo esto con el objetivo de aminorar el impacto desafiante del encuentro virtual sobre el vínculo terapéutico.

4.2.2. Resistencias

Por otro lado, se identifica que el encuentro virtual puede facilitar la aparición de ciertas resistencias con las que no se habría tenido que lidiar en la presencialidad. Desde el no dejarse ver, al no encender la cámara, hasta distraerse con el dispositivo que suelen usar para llevar a cabo la sesión. Es así como dentro de la virtualidad, los psicoterapeutas pudieron identificar ciertas conductas que quizás en el consultorio no se hubieran manifestado de la misma forma.

Porque para mis pacientes es fácil apagar su cámara, mover la cámara, es fácil no llorar también, evitar hablar de otros temas, distraerse con el celular cuando esta sesión, y no se... le llega un mensaje y lo empieza a mirar. Eso no ha pasado tanto en el consultorio, donde lo tienes un poquito...control... no, no controlado, pero lo tienes mucho más neutral. (Carolina, 31 años)

Hay adolescentes con los que llevamos trabajando unos meses y yo no los he visto porque no han prendido la cámara en ninguna sesión. Porque se sienten incómodos con ello, y es parte también del motivo de consulta; por ejemplo, lo que el colegio les reclama, ¿no? [...] Por más inseguridad o motivos que haya de fondo en la presencialidad, si llegamos al consultorio no habría existido eso, ¿no? Los hubiera visto igual, entonces ahí creo que el uso de la cámara. Sí, puede ser usado de esa manera y evitar un poco el ingreso de lo visual. (Sergio, 31 años)

Dentro del psicoanálisis, el término resistencia, se usa para designar al conjunto de reacciones que el paciente ejecuta en el proceso de análisis con el objetivo de obstaculizar su desarrollo y por ende la “cura” (Roudinesco y Plon, 1998). En otras palabras, todo aquello que obstruya la cura (Vildoso, 2019). Sin embargo, es importante indicar que la presencia de las resistencias no necesariamente es algo negativo, ya que estas también son parte fundamental del trabajo psicoterapéutico. Según Laplanche y Pontalis (1996) Freud considera la resistencia como una manifestación, propia al tratamiento y de la rememoración que él exige en el proceso terapéutico. En ese sentido la identificación de resistencias, que se manifiestan de formas diferentes a las esperadas, podría estar dando evidencias y confirmando lo que ya ha sido mencionado anteriormente por los participantes: los pacientes están siendo capaces de trabajar de forma virtual, y en este trabajo se evidencia todo lo que implica un proceso psicoterapéutico psicoanalítico. Desde el establecimiento de la alianza, hasta las resistencias que esta puede generar.

Adicional a lo ya mencionado, es importante mencionar que autores como Sterba (citado en Etchegoyen, 2009) entienden que la alianza terapéutica se puede interpretar

desde la disociación terapéutica, donde existen dos partes del paciente: la que colabora y la que se opone al psicoterapeuta. En ese sentido las resistencias facilitadas por el proceso virtual evidencian el desarrollo de la alianza terapéutica. En este sentido estos dos movimientos son necesarios para la existencia de la alianza y por ende de su desarrollo. El encontrar manifestaciones de resistencias propias del trabajo virtual, estaría confirmando la posibilidad de desarrollar una alianza terapéutica sea de forma virtual o presencial.

En relación con las resistencias, los entrevistados también identificaron que algunas de estas pueden ser más frecuentes no solo por el medio virtual, si no, también por características propias de los pacientes. Temores y/o angustias propias de sus problemáticas que pueden ser más evidentes al desarrollarse la dinámica que implica la atención virtual y cómo estas se relacionan con la atención a distancia. Estas resistencias, que son facilitadas por la virtualidad, pero a la vez se relacionan con las características específicas de cada paciente brindan información importante para el trabajo terapéutico, y, por ende, para comprender y saber cómo establecer el vínculo en la virtualidad con estos pacientes. Es así como algunos de los participantes también logran identificar que algunas problemáticas son más complejas de tratar de forma virtual.

Bueno, las resistencias también tienen que ver con sus propios procesos, ¿no? O sea, digamos... por ejemplo, una paciente... una paciente que no le gusta ver su imagen reflejada en la pantalla, qué es lo que hace el Zoom o el Whatsapp. [...] Está claro, que eso no se genera por lo virtual, pero se da en relación a la virtualidad, y es la particularidad de esta persona y hay este tipo de resistencias, ¿no? Entonces, otros prefieren llamadas y no cámara de videollamada o Zoom. (Rosa, 54 años)

Volviendo a eso que te decía yo creo que sí, dependiendo de los casos, los casos complicados... que tienen por ejemplo el tema del cuerpo, trastornos alimenticios. Tuve una paciente...y es importante el cuerpo. Y si es una chica que ya tiene en presencialidad y luego virtualidad, se puede sostener más; pero una paciente netamente en virtualidad con trastorno alimenticio es complicado que se mantenga; temas de adicciones es muy complicado, también he tenido pacientes en pandemia y es muy difícil. [...] Temas de.... Como de vínculo, de un vínculo muy primario, muy regresivo. Un vínculo primario donde se dice quiero que el terapeuta esté ahí conmigo en la sesión ahí conmigo y ahí matarlo. Claro efectivamente, no, pero en lo virtual no siento que estás ahí, pues entonces creo que para algunos casos estos que son más primarios, es mucho más necesarios. La presencialidad tiene que estar, porque es un trabajo más... es un trabajo mental, imaginar que alguien está ahí y te va a escuchar. La pantalla también agota, así que para esos casos yo creo que es complicado la alianza, no imposible pero complicado. (Carolina, 31 años)

Estas defensas mencionadas por algunos de los participantes, que aquí se entienden como resistencias, hablan del funcionamiento característico de cada paciente y por ende de su idiosincrasia. Es así que, las resistencias estarían ayudando a comprender al paciente. Durante el desarrollo de la segunda tópica Freud menciona que las defensas que aparecen en el proceso psicoterapéutico no solo son algo “negativo” que se debe de superar. Estas también deben de ser vistas como un dato clínico, que ayudan a comprender la personalidad y los conflictos del paciente, todo esto gracias a la interpretación del funcionamiento defensivo (Roudinesco y Plon, 1998). En ese sentido, las resistencias sean en la virtualidad o la presencialidad, se darán y será importante usarlas a favor del tratamiento. Estas son un reto que deben de ser superadas sin importar el medio por el cual se desarrolló el tratamiento, ya que son parte de lo esperado y deseado.

Por otro lado, los psicoterapeutas también logran identificar que estos pacientes poseen características compartidas que se relacionan con cómo llevan su proceso de atención virtual. Es así que logran identificar ciertos grupos que se les dificulta desarrollar un proceso sin la presencia física. Esto podría relacionarse con Fagundes et al., (2020) quien identifica que la atención a distancia no es adecuada para pacientes con condiciones específicas como pacientes con ideación suicida, pacientes psicóticos, limítrofes, regresivos o severamente depresivos. En ese sentido, la investigación mencionada evidencia y confirma que la atención a distancia no reemplaza la atención presencial, y junto a ello expone sus posibles limitaciones, las cuales deben de ser evaluadas por los profesionales que brindan el servicio. Teniendo en cuenta la información de la presente investigación y de Fagundes et al., (2020) se puede concluir que existen casos complejos y específicos donde la atención a distancia no sería la opción más adecuada, ya que puede presentar muchas dificultades, tanto para el paciente como el psicoterapeuta, es así como los hallazgos y la teoría revisada indican que sería preferible no usarla.

