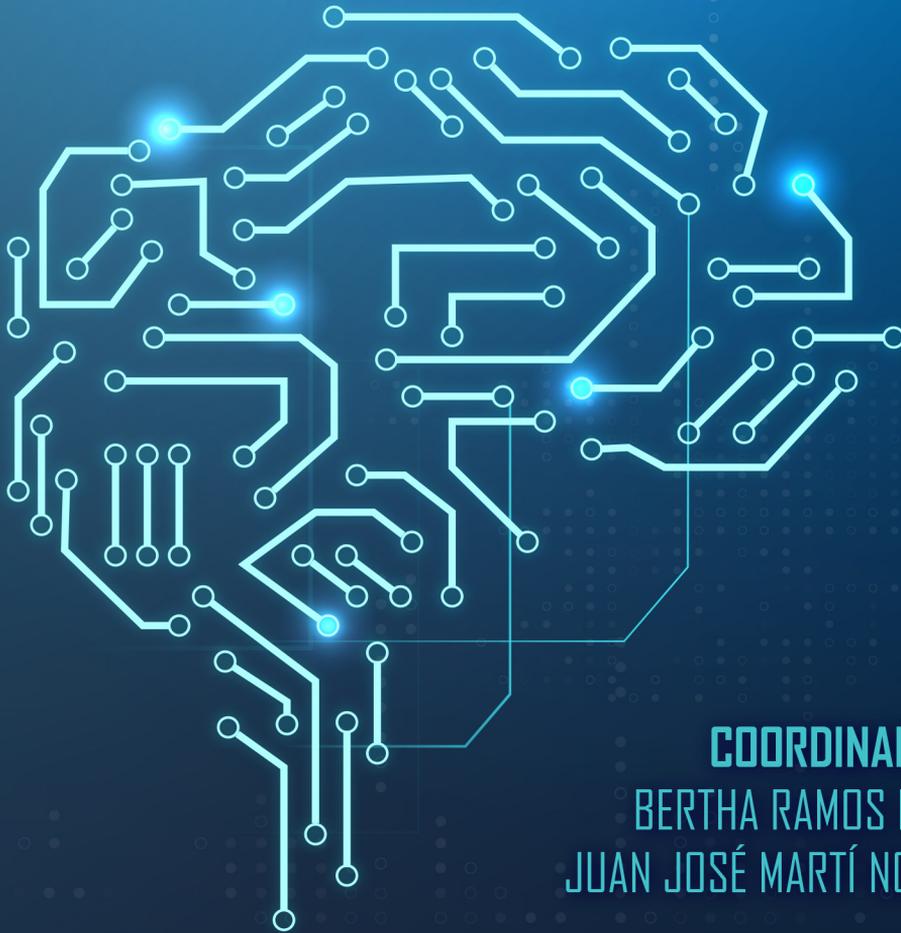


EXPERIENCIAS EN CIBERPSICOLOGÍA: HACIA UNA NUEVA ERA DE LA PSICOLOGÍA



COORDINADORES:
BERTHA RAMOS DEL RÍO
JUAN JOSÉ MARTÍ NOGUERA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Experiencias en ciberpsicología: hacia una nueva era de la psicología

**Bertha Ramos del Río
Juan José Martí Noguera**

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Datos para catalogación bibliográfica

Coordinadores: Bertha Ramos del Río, Juan José Martí Noguera.

Experiencias en ciberpsicología: hacia una nueva era de la psicología.

UNAM, FES Zaragoza, febrero de 2022.

Peso: 9.7 MB.

ISBN: 978-607-30-5647-2.

Diseño de portada: Carlos Raziel Leños Castillo.

Diseño y formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros.

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

Experiencias en ciberpsicología: hacia una nueva era de la psicología.

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México.

Coordinadores	5
Autores	6
Agradecimientos	14
Prólogo	15
Introducción	17
Capítulo 1	21
Tecnologías digitales y salud mental Vania Martínez Nahuel	
Capítulo 2	35
Identidad digital: ser y estar en el mundo online Carolina Díaz Ruiz y Aránzazu Duque Moreno	
Capítulo 3	59
La digitalización de la clínica: ¿cómo abarcar la nueva complejidad de la asistencia psicológica online? Mora Zaharya	
Capítulo 4	85
Formación del psicólogo para la nueva realidad: Competencias digitales para la práctica psicológica Claudia Caycedo Espinel y Astrid Triana Cifuentes	

Capítulo 5	101
Alfabetización digital de TICs en personas con trastornos mentales severos	
María Soledad Burrone, María Teresa Solís-Soto, Marcela Lucchese, Tamara Arratia y Rubén Alvarado	
Capítulo 6	113
La e-salud al servicio de la prevención y el tratamiento de las adicciones	
Sandra Milena Restrepo Escobar y Federico Pavlovsky	
Capítulo 7	135
Plataformas de gestión, evaluación, intervención y seguimiento en salud mental	
Ángel Prieto-Fidalgo y Laura Anillo de Miguel	
Capítulo 8	165
Nuevas problemáticas relacionadas con el uso de las tecnologías en siglo XXI: un abordaje desde la prevención y el desarrollo psicosocial positivo en adolescentes	
Santiago Resett, Belén Mesurado, Pablo Christian González Caino y María Emilia Oñate	
Capítulo 9	199
La psicología escolar contemporánea: Roles y funciones en el entorno digital	
María Rolón-Martínez	
Capítulo 10	213
Maternidad 4.0	
Natalia Aristizábal-Henao y Clara Isabel Vélez González	
Capítulo 11	225
Primeros auxilios psicológicos en el contexto digital	
Paula Romina Putallaz y Karen Pérez Maravi	

Bertha Ramos del Río

Psicóloga con Maestría en Psicología General y Experimental en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Xochimilco. Certificación Inicial en Psicoterapia Online por Cibersalud, España y el TEC de Monterrey, México. Profesora e investigadora de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z) de la UNAM. Académica y tutora del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, UNAM. Tutora Externa del Programa de Doctorado en Psicología de la Universidad Iberoamericana, campus Ciudad de México. Ha desarrollado material digital para la enseñanza de competencias transversales dirigido a estudiantes de pregrado del área de la salud, y para la intervención psicológica intrahospitalaria en pacientes con enfermedad cardíaca y cuidadores familiares.