Adicional a lo ya mencionado, se identificó que al igual que el desencuentro físico puede complejizar y facilitar la presencia de ciertas resistencias y por ende de la alianza psicoterapéutica; también puede ser favorable. Al igual que lo mencionado anteriormente esto también dependerá de las características y problemáticas propias de los pacientes. Esto debido a que la distancia física puede hacer que algunas defensas ya no estén tan presentes y/o bajen su intensidad. La mayoría de los participantes perciben que, en casos específicos, donde los pacientes presentan dificultades para relacionarse socialmente el llevar su proceso de forma virtual fue muy provechoso. Ya que las

angustias que esto podía generar, por el el encuentro con el psicoterapeuta, y por ende las resistencias que podrían aparecer se perciben aliviadas. Esto es beneficioso ya que permite un avance en el vínculo que se va estableciendo y por ende en el trabajo conjunto que se debe de llevar.

Y en otros momentos, ha facilitado muchísimo, ¿no? porque con pacientes que le costaba digamos la presencialidad, puede ser... Esto... esto no lo hablo, esto no lo trato. El no tener un cuerpo al frente también facilita. Tengo en mente un paciente hombre que el llorar era difícil, pero lloró, el encontrarse más libremente con sus llantos. Él siendo... siendo claro y diciéndome 'si estuviéramos en el consultorio, yo no me había puesto a llorar' y entonces ahí también el soporte va a estar en función de la propia dinámica interna del paciente o la paciente. (Rosa, 54 años)

He tenido la oportunidad de ver que hay muchos pacientes a los que les ha gustado poder estar virtualmente. Sobre todo, estos pacientes que tenían estos problemas de fobia social, agorafobias. O sea, dificultades de interacción social. Esto les ha convenido mucho, y les ha bajado mucho la angustia. El poder estar trabajando virtualmente y teniendo sesiones virtuales y todo eso (Fiorella, 63 años)

Lo mencionado por los participantes puede relacionarse con lo que Mitchell (2020) expuso en su investigación. Según la autora la mayoría de los participantes creen lograr una conexión más profunda con sus pacientes ya que las defensas que suelen presentarse en el encuentro de dos personas parecen no presentarse. Esto se lograría gracias a la distancia física que implica un encuentro virtual y su carácter impersonal. Donde la relación que se teje se da de forma menos cautelosa e íntima. Joinson (citado en Mitchell, 2020) lo denomina "efecto de desinhibición en línea"; la cual según Barak (citado en Mitchell, 2020), puede generarse bajo tres circunstancias en específico: la falta de contacto visual, el anonimato y la invisibilidad de partes del cuerpo. Esto es importante ya que la terapia online o a distancia implica dos de los escenarios anteriormente planteados.

Por su parte (Simpson et al., 2021) menciona que hay diversas investigaciones que muestran indicios de que esta modalidad de tratamiento puede, de hecho, mejorar los resultados para algunos grupos de clientes, sobre todo aquellos con trastornos del estado de ánimo y/o evitación interpersonal, quienes pueden encontrar abrumadoras las sesiones en persona. Esto debido a que la distancia hace que el paciente sienta la terapia como menos confrontativa sintiéndose más "seguro". Es así como en ciertos casos la atención a distancia puede generar un espacio, más seguro y acogedor, que facilita la expresión de

sentimientos y vivencias propias. Sin embargo, es importante recalcar que esto puede deberse a una combinación de factores, como sentirse " a una distancia segura " y rasgos de personalidad (Simpson et al., 2021).

4.2.3. Nuevos espacios

Los participantes reconocen que en la atención mediante medios virtuales no existe un espacio físico compartido por paciente y psicoterapeuta. Tanto paciente como psicoterapeuta se encuentran en lugares distintos y no existe un encuentro físico. Es así como los psicoterapeutas reconocen que empezaron a habitar nuevos espacios, espacios privados del paciente que nunca pensaron conocer. Y cómo esto influya en la relación psicoterapéutica va depender de los pacientes y su contexto.

Por un lado, estos nuevos espacios son percibidos como facilitadores de un vínculo más cercano, ya que implican una entrada a la cotidianidad de los pacientes, permitiendo una mejor comprensión de estos y del contexto en el cual se encuentran inmersos. Además, algunos participantes identifican que el trabajar desde donde los pacientes desean puede llegar a transmitir mayor comodidad y tranquilidad, ya que el espacio donde se encuentra el paciente es suyo y lo conoce.

Este... otra de las ventajas que veo es la comodidad, ¿no? O sea, yo veo pacientes que mientras están haciendo su sesión conmigo están tomando su agua o su café, ¿no? No hay mayor inconveniente con eso. Cosa que no podría hacer cuando estaban en presencialidad, en el consultorio, ¿no? [...] Yo conozco perros o gatos ¿no? Lo que es parte de esta cotidianidad, de esta familiaridad, ¿no? de esta parte afectivo-emotiva del paciente. Entonces veo cómo los trata, veo como la mascota se les acerca, eso me da incluso más elementos sobre las características del paciente. Entonces, yo creo que hay aspectos que fortalecen, inclusive la alianza terapéutica, flexibilidad, comodidad este, esta posibilidad de presentar ellos sus propios espacios privados, ¿no? Los espacios privados no los muestran a través de la virtualidad, ¿no? (Fiorella, 63 años)

En base a lo descrito entendemos que el atender a distancia puede brindar la oportunidad de acceder a información nueva, que puede ser usada de forma complementaria. Según Cipolletta, Frassoni y Faccio (citado en Fagundes et al., 2020), los terapeutas y los pacientes pueden usar esta nueva información con el fin de fortalecer la relación y tener en cuenta ciertos elementos de la vida cotidiana de la otra persona. En ese sentido, estos nuevos elementos hacen que la comunicación vaya más allá de la

interacción cara a cara. Es decir, permite una comprensión más rica y profunda del paciente, desde una perspectiva totalmente nueva.

Sumado a esto, es importante recordar que los pacientes son quienes, de alguna u otra manera, permiten esta entrada a su cotidianidad. Son ellos los que deciden dónde llevar sus sesiones y por ende qué es lo que se muestra de fondo. Este control del espacio puede generar en ellos la sensación de mayor intimidad y comodidad. Como evidencian diferentes investigaciones, la atención virtual puede brindar la sensación de un espacio más neutral y seguro; donde los pacientes pueden desenvolverse con mayor desinhibición (Mitchell, 2020 y Simpson et al., 2021). Se plantea la idea de neutralidad porque dentro de la atención presencial o tradicional el terapeuta es quien aparenta tener más control del espacio terapéutico. Él o ella es quien propone el espacio, el horario, las reglas, y es la atención a distancia la que brinda a los pacientes la oportunidad de poder elegir cosas que antes no podían. Esta sensación de mayor control puede generar mayor confianza y comodidad en el espacio de trabajo.

Por otro lado, la ausencia del consultorio, el espacio común compartido, también puede traer dificultades y retos que superar. Muchos de los participantes perciben que sus pacientes con menos recursos económicos batallan con encontrar el momento, lugar y hora indicada para llevar a cabo su proceso. Por lo que el no tener un lugar privado puede influenciar en la comodidad del paciente y en el trabajo realizado, limitando la confianza que se espera se desarrolle con el espacio y con el terapeuta.

Pero sí creo que un tema complicado... O sea, sí te soy sincera ha sido la privacidad ¿ya? Porque... porque creo que un tema que sí rondó bastante era la desconfianza que tenían algunos pacientes de ser escuchados ¿no? De sentir que su privacidad podría violarse de alguna forma porque estaban en sus casas o porque estaban en un lugar donde era difícil encontrar un momento para conversar de manera tranquila. (Sofía, 35 años)

En síntesis, a partir de lo hallado se puede establecer que los entrevistados perciben que la alianza terapéutica puede desarrollarse tanto de forma virtual como de forma presencial. Esto se debe a que lo que se percibe como importante y/o fundamental para que la alianza se desarrolle, se presenta sin importar el tipo de modalidad (virtual o presencial). Es decir, el encuentro de dos personas que trabajan de forma conjunta, encuentro basado en la confianza y la empatía que permite desde el desarrollo del vínculo hasta el cumplimiento de las tareas y metas terapéuticas. Ese trabajo conjunto, el cual se

desarrolla gracias al encuentro terapéutico, es el que posibilita el fortalecimiento de la relación paciente- terapeuta.

Sin embargo, los participantes también reconocen que existen particularidades referentes a la forma en la cual la alianza se va desarrollando en el medio virtual. En primer lugar, se identifica una diferencia notable entre el desarrollo y la construcción de la alianza terapéutica con pacientes que iniciaron un proceso de forma totalmente virtual y los que no. Donde trabajar de forma netamente virtual se percibe como más trabajoso para el psicoterapeuta. Por otro lado, si nos centramos en la parte técnica, lo cual implica el compromiso de los pacientes por cumplir con las tareas y las metas, los psicoterapeutas identifican que no hay grandes cambios.

A pesar de lo mencionado anteriormente, los participantes indican que se presentan particularidades nuevas, propias de la atención virtual y junto con ello facilidades y complejidades que aprovechar y que superar, respectivamente. Un punto importante referente a ello es cómo se percibe el encuentro virtual, un encuentro diferente al esperado o conocido, donde los cuerpos y las personas no se encuentran físicamente, pero sí mental y afectivamente. Este “no encuentro físico” presenta tanto ganancias como pérdidas que son importantes de tener en cuenta que en momentos pueden facilitar el vínculo y en otras puede complejizarse. Sin embargo, frente a las complejidades los psicoterapeutas no ven problemas, sino retos que ponen a prueba su práctica y sus recursos, se percibe que se valora la experiencia y el aprendizaje que deja.

CONCLUSIONES

En base a todo lo anteriormente expuesto, se presentan las siguientes conclusiones:

- El establecer y mantener una buena alianza terapéutica, sea de forma virtual, es tan necesaria como posible. En esta línea, la relación construida entre el psicoterapeuta y el paciente es crucial para lograr una alianza que facilite el establecimiento y cumplimiento de metas y acuerdos.
- La relación terapéutica puede verse facilitada o complejizada dependiendo de si los pacientes ya habían iniciado un proceso de psicoterapia presencial o si su proceso ha sido netamente virtual, respectivamente.
- En ocasiones, el espacio virtual puede dificultar el cumplimiento del encuadre terapéutico, esto se debe a características propias del medio virtual, donde los límites que pueden ser percibidos como más difusos. En ese sentido los psicoterapeutas se han visto en la necesidad de buscar nuevas formas de acomodarse en el espacio y superar las posibles dificultades.
- Existen particularidades propias de la atención virtual que pueden influenciar en el establecimiento de la relación paciente-terapeuta y por ende en la alianza terapéutica. Según sea el caso estas pueden generar ganancias y pérdidas, entre las destacadas por los participantes tenemos al no encuentro físico, las resistencias y los nuevos espacios.
- La alianza terapéutica es un concepto complejo difícil de definir y explicar de manera unificada. Esto puede deberse a la naturaleza del concepto, el cual se desarrolla y se construye en base a la interacción de dos subjetividades (paciente-terapeuta) inscritas a la vez en un contexto que está en constante cambio y evolución, por lo tanto, es un concepto intersubjetivo en constante revisión.

RECOMENDACIONES

Se plantean las siguientes recomendaciones para futuras investigaciones referentes y/o relacionadas a la temática investigada:

- Se recomienda que futuras investigaciones puedan usar diversas fuentes de información, adicionales a la entrevista semiestructurada a profundidad. Si bien es cierto esta nos brinda mucha información, sería interesante e importante que fuera complementada y contrastada por información recogida en un grupo focal. Este tipo de instrumento sería valioso para acceder a información compartida y diferente en el grupo de estudio.
- La presente investigación brinda información preliminar sobre la alianza terapéutica en la virtualidad. Por tal motivo, se recomienda el desarrollo de más investigaciones que busquen comprender el trabajo psicoterapéutico mediante medios virtuales y sus características. Investigaciones que puedan contar con los testimonios de los psicoterapeutas y los pacientes, serían de gran utilidad ya que podrían brindar una comprensión más completa del concepto, y a la vez abordar el aspecto intersubjetivo. Esto tomando en cuenta que la atención a distancia y “mixta” (alternancia entre lo virtual y lo presencial) se perfilan como formas de atención que pueden beneficiar a diversas poblaciones.
- Finalmente, tal como sucede con muchos conceptos teóricos antiguos y fundamentales para el psicoanálisis, es importante entender que la alianza terapéutica es un concepto que se encuentra en constante revisión y reformulación. Es así como los diversos cambios socioculturales y sus consecuencias hacen necesario su estudio contextualizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzugaray, A. (2015). *Análisis del concepto vínculo terapéutico y su importancia en la clínica: un estudio a partir de la experiencia de psicoterapeutas de formación psicoanalítica y del psicoanálisis vincular* [tesis de maestría]. Universidad de la República, Uruguay. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/8082>
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616109001>
- Argentieri, S., y Mehler, J.A. (2003). Análisis por teléfono: Hola, ¿quién habla? *Profundidad*, 12 (1), 17-19.
- Baloa, M. (2020). Alianza terapéutica en terapia sistémica online. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.academica.org/000-007/649>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., y Shapira, N. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109–160.
- Brainsky, S. (2003). Adapting to, or idealizing technology? *International Psychoanalysis*, 12(1), 22-24.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., y Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10, 13-25.
- Caceres, J. L. (2019). *Empatía y Estilo Personal del Terapeuta en la formación de la alianza terapéutica en psicólogos* (Tesis para optar por el título profesional de Psicólogo). Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10376>
- Carlino, R. (2010). *Psicoanálisis a distancia*. Buenos Aires: Lumen.