Juan José Martí Noguera

Doctor en psicología, Tiene una trayectoria en gestión de proyectos relacionados con la transformación digital, desde el ámbito de la administración pública, la academia, y el sector empresarial y social. Es Director del Programa cibersalud.es desde donde fue parte del equipo impulsor del Congreso Internacional en Salud Mental Digital / Iberoamericano en Ciberpsicología, primer espacio de divulgación en lengua española sobre el uso de tecnologías en atención a la salud mental. Consecuencia del congreso, coordinó el "Manual en Telesalud mental. Tecnologías digitales en la práctica clínica". Entre 2018/19 coordinó el grado de psicología en la Universidad Internacional de Valencia, 100% online. Previamente, ejerció de asesor del Observatorio de Responsabilidad Social para América Latina y el Caribe. Ha coordinado el grupo de trabajo en Psicología Online y Sociedad Digital del Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares, España. En el ámbito de investigación ha abordado una revisión de cambios en materia legislativa y formativa de la Ciberpsicología. Durante el 2020, atendiendo a la emergencia del COVID-19, participó en el grupo que desarrolló recursos para la formalización de la prestación de servicios en telepsicología.

Autores

Capítulo 1. Tecnologías digitales y salud mental

Vania Martínez Nahuel

Médica especialista en Psiquiatra Infantil y del Adolescente y Doctora en Psicoterapia. Profesora Titular de CEMERA de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Directora del Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay) e Investigadora Asociada del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Una de sus principales líneas de investigación es la salud mental digital.

Capítulo 2. Identidad digital: ser y estar en el mundo online

Carolina Dfraz Ruiz

Psicóloga con maestría en Psicoanálisis y Filosofía de la Cultura, así como en Psicopedagogía clínica. Pertenece a la organización de profesionales en Salud Mental Online, Cibersalud. Integrante de la comunidad internacional de terapeutas online Location Independent Therapists. Terapeuta en atención psicológica en línea a adultos.

Aránzazu Duque Moreno

Docente e investigadora de la Universidad Internacional de Valencia (VIU), España. Es miembro del Grupo de Investigación Psicología y Calidad de Vida, LabPsical, de la VIU. Pertenece a la organización de profesionales en Salud Mental Online, CiberSalud.

Capítulo 3. La digitalización de la clínica: ¿cómo abarcar la nueva complejidad de la asistencia psicológica online?

Mora Zaharya

Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Presidenta del capítulo Salud Mental Digital dentro de la Asociación Argentina de Salud Mental. Fundadora y directora de las plataformas www.psicoanalisis-online.com y www.tratamientosonline.com Psicóloga Clínica de jóvenes y adultos con orientación psicoanalítica. Miembro del comité organizador del Congreso de Salud Mental Digital. Comunicadora y ponente latinoamericana en temas de salud mental digital y atención clínica.

Capítulo 4. Formación del psicólogo para la nueva realidad: Competencias digitales para la práctica psicológica

Claudia Caycedo Espinel

Psicóloga con maestría en psicología clínica. Docente y asesora científica y curricular de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia. Vice Secretaria académica de la federación Iberoamericana de Asociaciones de Psicología (FIAP). Práctica privada con adultos y pareja. Ha desarrollado trabajos dirigidos a la formación en telepsicología y ha sido ponente en temas de psicología clínica, formación del psicólogo y telepsicología en eventos nacionales e internacionales.

Astrid Triana Cifuentes

Psicóloga, Especialista en Desarrollo Intelectual y Educación, con estudios de maestría en Educación. Directora ejecutiva de la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología, ASCOFAPSI donde desarrolla proyectos orientados a garantizar la calidad de la formación universitaria de los psicólogos. En los dos últimos años ha enfatizado en temas relacionados con el uso de tecnologías en la formación de los psicólogos y su desempeño en el campo profesional.

Capítulo 5. Alfabetización digital de TICs en personas con trastornos mentales severos

María Soledad Burrone

Médica, Magister en Salud Pública y Doctora en Medicina, con formación en bioestadística, epidemiología e investigación cuali-cuantitativa. Actualmente directora y profesora asociada del Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad de O'Higgins, Chile; e investigadora principal del proyecto de innovación social para la inclusión y reducción de estigma (Potencia). Su investigación se centra en enfoques comunitarios y de innovación social para la inclusión de personas con problemas de salud mental y personas del espectro autista. <https://cisma.cl/maria-soledad-burrone/>

María Teresa Solís-Soto

Médica, Magister en Salud Pública, Magister en Epidemiología y PhD. en Investigación médica-Salud Internacional. Actualmente profesora Asistente en el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad de O'Higgins, Chile.

Marcela Lucchese

Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina. Profesora para la enseñanza primaria. Profesora y Licenciada en Ciencias de la Educación, UNC. Especialización y Magister en Didáctica (UBA). Doctora en Ciencias de la Salud, UNC. Especialización docente en Educación y TIC-Instituto Nacional de Formación Docente-Prof. Adjunta (SE) del área de Admisión de la Facultad de Ciencias Médicas, UNC. Directora del proyecto de investigación sobre enseñanza y evaluación en el área de la salud de la Secretaría de Ciencia y Tecnología (SeCyT) de la UNC.

Tamara Arratia

Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad de O'Higgins, Chile Socióloga Universidad de las Artes y Ciencias Sociales, Chile. Maestría © Gerencia Social para el Desarrollo FLACSO-Chile. Diplomada en Género, Sociedad y Políticas Públicas; Economía y Salud y Gerencia social y Políticas Públicas. Desde 2013 ha trabajado en el campo de la Salud Mental Comunitaria, trabajando, entre otros temas: Estigma y enfermedades mentales, Estigma y uso de sustancias en la atención primaria a la salud, Primer episodio de psicosis; Recovery; Literacidad en salud mental, Personas en situación de calle y discapacidad, con experiencia en ciencias de la implementación.

Rubén Alvarado

Investigador Adjunto al Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad de O'Higgins, Chile. Médico Psiquiatra, Magíster en Salud Pública y PhD en Psiquiatría y Cuidados Comunitarios. Docente e investigador en el campo de la salud mental comunitaria, con más de 110 artículos científicos y 17 capítulos de libros. Ha dirigido diversos proyectos de investigación que utilizan medios digitales (evaluación de riesgos en trabajadores, aplicaciones para reducir el riesgo suicida en estudiantes, entrenamiento de recursos humanos para los servicios de salud mental, etc.). La característica distintiva es el desarrollo de innovaciones con enfoque comunitario y participación de expertos por experiencia.

Capítulo 6. La e-salud al servicio de la prevención y el tratamiento de las adicciones

Sandra Milena Restrepo Escobar

Psicóloga de la Universidad de Antioquia, Especialista en Farmacodependencia de la Universidad Católica Luis Amigó, Magister en Educación y Desarrollo Humano de la Universidad de Manizales, actualmente Doctorante en Psicología en la Universidad Maimónides en Argentina. Docente investigadora de la Universidad Católica Luis Amigó y Catedrática en la Universidad CES, con experiencia clínica en el manejo de trastornos por uso de sustancias en pacientes y sus familias.