- Carlino, R. (2014). Reflexiones actuales sobre el psicoanálisis a distancia. Revista de la sociedad argentina de psicoanálisis, 18, 173-197. Recuperado de chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.coppa.es/gestor/uploads/programas/10_Carlino_2014.pdf.pdf
- Casari, L. M., y Stefanini, F. D. (2020). Alianza Terapéutica en tiempos de COVID-19: Perspectiva de Pacientes de Argentina. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(2), pp. 198-211. Recuperado de <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/subyprocog/article/view/1044/1069>
- Corbella, S., y Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOI). *Psicothema*, 16(4), 702-705. Recuperado de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8178>
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among five approaches.* (2 ed.) California, United States of America: SAGE publications.
- De la Fuente, J., y Cruz, C. (2017). Personalidad, Experiencia y Formación del Psicoterapeuta como predictor de la Alianza Terapéutica. *Psicología Iberoamericana*, 25(2), 17-25. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133957572003.pdf>
- De la Torre, M. y Pardo, R. (2018). Guía para la intervención telepsicológica. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de <https://www.psicologosypsiquiatras.cl/wp-content/uploads/2020/04/Guia-para-la-Intervencion-en-Telepsicologia.pdf>
- Duncan, B. L., y Miller, S. D. (1999). Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOI). The Institute for the Study of Therapeutic Change (ISTC). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/215550601_Psychometric_properties_of_the_Spanish_version_of_the_Working_Alliance_Theory_of_Change_Inventory_WATOI/references
- Dundon, W.D., Pettinati, H.M., Lynch, K.G., Xie, H., Varillo, K.M, Makadom, C., y Oslin, D.W. (2008). The therapeutic alliance in medical-based interventions impacts outcome in treating alcohol dependence. *En Drug and Alcohol Dependence*, 95(3), 230-236. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S037687160800046X>
- Etchegoyen R. H. (2009). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (3a ed. rev. y aum). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Etchevers, M., Garay, C., Korman, G., González, M., y Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de investigaciones*, 19(1), 225-232. Recuperado el 13 de agosto de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000100023&lng=es&tlng=es

- Etchevers, M., Simkin, H. A., González, M. M., y Muzzio, G. (2012). Relación y alianza terapéutica: revisión y actualización de estudios empíricos desde diferentes perspectivas teóricas. In IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.academica.org/hugo.simkin/7>
- Etchevers, M., Simkin, H. A., Putrino, N., Greif, J., Garay, C., y Korman, G. (2013). Relación Terapéutica: estudio en población de estudiantes universitarios. Anuario de Investigaciones, 20(1), 39-47. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139949035.pdf>
- Etchevers, M., Helmich, N., Giusti, S. y Putrino, N. (2016). Alianza terapéutica, sus estudios actuales, y desarrollos en el contexto local. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.academica.org/000-044/183.pdf>
- Fagundes, L., Paris, L. y Barcellos, F. (2020). Prática da psicoterapia online por terapeutas psicodinâmicos. Psico, 51(3), e36529. Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/36529>
- Fainstein, A. (2020). Psicoanálisis en tiempos de pandemia. Revista de Psicoanálisis, (25), 10-18. Recuperado de <https://spp.com.pe/revista-25-2020/>
- Ferenczi, S. (1997). Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Original publicado en 1932).
- Fossa, P. (2012). Revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. Revista de Psicología GEPU, 3 (1), 101-126. Universidad de Desarrollo, Chile. Recuperado de <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/14902/Obstaculos%20del%20Proceso%20Terapeutico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García, H. D., Fantin, M. B., e Isgró, A. (2015). Estudio descriptivo de la percepción de la relación psicoterapéutica en pacientes de la ciudad de San Luis. Liberabit, 21(1), 141-151. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172948272015000100013&script=sci_arttext
- Grinberg, A. y Segura, A. (2021) El psicoanalista y sus teorías. Intercambios, papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanálisis, (46), 31-44. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/397148>
- Goldberg, J. (2016). Conclusiones de una investigación acerca de la alianza terapéutica y cambio clínico en pacientes púberes. Subjetividad y Procesos Cognitivos, 20(1), 100-109. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339646009005>

- Gurdián-Fernández, A. (2007). El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa. El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socioeducativa. San José: Print Center. Recuperado de <https://web.ua.es/en/ice/documentos/recursos/materiales/el-paradigma-cualitativo-en-la-investigacion-socio-educativa.pdf>
- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. En R. Hales y A. Frances (Eds.), *Psy-chiatry update annual review*, 532-549. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Helmich, N., y Etchevers, M. (2020). Alianza terapéutica y resultados del tratamiento psicológico realizado en el Hospital de Clínicas. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-007/660>
- Hernández, L., Martínez, A., y Pacheco, G. (2021). Modificaciones en la psicoterapia psicoanalítica por la pandemia. *Revista Nthe*, 8-14.
- Hernández, R. Fernández-Collado, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Sexta Edición. México D.F.: McGraw Hill
- Herrera, D. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de la revista *Universum*. *Revista General de Información y Documentación*,. 119-142.
- Horvath, A.O. y Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1991-22095-001>
- Horvath, A.O., y Greenberg, L.S. (1986). The development of the working alliance inventory. En L.S. Greenberg y W.M. Pinsoff (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*, pp. 529-556.
- Horvath, A.O. y Bedi, R.P. (2002). The alliance. En J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 39-64). New York: Oxford University Press. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/216071393_The_Alliance/citations
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2011-04924-003>
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. En *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, (37), 327-334. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es/>

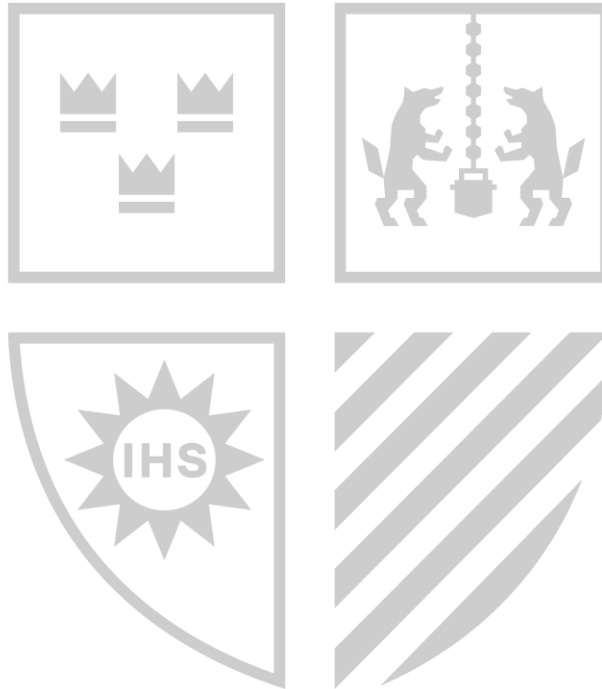
- Laplanche J. y Pontalis J.-B. (1996). Diccionario de psicoanálisis (1a. ed.). Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Lee, K. M. (2004). Presence, explicated. *Communication Theory*, 14, 27-50.
- Manubens, R. T., Roussos, A., Olivera Ryberg, J., y Gómez Penedo, J. M. (2018). Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia en *ACADEMO Revista De Investigación En Ciencias Sociales Y Humanidades*, 5(2). Recuperado de <http://revistacientifica.uamericana.edu.py/index.php/academo/article/view/98>
- Maldavsky, D., Álvarez, L. H., Neves, N., y Tate de Stanley, C. (2017). Construcción de la alianza terapéutica durante la sesión: conceptos e instrumento para la investigación empírica. En *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 21(2), 146-161. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/3396/339655686007/html/>
- Marcolino, J. A., e Iacononi, E. (2003). The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. En *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25(2), 78 – 86. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000200006
- Mateu, C., Vilaregut, A., Campo, C., Artigas, L. y Escudero, V. (2014). Construcción de la Alianza Terapéutica en la terapia de pareja: estudio de un caso con dificultades de manejo terapéutico. *Anuario de Psicología*, 44(1), 95-115. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97032346008>
- Meissner, W. W. (1992). The Concept of the Therapeutic Alliance. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40(4), 1059–1087. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000306519204000405>
- Meissner, W. W. (2007). Therapeutic alliance: Theme and variations. *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 231–254. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/recod/2007-05779-003>
- Messina, I., y Loffler-Stastka, H. (2021). Psychotherapists' perception of their clinical skills and in-session feelings in live therapy versus online therapy during the COVID-19 pandemic: a pilot study. *Research in psychotherapy (Milano)*, 24(1), 514. Recuperado de [://doi.org/10.4081/ripppo.2021.514](https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.514)
- Mitchell, E. (2020). “Much more than second best”: Therapists’ experiences of videoconferencing psychotherapy. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 10, 121-135.
- Moreno, G., y Porras, D. (2020). Las tecnologías de la información y comunicación en psicoterapia en COVID-19. *Hamutay*, 7(2), 58-63. Recuperado de <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/HAMUT/article/view/2133/2256>
- Oviedo, G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de estudios sociales*, (18), 89-96. Recuperado de <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/abs/10.7440/res18.2004.08>