Federico Pavlovsky

Médico psiquiatra y magister en drogadependencias. Fundador y Presidente de Dispositivo Pavlovsky, un espacio virtual de tratamiento para personas con consumo problemático de sustancias, Buenos Aires, Argentina. Creador de la aplicación móvil VLOV para el tratamiento de pacientes con abuso de sustancias.

Capítulo 7. Plataformas de gestión, evaluación, intervención y seguimiento en salud mental

Ángel Prieto-Fidalgo

Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Psicología, Universidad de Deusto, Bilbao, España. Psicólogo investigador en el equipo Deusto Stress Research de la Universidad de Deusto (España). Máster en Metodología de las Ciencias del Comportamiento y de la Salud (UNED). Autor de publicaciones en el área del mindfulness disposicional, ansiedad social y telepsicología. Ha participado en varios proyectos tecnológicos en contexto de la salud. CEO de PsicoReg, plataforma dirigida a profesionales de la salud mental. Miembro de Cibersalud.

Laura Anillo De Miguel

Psicóloga Generalista Sanitaria. Master en Neurología Clínica. Trabajo clínico con trastornos del neurodesarrollo e Infanto-juvenil para dificultades de comportamiento y aprendizaje así como trastornos emocionales. Interesada en la aplicación de nuevas tecnologías en Psicología. Cofundadora de Psicoreg.

Capítulo 8. Nuevas problemáticas relacionadas con el uso de las tecnologías en siglo XXI: un abordaje desde la prevención y el desarrollo psicosocial positivo en adolescentes

Santiago Resett

Doctor en Psicología. Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Argentina (CONICET) - Instituto de Filosofía, Universidad Austral, Argentina. Docente e investigador de la Universidad Argentina de la Empresa y la Universidad Católica Argentina. Investigador en bullying, cyberbullying y uso problemático de nuevas tecnologías en adolescentes.

Belén Mesurado

Dra en Psicología, investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) - Instituto de Filosofía, Universidad Austral, Argentina. Desarrolladora de los programas virtual Hero y Little Hero, dirigido a la promoción de valores sociales en niños y adolescentes.

Pablo Christian González Caino

Doctor en Psicología. Becario postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Argentina (CONICET) - Departamento de Psicología, Universidad Argentina de la Empresa, Argentina. Investigador en uso problemático de las nuevas tecnologías y *serious gaming* en adolescentes.

María Emilia Oñate

Dra. en Psicología, investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) - Instituto de Filosofía, Universidad Austral, Argentina. Docente de la Universidad Católica Argentina y de la Universidad de la Cuenca del Plata. Sus trabajos de investigación tratan sobre variables de estudio de la Psicología Positiva, de la Personalidad, de la Psicología de la Religiosidad y la Espiritualidad.

Capítulo 9. La psicología escolar contemporánea: Roles y funciones en el entorno digital

María Rolón-Martínez

Doctora en Psicología Escolar de la Universidad Interamericana de Puerto Rico. Catedrática Auxiliar del Programa Graduado en Psicología Escolar de la Universidad de Arbox en San Juan. Delegada de la Asociación Nacional de Psicólogos Escolares (NASP) en Puerto Rico. Certificada en Estados Unidos como terapeuta cognitivo-conductual centrada en el trauma. Miembro del Comité de Acreditación de NASP y preside el Comité de Mujeres en Psicología de la División 16 de la Asociación Americana de Psicología (APA). Reconocida por la Asociación de Psicología de Puerto Rico y la Asociación de Psicología Escolar de Puerto Rico por su trabajo en defensa y política pública para niños y jóvenes en Puerto Rico.

Capítulo 10. Maternidad 4.0

Natalia Aristizábal-Henao

Psicóloga clínica, Magister en Salud Pública. Facilitadora de procesos educativos al talento humano en salud, relacionados con parto respetado y salud mental materna y perinatal en la Universidad de Antioquia y la secretaría de salud de Medellín. Co-creadora y docente del diplomado “Salud mental y perinatal de la mujer” en la Universidad CES de Medellín en modalidad telepresencial. Creadora de contenido y docente en aprende in health: educación virtual para los profesionales de la salud en buenas prácticas para el acompañamiento perinatal.

Clara Isabel Vélez González

Psicóloga Clínica de la Universidad de San Buenaventura, Especialista en Gerencia del desarrollo humano de la Universidad EAFIT, Colombia. Especialidad en Salud Mental Perinatal de la U.A.B. Especialista y colaboradora en atención online de CIBERSALUD. Docente del Diplomado Salud Mental Perinatal y de la Mujer en la Universidad CES y Colegio de Psicólogos de Guatemala. Diplomada en mindfulness y compasión.

Capítulo 11. Primeros auxilios psicológicos en el contexto digital

Paula Romina Putallaz

Doctoranda en Psicología, Vicepresidenta del Capítulo Salud Mental Digital en la Asociación Argentina de Salud Mental. Psicóloga Clínica en contextos digitales. Docente Universidad Adventista del Plata (UAP). Jefa Área Educacional-Docente Universidad de Flores (UFLO). Docente Internacional de Posgrado. Directora y evaluadora de Tesis de Grado y Maestría. Miembro de CIBERSALUD. Consultora en Organismos Internacionales (OMS/OPS y BID).

Karen Paola Pérez Maravi

Escuela de Posgrado, Universidad Continental, Perú. Psicóloga. Directora del Centro In House – Psicología en Línea, maestría en Docencia e Investigación con mención en Educación Superior. Miembro de la Asociación Latinoamericana para la formación y enseñanza de la Psicología (ALFEPSI). Desarrollo e implementación de proyectos en primeros auxilios psicológicos online.