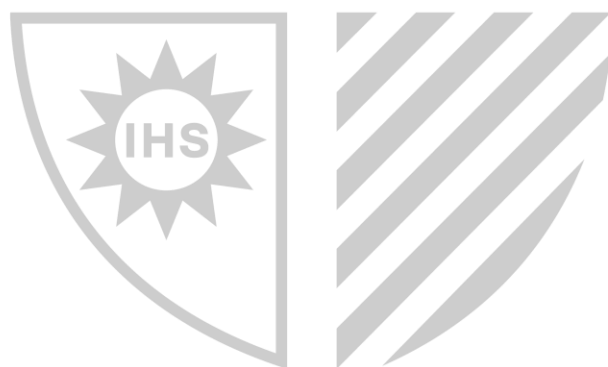
- Pinsof, W. M., y Chatherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137-151. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x>
- Rivera, J. F. (2023). Impacto de la COVID-19 en la salud mental en el Perú. *Revista Iberoamericana De Bioética*, (21), 1-18. Recuperado de <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/19275>
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada, España: Ediciones Aljibe, S.L.
- Rodríguez, J. A., Rueda, D. A., Arias, S. P., y Jimes, C. M. (2021). Una Revisión Bibliográfica de la Alianza Terapéutica. Recuperado de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/35335/4/2021_alianza_terapeutica.pdf
- Roudinesco, E., y Plon, M. (2005). *Diccionario de psicoanálisis* (1a ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Roussos, A. J., y Braun, M. (2018). Psicoterapia y tecnologías de información y comunicación. *Psicoterapia 2.0. Enciclopedia Argentina de Salud Mental*. Recuperado de <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=49&idtt=7>
- Rossetti, M. L., y Botella, L. (2017). Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. En *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVI(1), 19-30. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281950399003>
- Sabin, J. E., y Harland, J. C. (2017). Professional ethics for digital age psychiatry: Boundaries, privacy, and communication. *Current Psychiatry Reports*, 19(9), 55.
- Safran, J. D., y Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Santibáñez, P. (2001). *La alianza terapéutica en psicoterapia. Traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del "Working Alliance Inventory" en Chile* [Tesis de maestría]. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. Recuperado de <http://repositorio.conicyt.cl/handle/10533/179453>
- Santibáñez, P. S. (2003). La Alianza Terapéutica en Psicoterapia: El "Inventario de Alianza de Trabajo" en Chile. *Psyche*, 12(1). Recuperado de <http://www.revistadisena.uc.cl/index.php/psyche/article/view/20365>
- Santibáñez, P., Román, M., y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272009000200006&lng=es&tlng=es

- Salgado, M. E. (2016). Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica. *Perspectivas en psicología*, 13(1), 46-55. Recuperado de <http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/213/145>
- Scharff, J. (2014). Psicoanálisis asistido con tecnología. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis* (18), 151-172. Recuperado de <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/09.-Scharff.pdf>
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnuovo, G., y Reid, C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 409-421. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cpp.2521>
- Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M., y Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 791-802.
- Søndenå, P., Dalusio-King, G., y Hebron, C. (2020). Conceptualisation of the therapeutic alliance in physiotherapy: Is it adequate? *Musculoskeletal Science and Practice*, 46(102131). Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468781219306198>
- Söyğüt, G., y Isikli, S. (2008). Assessment of the therapeutic alliance: reliability and validity of the Working Alliance Inventory. *Turkish Journal of Psychiatry (Türk Psikiyatri Dergisi)*, 19(4), 398-408.
- Söyğüt y, G., y Uluc, S. (2009). Psychometric properties of the Turkish Working Alliance Inventory-Observer Form. *Turkish Journal of Psychiatry (Türk Psikiyatri Dergisi)*, 20 (4), 367-375.
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4 (8), 47-53. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/747/74711353004/?fbclid=IwAR1tbQyQxCsHVgYrcyppUo1FzMkhGHCq61EdUy5etqF2lZwK7pVEkCCK-Zg>
- Valdés, N., Gómez, D., y Reinel, M. (2018). Momentos de Ruptura y Resolución de la Alianza Terapéutica en el Caso de una Adolescente Diagnosticada con Difusión de Identidad: Su Impacto en el Resultado Terapéutico. En *Psykhe* (Santiago), 27(2), 1-20. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.27.2.1136>
- Waizmann, V. y Roussos, A. (2007). La alianza terapéutica y su interacción con otros factores en psicoterapia. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-073/159.pdf>
- Waizmann, V. y Roussos, A. (2009). Acerca de la dificultad en la conceptualización de la alianza terapéutica. *Intersubjetivo*, 10(1). 122-133. Recuperado de

<https://www.researchgate.net/publication/215678005> Acerca de la dificultad en la conceptualización de la alianza terapéutica

- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., & Dugas, M. (2020). Telepsychotherapy for generalized anxiety disorder: Impact on the working alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30, 208–225.
- Yamin Habib, L.E. (2003). La presencia física: ¿es un sine qua non del análisis? *Profundidad*, 12(1), 25-27.
- Zukerfeld, R. (2001). Alianza terapéutica, cambio psíquico y encuadre analítico. *Revista de psicoanálisis*, (7). Recuperado de <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000150&a=Alianza-terapeutica-cambio-psiquico-y-encuadre-analitico>





ANEXO N° 1: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA (EXPERTOS)

1. Nombre:

2. Género:

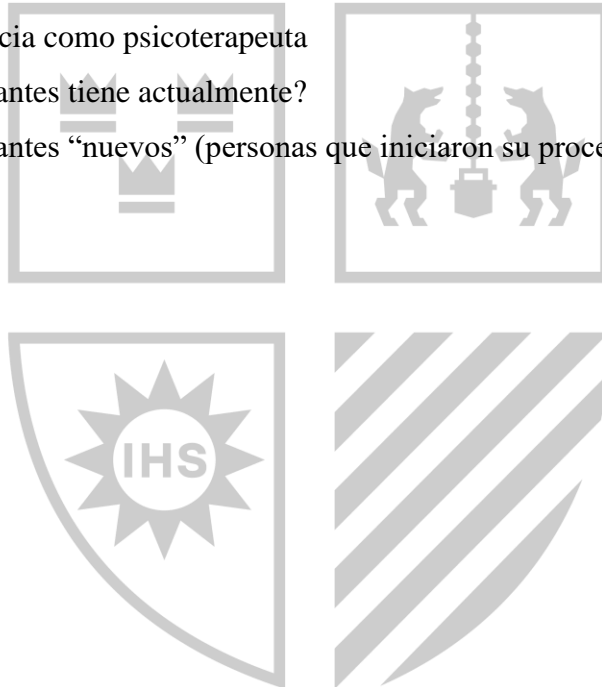
3. Edad:

4. ¿Dónde se formó en psicoterapia psicoanalítica?

5. Años de experiencia como psicoterapeuta

6. ¿Cuántos consultantes tiene actualmente?

7. ¿Cuántos consultantes “nuevos” (personas que iniciaron su proceso en cuarentena) de forma virtual tiene?



ANEXO N° 2: GUÍA DE ENTREVISTAS (EXPERTOS)

Objetivo: Explorar las percepciones de psicoterapeutas psicoanalíticos sobre la alianza terapéutica en la virtualidad.

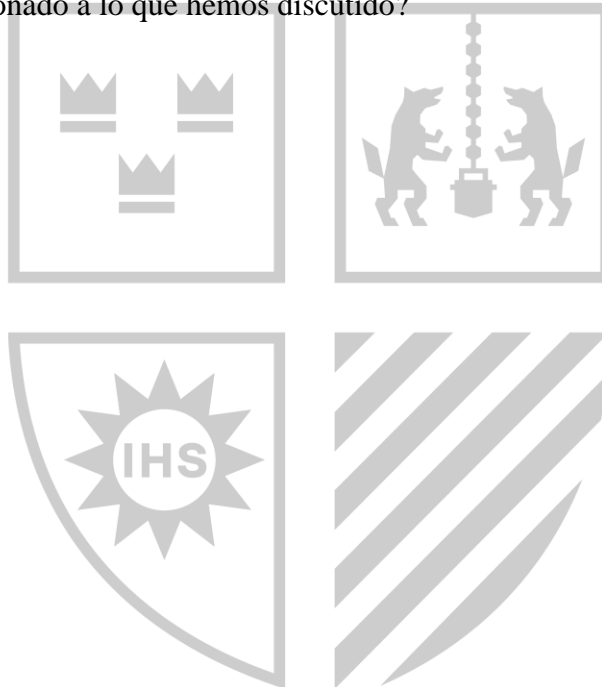
1. Podrías comentarme a partir de tu experiencia ¿cómo percibes el trabajo psicoterapéutico en la virtualidad?
2. Entonces, a partir de lo que me has comentado y tu experiencia ¿Cómo consideras que se está desarrollando el vínculo paciente-terapeuta en la virtualidad? *Se espera que esta pregunta se responda de manera general en la primera respuesta y solo sea necesario hacer preguntas de indagación. En caso eso no suceda, se preguntará directamente. En relación con el vínculo establecido, ¿Cómo percibes el compromiso, con el trabajo de análisis, en tus pacientes dentro del contexto virtual? * Si es necesario indagar en base a las dimensiones de compromiso
3. En relación con el vínculo establecido, ¿Cómo percibes el compromiso de tus pacientes en el contexto virtual?
4. También me gustaría saber ¿cuál es tu percepción sobre el establecimiento de objetivos terapéuticos y su cumplimiento en la virtualidad?

Objetivo: Conocer la percepción de los cambios que implica la virtualidad en la alianza terapéutica

5. ¿Consideras que existen diferencias en el establecimiento de la alianza terapéutica en la virtualidad y la atención presencial? ¿Cuáles serían? *Si es que no se menciona algún componente de la alianza terapéutica realizar la siguiente pregunta directa ¿consideras que existen cambios en cómo se establece el vínculo, los acuerdos y metas en la virtualidad?
6. ¿Qué características consideras propias de la alianza terapéutica en la virtualidad?
7. En base a todo lo que hemos discutido, me gustaría que me comentes qué factores consideras que influyen en los cambios que señalas.

Objetivo: Identificar la percepción de las posibles ventajas o desventajas percibidas en la psicoterapia virtual para el establecimiento de la alianza terapéutica.

8. ¿Consideras que la atención a distancia favorece o dificulta el establecimiento de la alianza terapéutica? ¿Por qué? *En caso sea sí y solo se comente las ventajas, se preguntaría si percibe alguna desventaja y viceversa.
9. En relación con lo conversado ¿Qué tan satisfecho te sientes con tu experiencia con la atención virtual?
10. Una vez finalizada la pandemia ¿optarías por continuar atendiendo a distancia? ¿Por qué?
11. Antes de finalizar esta entrevista, ¿te gustaría agregar, aclarar o resaltar algún otro punto relacionado a lo que hemos discutido?



ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO (PILOTO)

La presente actividad es conducida por Karina Murrugarra Alegria, alumna de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya, en el marco del curso Tesis I. El objetivo de esta actividad es llevar a cabo la fase piloto de la investigación titulada: Percepción de la alianza terapéutica en un grupo de psicoanalistas que brindan atención virtual.

Si usted accede a participar en esta actividad, se le pedirá responder a unas preguntas como parte de una entrevista, que le tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. La entrevista será registrada mediante una grabadora de audio, esto con fines netamente académicos.

La información que se recoja será confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los del curso. Sus respuestas serán identificadas con un código y, por lo tanto, serán anónimas.

Su participación en esta actividad es voluntaria y puede dejar de participar en el momento que desee sin que esto lo perjudique de ninguna forma. Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Adicionalmente, si alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al estudiante o de no responderla.

Si tiene preguntas adicionales sobre su participación en esta actividad puede contactar a Sonia Natalie Meza Villar al correo sonia.meza@uarm.pe .

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta actividad a cargo de estudiantes de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya. He sido informado(a) del objetivo, duración y otras características de la actividad.

Tengo entendido que mi participación consiste en una entrevista con la investigadora, de aproximadamente una hora de duración. La información será registrada a partir de una grabadora de audio y los datos recogidos no serán utilizados para ningún otro fin que no sea el académico. Reconozco que mi participación es voluntaria y que la información que yo provea en el curso de esta actividad es confidencial.