Agradecimientos

Deseamos expresar un especial agradecimiento a las autoras y autores de los capítulos que conforman el presente manuscrito. Es de reconocer su labor científica y la contribución a espacios como el Congreso Iberoamericano en Ciberpsicología y que forman parte de la red internacional de Ciber salud y Bienestar Digital (www.cibersalud.es). Se da un sentido homenaje a Juan Martí, inspirador de dedicación al desempeño profesional con calidad y afecto. Asimismo, agradecer a la FES Zaragoza, UNAM por sus esfuerzos en digitalizar y difundir recursos para la formación y actualización de los profesionistas en el campo de la salud. También agradecemos a Carlos Raziel Leños Castillo y a Claudia Ahumada Ballesteros por su gran trabajo editorial. Finalmente agradecer a los lectores y usuarios de esta obra editorial, quienes pueden compartirnos sus impresiones, en el mail: contacto@cibersalud.es

La *Ciberpsicología* es mencionada en un artículo en español en el año 1999 por Gordo-López⁴, cuando ya tenía unos años de investigación y desarrollo en Estados Unidos (Suler, 1996)⁵. La *Ciberpsicología* estudia la relación entre las personas y el uso de la tecnología en nuestro día a día, su impacto en la conducta humana y su relación con inteligencia artificial. Su objetivo es comprender, prevenir en forma primaria y secundaria trastornos psicológicos y psicopatológicos, así como fomentar nuevas y buenas prácticas en el uso de las tecnología de la información y comunicación (TIC). Así como también investigar aplicaciones en salud, educación, organizaciones... incluyendo todos los ámbitos de la Psicología, dirigidas a mejorar la experiencia de los usuarios.

También intenta determinar si las teorías existentes en la Psicología pueden aplicarse al comportamiento que se manifiesta en el espacio digital también llamado *ciberespacio*. El cual alude a un marco espacio-temporal donde no hay un pacto social sobre qué comprende, y donde no solamente navegan personas, sino que incorporamos sistemas de inteligencia artificial con los que interactuamos. Por ejemplo, “hablamos” con asistentes de voz de smartphone que aprenden de nosotros, y compartimos información que nos etiqueta en cada una de nuestras interacciones en el espacio de internet. A partir de esta “*nueva realidad*”, sin duda que la Psicología debe actuar para investigar y comprender las implicaciones evolutivas, en los ámbitos educativo, organizacional, clínico y comunitario que redefinen roles y requieren prevenir riesgos psicodigitales. Implica un cambio de paradigma humano de tal magnitud que cambia por las próximas décadas nuestros modelos sociales. Además de que hará cada vez más necesario la inclusión de este tipo de contenidos en los programas curriculares y académicos en Psicología, los cuales actualmente carecen de contenidos teóricos y prácticos que formen psicólogos/as competentes en el espacio digital que abarca la Ciberpsicología.

Hay que tener presente que gran parte del mérito por el cual las tecnologías están siendo ampliamente adoptadas corresponde a la Psicología por aportar su conocimiento del ser

⁴ Ángel J. Gordo-López (1999). La ciberpsicología: in/disciplina cibercultural, *Revista AVEPSO, Asociación Venezolana de Psicología Social* Año 1999/ Vol. XXII (2), 29-50. https://www.researchgate.net/profile/Angel-Gordo/publication/260479888_La_ciberpsicologia_indisciplina_cibercultural/links/54ad7a3b0cf24aca1c6f5bef/La-ciberpsicologia-in-disciplina-cibercultural.pdf

⁵ Suler, J. (1996). The Psychology of Cyberspace. <http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/psycyber.html>

humano. Ahora, llegada la segunda década del siglo, urge empoderar a profesionales para atender a una población que habita tanto en el plano físico como el digital, no solamente interactuando, sino generando activos digitales humanos. Por ejemplo, un vídeo o un post que publicamos hace 15 años, no solamente puede ser visto por otras personas, sino que pueden opinar, y modificarlo digitalmente de modo que algo que sería una representación de cómo éramos se convierte en un activo, al que le pueden poner voz diferente, asociar ese post a otras personas o abrir una polémica digital.

Al mismo tiempo, ya la tecnología permite imitar voz, rostro, reproducir emociones, etc. Conocemos las bases del cerebro y la conducta, pero no estamos preparados para una sociedad en la cual el declive de la palabra escrita corre en dirección opuesta al audiovisual y los íconos. Cada vez más escribimos menos, y nos comunicamos con símbolos. La tecnología como oportunidad, pero también como espacio en el que se dan comportamientos agresivos, adicciones, sobreexposición.

En este libro asistimos a una obra colectiva de profesionales con trayectoria y recorrido de países hispanohablantes. Su aportación en los diferentes capítulos ofrecen una mirada del uso de la tecnología en la atención a la salud mental, al individuo digital y su aplicación en los ámbitos familiar, escolar y relacional comportamental. La finalidad es establecer una aproximación, basada en la evidencia, que permita a profesionales y estudiantes de la Psicología adquirir los conocimientos base en los cuales empezar a comprender la magnitud del fenómeno en este siglo XXI.

Invitamos a la lectura y reflexión sobre esta primera obra esperando que les sea de utilidad e interés en la práctica profesional.

*Juan José Martí Noguera
Bertha Ramos Del Río*

Introducción

En los últimos años, los contextos sociales donde ocurre la interacción humana se han modificado, en gran medida, por la incorporación de las tecnologías digitales y la aplicación de internet a la vida cotidiana, laboral, profesional y social, lo que ha traído numerosas ventajas, pero también ha hecho aparecer diversos problemas e incluso trastornos de tipo psicológico y social. En este escenario surge la **ciberpsicología** como una nueva disciplina de la Psicología que pretende estudiar el mundo virtual y la interacción con los seres humanos, estudiar la relación entre la salud y el uso de la tecnología, así como el impacto de la tecnología en el comportamiento humano. Entre los objetivos más importantes de la ciberpsicología está la prevención primaria y secundaria de trastornos psicológicos, así como fomentar prácticas saludables en el uso de las diferentes tecnologías de la información y la comunicación. Situación que plantea la necesidad de prevenir, educar y en su caso, intervenir con base en elementos teóricos científicos que rijan el ejercicio profesional basado en el uso de dicha tecnología. De manera específica, este libro basado en la evidencia pretende, analizar el rol de la ciberpsicología en diferentes situaciones, condiciones y contextos, haciendo especial énfasis en grupos vulnerables y en algunos casos describiendo ejemplos específicos. Asimismo, brindar conocimiento y describir el surgimiento de algunas herramientas tecnológicas que han facilitado y complementado la intervención psicológica. Por otro lado, se espera que este libro sea una fuente primaria de información y consulta en ciberpsicología, que acerque a los estudiantes en formación a algunas de las evidencias de aplicación de la tecnología online a la solución de problemáticas relacionadas con la Psicología.

El primer capítulo, se aborda el tema de las tecnologías digitales y la salud mental, teniendo como punto de partida la creciente utilización de ellas para proporcionar atención a la salud mental a distancia. Especialmente en los últimos 21 meses derivado de la Pandemia Covid-19 que sufre todo el mundo, esta modalidad de intervención Psicológica se ha consolidado en diversos contextos socioculturales. Es importante considerar que esta situación ha generado una gran diversidad de ventajas, desventajas, desafíos, así como consideraciones éticas y legales y recomendaciones clínicas sobre las cuales se tiene que ampliar el conocimiento a través de la investigación científica.

El segundo capítulo, se destaca el tema de identidad digital. Temática que ha permitido identificar en las últimas dos décadas, una gran variedad de implicaciones de índole

psicológico y ético. Esto es, se destaca el análisis de los riesgos de la traslación de la identidad física del individuo (datos personales, imágenes, noticias, comentarios, gustos, amistades, aficiones, problemáticas, etc.) al mundo online, como por ejemplo, lo es el falseamiento de la identidad y la intromisión a los límites de la intimidad personal.

El tercer capítulo, se plantea el tema de la digitalización de la clínica. Es decir, cómo abarcar la nueva complejidad de la asistencia psicológica en un ambiente virtual. Se describen, diferentes modalidades de atención clínica psicológica online y sus implicaciones, como por ejemplo, las sesiones sincrónicas a través de videoconferencia las cuales suponen competencias profesionales muy específicas en cuanto al manejo de plataformas, las medidas necesarias para proteger los datos, mantener la privacidad, confidencialidad y seguridad de la información. Asimismo, se destaca lo importante que es mantener la sensibilidad hacia el paciente atendido online e identificar si este alternativa de atención es apropiada para cada caso en específico.

El cuarto capítulo, se habla sobre la formación del psicólogo para la nueva realidad. Aquí se abordan las diferentes competencias digitales para la práctica psicológica. Sin duda es importante considerar los procesos de formación, las competencias, las modalidades y contenidos que requieren los profesionales de la Psicología para ejercer su práctica en el mundo digital con calidad reflejada en la satisfacción de los usuarios. Este temática destaca la emergencia de incorporar en las mallas curriculares o planes de estudio de los nuevos psicólogos/as este tipo de contenidos y competencias digitales que conformarán un nuevo perfil profesional.

El quinto capítulo, se trata la alfabetización digital de las TICS en personas con trastornos mentales severos. En la implementación de los medios digitales como herramienta para ofrecer intervención psicológica debemos considerar que existen ciertas condiciones de trastorno mental severo que por se otorgan vulnerabilidad y que pueden limitar y segregar a este tipo de pacientes. Se sugiere analizar barreras y facilitadores del uso, la apropiación y la implementación de las tecnologías que permitan incluir al mayor número de colectivos.

En el sexto capítulo, se plantea la e-salud al servicio de la prevención y el tratamiento de las adicciones. Otro colectivo vulnerable sobre el cual se han realizado análisis para la implementación de las tecnologías digitales son los pacientes con trastorno por uso de sustancias, quienes en su mayoría presentan demandas particulares, ambivalentes y que en muchos casos requieren ir en busca del paciente más que el paciente busque la ayuda. En este sentido actualmente existen aplicaciones que pueden ser grandes herramientas para prevenir e incluso intervenir.

El séptimo capítulo, se presentan las plataformas de gestión, evaluación e intervención y seguimiento en salud mental. En la práctica de la Psicología clínica existen una serie de tareas que tradicionalmente ha llevado a cabo el profesional y que suponen un consumo y detrimento de tiempo para el trabajo meramente clínico. Algunas de estas tareas son: Atención de llamadas o mensajes telefónicos, corrección de pruebas, recordatorios de próximas citas, entre otras. Para todo esto las plataformas de gestión representan un gran recurso, actualmente existen herramientas de evaluación y seguimiento, de evaluación psicométrica y neuropsicología estándar, de evaluación ecológica momentánea, de evaluación sin la participación directa del paciente. En este capítulo se encontrará la descripción de algunas de estas plataformas virtuales como *PsicoReg*.

El octavo capítulo, se discuten nuevas problemáticas relacionadas con el uso de las tecnologías en el siglo XXI, un abordaje desde la prevención y el desarrollo psicosocial positivo en adolescentes. Algunas problemáticas relacionadas con el uso de las tecnologías son el *grooming online*, el *cyberbullying*, el *trolling* y el *cyberstalking*, situaciones que suelen presentarse de manera más acentuada durante la adolescencia y juventud y que requieren un abordaje centrado en los posibles costos psicosociales. Ante esto, es importante tomar en cuenta recomendaciones que disminuyan la propensión a presentar estas problemáticas y estrategias para hacer un uso adecuado de la diversidad de tecnologías de la comunicación e información.

El noveno capítulo, versa sobre la Psicología escolar contemporánea, los roles y funciones en el entorno digital. Actualmente es casi impensable que la Psicología este ajena a los entornos digitales, por lo que su aplicación en entornos virtuales debe considerar la prevención, evaluación, intervención, consultoría e integración de la familia y comunidad en ello. Para esto, se plantea que la teoría ecológica de sistemas de *Bronfenbrenner* es una gran herramienta para lograrlo. Sin dejar de lado aquellas barreras que podrían impedirlo como las necesidades propias de la niñez, tales como; efectos de pobreza, violencia, falta de servicios de salud. Sin duda, los entornos digitales en este grupo etario pueden facilitar intervenciones académicas y de salud mental, así como evaluaciones psicológicas y enriquecer ambientes que mejoren el proceso de aprendizaje.

El décimo capítulo, denominado Maternidad 4.0, hace referencia a la Psicología perinatal, que se encarga especialmente de la atención en un entorno virtual de la salud mental de las mujeres, la pareja y la familia. La Psicología perinatal interviene en diferentes procesos vitales: desde el deseo de hijo/hija, la concepción, embarazo, parto, nacimiento y crianza temprana hasta la infertilidad, embarazos de riesgo, pérdidas perinatales y dificultades en el vínculo. Dada la emergencia sanitaria de hoy en día y a qué la mujer embarazada

es contemplada en un grupo de riesgo de contagio, es que la Psicología perinatal ha instrumentado estrategias de trabajo a distancia en la prevención y atención de la salud mental de la mujer y su familia en la etapa perinatal.

Finalmente, el onceavo capítulo, aborda el tema de los primeros auxilios psicológicos en el contexto digital. En los últimos meses la población mundial ha estado sujeta a una situación inédita en donde surgió la consigna de mantenerse en casa con cierto distanciamiento social como medida de cuidado de la salud y la vida. Esta situación obligo a intervenir a través de los primeros auxilios psicológicos vía remota previniendo y atendiendo los problemas de salud mental de aquellos que se encuentran en la primera línea de atención hasta aquellas personas (niños, adolescentes, adultos) en confinamiento. Existen evidencias de la aplicación de los primeros auxilios psicológicos en línea como es el caso del Programa CALMA, descrito en este capítulo el cual fue desarrollado e implementado en Perú en medio de la contingencia por COVID-19.