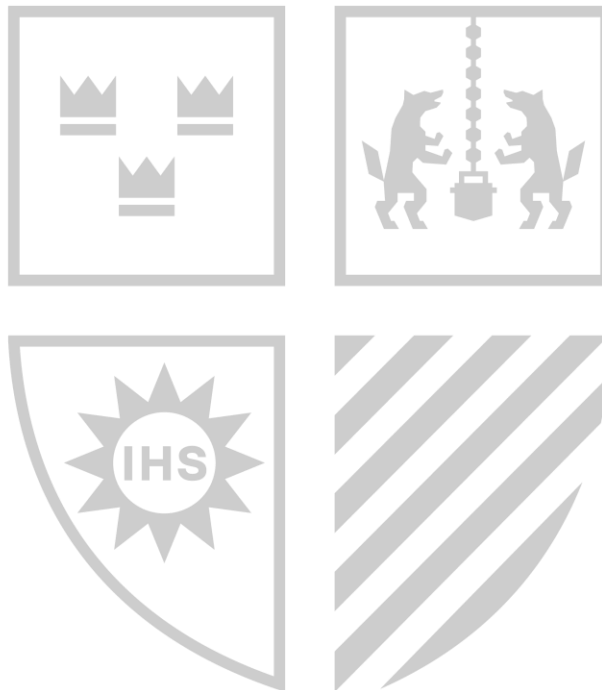
De tener preguntas sobre mi participación en esta actividad, puedo contactar a Sonia Natalie Meza Villar al correo sonia.meza@uarm.pe .

Lima, _____ de _____, 2021

Nombre del Participante

Firma del Participante

Firma de la Investigadora



ANEXO N° 4: GUÍA DE ENTREVISTA (PILOTO)

Objetivo: Explorar las percepciones de psicoterapeutas psicoanalíticos sobre la alianza terapéutica en la virtualidad.

1. Podrías comentarme, a partir de tu experiencia, ¿cómo percibes el trabajo psicoterapéutico en la virtualidad?
2. Entonces, a partir de lo que me has comentado y tu experiencia ¿Cómo percibes el vínculo paciente-terapeuta en la virtualidad? * Se espera que esta pregunta se responda de manera general en la primera respuesta y solo sea necesario hacer preguntas de indagación. En caso que eso no suceda, se preguntará directamente.
3. En relación con el vínculo establecido, ¿Cómo percibes el compromiso, con el trabajo de análisis, en tus pacientes dentro del contexto virtual? * Si es necesario indagar en base a las dimensiones de compromiso
4. ¿Cómo estableces el “contrato” o encuadre, y cómo se llevan a cabo a través de medios virtuales? * Se espera se hable de los objetivos y metas del proceso terapéutico, si es que no es así se reformula preguntando directamente por estos

Objetivo: Conocer la percepción de los cambios que implica la virtualidad en la alianza terapéutica

5. ¿Consideras que existen diferencias en el establecimiento de la alianza terapéutica en la virtualidad y la atención presencial? ¿Cuáles serían? *Si es que no se menciona algún componente de la alianza terapéutica o no se menciona alguno se reformulará y preguntará directamente en base a las dimensiones de la alianza terapéutica: el vínculo, los acuerdos y las metas. Ejemplo ¿consideras que existen cambios en cómo se establece ...?
6. ¿Qué retos enfrentas para establecer la alianza terapéutica a través de medios virtuales?

7. ¿Qué características consideras propias de la alianza terapéutica en la virtualidad?

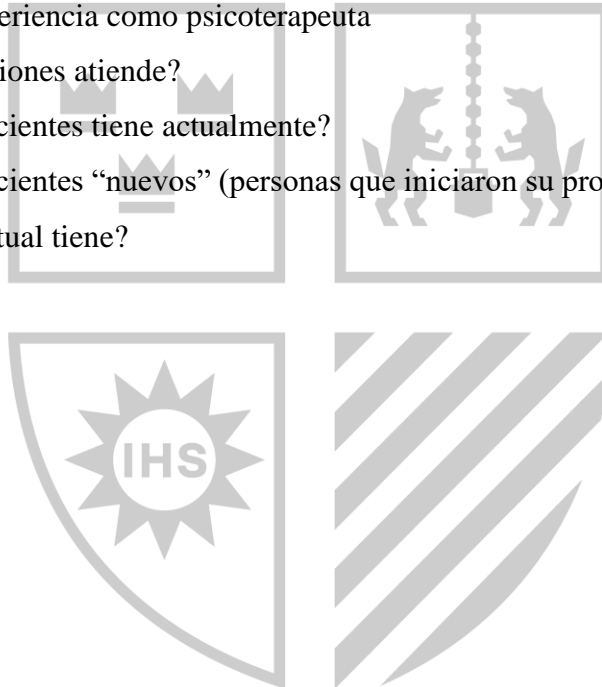
Objetivo: Identificar la percepción de las posibles ventajas o desventajas percibidas en la psicoterapia virtual para el establecimiento de la alianza terapéutica.

8. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la virtualidad para el establecimiento de la AT?
9. Con relación a lo conversado ¿Qué tan satisfecho te sientes con tu experiencia con la atención virtual?
10. Una vez finalizada la pandemia ¿optarías por continuar atendiendo a distancia? ¿Por qué?
11. Antes de finalizar esta entrevista, ¿te gustaría agregar, aclarar o resaltar algún otro punto relacionado a lo que hemos discutido?



ANEXO N° 5: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA (PILOTO)

1. Nombre:
2. Género:
3. Edad:
4. ¿Dónde se formó en psicoterapia psicoanalítica?
5. Años de experiencia como psicoterapeuta
6. ¿Qué poblaciones atiende?
7. ¿Cuántos pacientes tiene actualmente?
8. ¿Cuántos pacientes “nuevos” (personas que iniciaron su proceso en cuarentena) de forma virtual tiene?



ANEXO N° 6: GUÍA DE ENTREVISTA (FINAL)

Objetivo: Explorar las percepciones de psicoterapeutas psicoanalíticos sobre la alianza terapéutica en la virtualidad.

1. Podrías comentarme, a partir de tu experiencia, ¿cómo percibes la alianza terapéutica en la virtualidad?
2. Entonces, a partir de lo que me has comentado y tu experiencia ¿Cómo percibes el vínculo paciente-terapeuta en la virtualidad? * Se espera que esta pregunta se responda de manera general en la primera respuesta y solo sea necesario hacer preguntas de indagación. En caso que eso no suceda, se preguntará directamente.
3. En relación con el vínculo establecido, ¿Cómo percibes el compromiso de tus pacientes, con el trabajo de análisis? * Si es necesario repreguntar directamente ¿Crees que llevar el proceso de forma virtualidad influyen en el compromiso que muestran tus pacientes?
4. ¿Cómo estableces el “contrato” o encuadre, y cómo se llevan a cabo a través de medios virtuales? * Se espera se hable de los objetivos y metas del proceso terapéutico, si es que no es así se reformula preguntando directamente ¿Crees que los objetivos y metas que estableces con el paciente se ven influenciados por el contexto virtual? En caso la respuesta sea sí ¿Cómo así, podrías hablarme de ello?