Sin duda que el conocimiento y las experiencias descritas en este libro destacan que la ciberpsicología es un campo profesional con gran potencial de desarrollo, que requerirá de psicólogos con competencias disciplinares propias de la Psicología y de competencias digitales aplicadas a la resolución de problemas psicológicos, y aquellos derivados de la utilización de la tecnología en la vida cotidiana. No cabe duda que la aplicación de la Psicología en el mundo de lo digital hoy implica desafíos éticos y deontológicos, en su eficacia, identidad y finalidad.

Fabiola Itzel Villa George

Introducción

Es sabido que no hay suficientes profesionales de salud mental para satisfacer la necesidad de atención de la población. Por otro lado, la mayor parte de los especialistas en salud mental se concentran en las grandes urbes. De manera que los servicios de salud mental tienen una capacidad limitada y alcance insuficiente (Scruth, 2021). Es por eso que surge la necesidad de buscar estrategias costo-efectivas que permitan llegar con atención oportuna y de calidad a quienes lo requieren.

Una de las estrategias que ha suscitado el interés de investigadores y clínicos de todo el mundo es la incorporación de las tecnologías digitales a la salud mental tanto en el ámbito de la prevención como del tratamiento. Las nuevas tecnologías pueden promover el bienestar mental, por ejemplo, proporcionando psicoeducación, evaluación diagnóstica, monitorización de síntomas y de resultados de tratamiento a distancia.

Si bien la salud mental electrónica o salud mental digital existe desde hace más de dos décadas, su uso sigue siendo poco extendido. Muchos clínicos como también usuarios han sido reacios a utilizar las tecnologías. Es así como hay personas que recorren cientos de kilómetros para ser atendidas por un profesional de salud mental. A su vez, hay profesionales de salud mental que también hacen lo mismo para llegar a zonas más alejadas y proveer atención a esa población. Eso sin duda, genera mayores costos y es menos eficiente. Por otra parte, el área de la salud mental es una de las que más puede sacar provecho del uso de las tecnologías digitales, ya que raramente requiere de un examen físico (Zhu et al. 2021).

COVID-19 ha actuado como un catalizador para la salud mental digital en términos de accesibilidad, efectividad clínica, costo-efectividad y diseminación. Es así como muchos clínicos han hecho un rápido y abrupto giro hacia la telesalud por las limitaciones a la atención presencial, notando sus ventajas (Zhu et al. 2021).

Independientemente de la trayectoria de la pandemia de COVID-19, se espera que una mayor familiaridad con el uso de las tecnologías digitales en salud mental, por parte de los proveedores y los usuarios, conduzca a un mayor uso en el futuro. De hecho, se prevé que las teleconsultas se utilicen cada vez más en muchos entornos como complemento de las consultas presenciales (Wind et al. 2020). Sin embargo, hay algunas limitaciones y desafíos en su uso que requieren ser abordados.

En este capítulo revisaremos algunas definiciones, formas de uso, ventajas, desafíos, consideraciones éticas y legales, y recomendaciones para el uso e implementación de las tecnologías digitales en salud mental.

Definiciones y formas de uso

TICs es la abreviatura de tecnologías de la información y las comunicaciones. Corresponden a tecnologías que permiten crear, modificar, almacenar, administrar, proteger y recuperar información.

La población en la que pueden ser útiles las tecnologías digitales en salud mental es muy amplia, como también los escenarios en los que se pueden implementar. Es así como puede ser utilizada en población clínica y no clínica, por profesionales de la salud (programas colaborativos o consultorías a distancia), en la casa del usuario, en colegios, en centros ambulatorios, en hospitales, en servicios de urgencia, en residencias, en cárceles, en sectores rurales y urbanos, etc.

Las tecnologías digitales en salud mental se pueden utilizar de variadas formas, tales como: sitios de Internet abiertos (páginas web informativas), redes sociales, plataformas webs con registro (con inscripción y uso de contraseña), softwares, aplicaciones para teléfonos móviles, videoconferencias, videollamadas, realidad virtual, videojuegos, dispositivos portátiles, mensajes de textos, chats, correos electrónicos, chatbots y llamadas telefónicas, entre otros.

El prefijo “tele” hace referencia principalmente a las herramientas de comunicación utilizadas. Normalmente, estos términos connotan que el usuario y el clínico están en espacios físicos separados y se conectan a través de un computador (u otro dispositivo conectado a Internet) o del teléfono para servicios de salud mental. Es así como telesalud es el sistema que hace uso de las TICs para proporcionar servicios de salud, atención médica e información, independientemente de la distancia. Es un término amplio que se

refiere a los servicios e información de salud proporcionados electrónicamente (American Telemedicine Association [ATA], 2009).

La telemedicina es el intercambio de información médica entre dos actores que no están ubicados en el mismo espacio, que pueden ser médico/paciente, o médico/médico, a través de algún medio de comunicación electrónico, con el objetivo de mejorar el estado de salud de un paciente. Es equivalente a la consulta en un box clínico, pero con contacto remoto.

La ATA (2009) ha definido la telesalud mental como “la práctica de las especialidades de salud mental a distancia”. Sin embargo, la terminología no ha sido consistente en la literatura. Otros términos utilizados en la literatura van desde los genéricos como e-salud mental, salud mental electrónica, ciber salud mental, asesoramiento a distancia, e-terapia, teleterapia, ciberterapia), a los específicos de una disciplina como telepsiquiatría y telepsicología.

Los servicios de telesalud mental pueden prestarse de forma sincrónica o asincrónica. Los servicios sincrónicos se prestan en tiempo real (por ejemplo, mediante tecnología de videoconferencia, chat en vivo o teléfono) y se denominan teleconsultas sincrónicas. Gran parte de la literatura se centra en la prestación de servicios a través de videollamada sincrónica, ya que es lo más parecido al tratamiento presencial (Berryhill et al. 2019). A su vez, los servicios asincrónicos se prestan a través de una comunicación que se produce en diferentes momentos (por ejemplo, correo electrónico, buzón de voz, mensajes de texto, etc.). Existen intervenciones digitales o basadas en Internet asincrónicas protocolizadas autoguiadas o con la guía de algún profesional de salud mental. Existe investigación que respalda su uso. La terapia cognitivo conductual basada en Internet ha demostrado ser tan efectiva como la terapia cara a cara, principalmente en trastornos mentales comunes (Carlbring et al. 2018). Otro tipo de servicio de salud mental combina herramientas psicoeducativas y de autoayuda en línea con sesiones de terapia cara a cara (Erbe et al. 2017).

Un uso importante de las tecnologías digitales en salud mental son los programas colaborativos (Martínez et al. 2018) y las consultorías a distancia o teleconsultorías (Mundt et al. 2021). Corresponden a una actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud de atención primaria, en aquellos establecimientos en que no se cuenta con especialista, con la finalidad de potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contrarreferencia de personas entre ambos niveles de atención y garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales.

Ventajas

El uso de las tecnologías digitales en salud mental puede tener grandes ventajas y beneficios como, por ejemplo:

- Favorece el acceso a zonas remotas o donde hay falta de profesionales capacitados.
- Ahorra tiempo y costo de traslado, permitiendo no tener que ausentarse por mucho tiempo en el lugar de estudio o trabajo.
- Ofrece una metodología cercana y atractiva, especialmente para adolescentes y jóvenes.
- Puede reducir el estigma hacia los problemas de salud mental, evitando asistir presencialmente a centros donde pueden ser vistos por conocidos.
- Da una percepción de mayor privacidad, especialmente en programas que no utilizan audio ni video.
- Otorga mayor flexibilidad de horario y de tiempo de contacto, es así como se pueden favorecer controles más breves entre sesiones si se requiere.
- Entrega la posibilidad de revisar varias veces los contenidos en programas con componentes autoguiados.
- Confiere flexibilidad en entrega de contenidos o componentes con intensidad diferenciada, de manera que quienes tienen más síntomas reciban mayor intervención (lo que llamamos intervenciones escalonadas).
- Aumenta la colaboración profesional al permitir que los miembros del equipo sanitario asistan a la misma consulta.
- Facilita la presencia de varios miembros de la familia durante una consulta.
- Ofrece la oportunidad de observar a los usuarios en un entorno más natural.
- Reduce riesgo de infección, esto es particularmente importante en usuarios con patologías crónicas o con inmunosupresión.

Desafíos

El uso de las tecnologías digitales en salud mental no está exento de desafíos. Algunos de esos desafíos son:

- Lograr una adecuada conexión a distancia.
- Considerar la falta de abordaje de algunos aspectos de la comunicación (claves no verbales), lo que puede hacer más difícil realizar una completa evaluación, establecer un vínculo terapéutico adecuado y manejar los impasses o rupturas de alianza terapéutica si ocurren.
- Promover el compromiso con las sesiones. Los usuarios, pueden conectarse desde lugares inadecuados o desde condiciones inadecuadas (ej. acostados en la cama, en lugares públicos o con interrupciones frecuentes).
- Actualizar frecuentemente las plataformas y los sistemas operativos utilizados.
- Lidar con problemas de adherencia, motivación o conductuales (ej. ante sensación de mejoría, conductas desafiantes, usuarios con ansiedad ante las cámaras).
- Tomar en cuenta que hay profesionales y usuarios poco familiarizados con las tecnologías digitales (brecha digital) o no están motivados para su uso.
- Manejar situaciones de urgencia o de crisis, que requieren manejo ambiental o favorecer la regulación emocional.
- Garantizar la privacidad y confidencialidad, especialmente cuando el usuario está en un lugar en que hay muchas personas.
- Manejar la fatiga del clínico. El no tener las condiciones adecuadas de conexión y ergonomía y el no hacer pausas entre sesiones pueden favorecer la fatiga del clínico.
- Favorecer la integración con el resto del sistema de salud y con la gestión de otras acciones de salud como la entrega de recetas y licencias médicas.
- Reducir las brechas en investigación, especialmente en ciertos grupos poblacionales como niños y personas mayores.
- Reducir las brechas de provisión de servicios en poblaciones más vulnerables y con desventajas socioeconómicas.
- Avanzar en marcos jurídicos que introduzcan políticas de salud electrónica, apoyen la capacitación y disponga de fondos suficientes para su implementación.

■ Consideraciones éticas y legales

El entorno terapéutico siempre ha sido importante y la telesalud mental presenta nuevos retos, como los problemas de privacidad y confidencialidad, por ejemplo, si el paciente vive en una casa pequeña con una familia numerosa. También hay cuestiones de seguridad relacionadas con cualquier emergencia que pueda surgir y cómo prepararse para responder a ellas.

La ampliación de las teleconsultas requiere un entorno propicio constituido por leyes, políticas, voluntad política y compromisos de financiación. Cualesquiera que sean las decisiones que se tomen y las políticas y leyes que se elaboren, habrá que tener en cuenta la posibilidad de aprovechar al máximo los recursos ya limitados, en lugar de restringirse a imitar o adaptar iniciativas de entornos muy diferentes.

Los profesionales de la salud tienen el deber de tomar medidas razonables para preservar la confidencialidad de la información médica personal, de acuerdo con las preferencias de la persona en cuestión.

La HIPAA es una ley federal que fue aprobada en 1996 para la creación de estándares nacionales para proteger la información sensible de salud del paciente en Estados Unidos. HIPAA es la sigla en inglés para Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud).

En ausencia de regulaciones locales pertinentes y frente a la situación actual de pandemia, resulta necesario flexibilizar las políticas de manera que lo prioritario en estas circunstancias sea brindar una atención de calidad al paciente, utilizando las medidas más seguras posibles para sus datos e información.

El riesgo de violación de la confidencialidad aumenta si los clientes utilizan el dispositivo de otra persona para participar en la teleconsulta, especialmente si la consulta implica el intercambio de mensajes escritos (por ejemplo, SMS, función de chat), resultados de pruebas o imágenes que pueden ser vistos, guardados o accedidos por otras personas.

Se recomienda no grabar las videollamadas, ya que no se ha establecido una forma segura de almacenar y tratar estos datos que sea por todos conocida y respetada que garantice la privacidad. Si hay razones válidas y clínicamente necesarias para la grabación, se debe solicitar un consentimiento explícito para aquello.

En cuanto a las plataformas se consideran como:

- Recomendadas: Skype para empresas, Updox, VSee, Zoom for Healthcare, Doxy.me y Google G Suite Hangouts Meet.
- Suficientes para periodo de pandemia (advertir a pacientes de que no son 100% seguras): Apple FaceTime, chat de video de Facebook Messenger, Google Hangouts, WhatsApp, Skype, Zoom.
- No recomendadas: Facebook Live, Twitch, Instagram, Periscope y Tiktok.