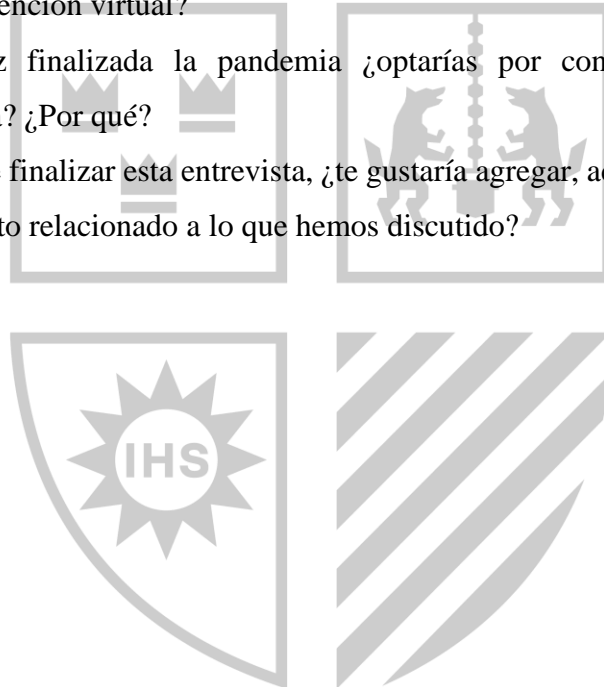
Objetivo: Conocer la percepción de los cambios que implica la virtualidad en la alianza terapéutica

5. ¿Consideras que existen diferencias en el establecimiento del vínculo entre la atención virtual y la atención presencial? ¿Cuáles serían?
6. ¿Consideras que existen cambios en cómo se establecen los acuerdos y las metas en el contexto virtual? ¿Cómo así?

7. ¿Qué retos enfrentas para establecer la alianza terapéutica a través de medios virtuales? * Omitir si se ha respondido anteriormente y pedir que explique detalladamente
8. ¿Qué particularidades consideras que tiene la alianza terapéutica virtual?

Objetivo: Identificar la percepción de las posibles ventajas o desventajas percibidas en la psicoterapia virtual para el establecimiento de la alianza terapéutica.

9. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la virtualidad para el establecimiento de la alianza terapéutica? * Si se responde anteriormente pedir que las explique a profundidad
10. Con relación a lo conversado ¿Qué tan satisfecho te sientes con tu experiencia con la atención virtual?
11. Una vez finalizada la pandemia ¿optarías por continuar atendiendo a distancia? ¿Por qué?
12. Antes de finalizar esta entrevista, ¿te gustaría agregar, aclarar o resaltar algún otro punto relacionado a lo que hemos discutido?



ANEXO N° 7: MATRIZ DE RESULTADOS

Ejes temáticos		Citas	
1. Percepción de la alianza terapéutica en la atención a distancia	Dimensión relacional: Un vínculo que sobrepasa la pantalla	Desarrollo del vínculo (pacientes nuevos)	En fin, con los pacientes que recién acabo de conocer, me muestro como soy, así como nuestro contigo ¿no? [...] De hecho, toma un poquito más de tiempo que uno pueda darse ciertas licencias en decir ciertas cosas, ¿no?; o a la otra persona también, le toma un poquito más de tiempo, ¿no? Sobre todo, a la otra persona, al paciente le toma un poco más de tiempo, ¿no? Porque no me conocen Me imagino que las dificultades son un poco más por parte de los pacientes que de nosotros, los terapeutas. Entonces nosotros tenemos que trabajar con más resistencia de parte de ellos.
		Mantenimiento del vínculo (pacientes antiguos)	Con los que pasamos de lo presencial o lo virtual se empalmaron más rápido, algunos manifestaron sus dudas. Quizás que se sienten incómodos, que querían esperar a que regrese a hacerlo presencial, pero ya por una cuestión de familiaridad, de confianza. Ceo que se adaptaron más fácilmente al contexto virtual.
	Dimensión técnica: El compromiso, un trabajo conjunto	El cumplimiento de las tareas se mantiene, pero la virtualidad puede facilitar romper el encuadre	Digamos, sí siento que podría ser un poco más sencillo romper el compromiso quizás ¿no? [...] Sí creo que aun así es cierto... O sea, es como si podría haber cierto punto flaco en esto de poder romper las cosas porque claro... es como... como que se puede sentir que es más fácil como que cortar la comunicación ¿no? Digamos uno aprieta un botón y chau, digamos que de alguna forma desapareces a la otra persona.
	Las metas terapéuticas se siguen cumpliendo y evidencian avances y mejoría	¿La tecnología, mediante la cual se hace la terapia, está modificando el proceso terapéutico? Y... yo pensaría que no, igual los pacientes están asociando igual, las personas sueñan igual, los pacientes se conectan a los afectos, igual tienen sus propios procesos internos. Toda su... su fantasmática se pone en juego y sea en virtual o en presencial.	

2. Condiciones de la virtualidad para el desarrollo de la alianza terapéutica	Cuerpos que no se encuentran	Pérdida de información que motiva a la búsqueda de herramientas nuevas	Pero yo he entendido que desde la pandemia uno debe de haber agudizado, como psicoterapeuta, otros sentidos sobre todo el sentido auditivo y estar mucho más atentos al tono de la voz y a las palabras que uno utiliza
		Una nueva forma de estar, donde se necesita demostrar la presencia	Tuve que acoger por lo menos desde mi estar, lo tuve que no sé si... modificarlo, porque para mí también fue un proceso de trabajo, ¿no?, de pensar. Uy, cómo compruebo yo, como terapeuta, para estar presente en la actualidad. ¿Cómo transmites esto de que sí estás ahí? Además, de la escucha, ¿no?
	Resistencias	Nuevas manifestaciones de resistencias facilitadas por el medio virtual	Porque para mis pacientes es fácil apagar su cámara, mover la cámara, es fácil no llorar también, evitar hablar de otros temas, distraerse con el celular cuando esta sesión, y no se... le llega un mensaje y lo empieza a mirar. Eso no ha pasado tanto en el consultorio, donde lo tienes un poquito...control... no, no controlado, pero lo tienes mucho más neutral.
		Manifestaciones de resistencias facilitadas por el medio virtual y características propias de los pacientes.	Bueno, las resistencias también tienen que ver con sus propios procesos, ¿no? O sea, digamos... por ejemplo, una paciente... una paciente que no le gusta ver su imagen reflejada en la pantalla, qué es lo que hace el Zoom o el Whatsapp. [...] Está claro, que eso no se genera por lo virtual, pero se da en relación a la virtualidad, y es la particularidad de esta persona y hay este tipo de resistencias, ¿no? Entonces, otros prefieren llamadas y no cámara de videollamada o Zoom.
	Nuevos espacios	Los nuevos espacios de encuentro brindan información nueva y pueden hacer más cercano el vínculo	Yo conozco perros o gatos ¿no? Lo que es parte de esta cotidianidad, de esta familiaridad, ¿no? de esta parte afectivo-emotiva del paciente. Entonces veo cómo los trata, veo como la mascota se les acerca, eso me da incluso más elementos sobre las características del paciente. Entonces, yo creo que hay aspectos que fortalecen, inclusive la alianza terapéutica, flexibilidad, comodidad este, esta posibilidad de presentar ellos sus propios espacios privados, ¿no? Los espacios privados no los muestran a través de la virtualidad, ¿no?
		Lo complejo de la ausencia del consultorio	Pero sí creo que un tema complicado... O sea, sí te soy sincera ha sido la privacidad ¿ya? Porque... porque creo que un tema que sí rondó bastante era la desconfianza que tenían algunos pacientes de ser escuchados ¿no? De sentir que su privacidad podría violarse de alguna forma porque estaban en sus casas o

			porque estaban en un lugar donde era difícil encontrar un momento para conversar de manera tranquila
--	--	--	--