Como la atención por medios digitales es diferente a la presencial, se sugiere informar de sus particularidades a través de un consentimiento informado al usuario o al adulto responsable a cargo que contenga al menos los siguientes elementos:

- La teleconsulta corresponde a...
- Sus principales beneficios son...
- No obstante, la teleconsulta presenta los siguientes riesgos y limitaciones...
- Por el presente documento entiendo que... (incluir aspectos de duración aproximada de la sesión, costos y condiciones y ambiente de conexión)
- Al inicio de la teleconsulta el médico me consultará si estoy de acuerdo o no con los términos del presente protocolo de consentimiento, el cual quedará registrado...
- Entiendo que en todo momento durante la realización de la teleconsulta puedo revocar mi consentimiento...

En el caso de niños y adolescentes menores de edad, se sugiere solicitar un consentimiento informado a la persona adulta responsable y aplicar también un asentimiento informado. Obtener un consentimiento pudiera ser complejo en ciertas situaciones, de manera que como mínimo se sugiere obtener un consentimiento verbal y dejar constancia de esto en el registro clínico.

En contextos de extrema pobreza y falta de recursos, si bien puede ser tecnológicamente posible proporcionar diagnósticos mediante teleconsultas, es importante considerar los desafíos éticos del diagnóstico en ausencia de recursos para proporcionar un tratamiento adecuado.

Recomendaciones para la implementación

A pesar de las ventajas del uso de las tecnologías digitales en salud mental, su uso no está extendido en la atención rutinaria. Una de las barreras para su mayor diseminación más frecuentemente mencionadas en la literatura se refiere a las expectativas y preferencias tanto de los pacientes como de los profesionales sobre los servicios de salud mental digital (Vis et al. 2018). De manera, que es fundamental considerar la perspectiva tanto de usuarios como de proveedores para una adecuada implementación de estos servicios. Ebert et al. (2015) demostraron que se puede aumentar la aceptación por parte de los pacientes mediante un breve video informativo. Para mejorar la aceptación de los profesionales de salud mental es importante involucrarlos desde las primeras etapas del diseño de estrategias y de la toma de decisiones para la provisión de servicios de salud mental digital (Vis et al. 2018). Además, para favorecer su confianza, es relevante diseñar cuidadosamente programas de formación y de orientación continua para los profesionales de la salud en la aplicación de las intervenciones de salud digital (Ross et al. 2016).

Recomendaciones clínicas

Este documento no pretende definir el estándar de atención ni sustituir el buen juicio clínico. En términos generales, el profesional de salud mental debe considerar lo siguiente:

- Informar al paciente (y a su cuidador si se requiere) sobre la teleconsulta mediante consentimiento/asentimiento informado.
- Contar con dispositivo con batería y conexión adecuada a Internet y tener teléfono y/o correo electrónico para contacto de respaldo por si falla la conexión. Recordar esto al usuario también.
- Informar a usuario si requiere descargar o no alguna aplicación para la conexión con anticipación.
- Idealmente realizar prueba de conexión.
- Informar sobre procedimiento de agendamiento de horas y pago de las prestaciones.
- Preparar el medio para registro clínico asegurando la privacidad.
- Tener las siguientes precauciones: silla cómoda, postura adecuada, dispositivo a distancia adecuada y hacer pausas activas entre sesiones.

- Estar en lugar silencioso, privado, idealmente sin interrupciones y con buena iluminación y solicitar que el usuario tenga las mismas condiciones. Es importante asegurarse de que no hay nadie más en la sala o habitación que no podamos ver en la cámara. El usuario puede no ser consciente del valor de un espacio privado, o puede no tener un espacio privado en el que participar en la consulta.
- Asegurar la confidencialidad de la atención y de los documentos generados (confirmar que no hay nadie más en la habitación, proponer uso de audífonos, precaución con ventanas hacia la calle, consentimiento especial para grabaciones si es que por razón excepcional se requirieran).
- No es necesario mirar fijamente a la pantalla toda la sesión, sin embargo, se debe informar si está ocupado en otra actividad (ej. leyendo algo en otra pantalla).
- La comprensión de las recomendaciones debe ser confirmada con el usuario, se pueden reforzar enviando chat o correo electrónico.

Los profesionales de la salud deben prever la posibilidad de que se produzcan fallas de conexión y tener un plan a priori para solucionarlo. Esto puede incluir la necesidad de utilizar una llamada telefónica durante el resto de la sesión, o utilizar un teléfono para el componente de audio mientras se sigue utilizando la pantalla para el video.

En lugares donde la conexión a Internet no es buena o para acceder a personas que no están familiarizadas con dispositivos electrónicos, las llamadas telefónicas son una buena oportunidad.

Algunos adolescentes y jóvenes, ya sea por presentar síntomas de ansiedad frente a la cámara o por resguardar su privacidad, prefieren el uso del chat, para lo cual los profesionales de salud mental también se pueden preparar.

A veces hay que adaptar nuestro estilo, nuestras técnicas e incluso algunos de nuestros protocolos de evaluación para este tipo de atención. Sin embargo, algo muy importante a conseguir es que exista cierta “solemnidad” en la atención. De manera, que el usuario debe prepararse para ello y disponer del tiempo necesario. Hemos visto como hay usuarios que se conectan en el transporte público o están aún medio dormidos o haciendo otras actividades durante la sesión. Nada de eso favorece una buena evaluación ni seguimiento, por lo que hay que establecer ciertos límites.

Los profesionales de la salud deben estar preparados para desescalar las situaciones si se produce un aumento significativo de la emoción o un comportamiento que es

contraproducente para los objetivos de la consulta. Si bien, es más difícil gestionar los comportamientos desafiantes, las situaciones de crisis o de urgencia en una teleconsulta, que en una consulta presencial, se recomienda que los profesionales de la salud intenten emplear las mismas estrategias que emplearían en una sesión presencial y considerando el apoyo de otras personas que estén presencialmente si se requiere.

Futuras líneas

Dado que las tecnologías digitales en salud mental tienen enormes beneficios es importante avanzar en abordar los desafíos aún pendientes los cuales pueden resumirse en los siguientes puntos:

En primer lugar, es importante avanzar en marcos legislativos que permitan realizar atenciones de telesalud mental de manera segura y susceptible a ser costeadas o reembolsables por los seguros de salud.

En segundo lugar, se requiere que los profesionales de salud mental estén capacitados adecuadamente en ofrecer esta alternativa a la población. Para lo cual hay que incluir desde la formación de pregrado esta temática.

En tercer lugar, se requiere otorgar una mayor conectividad, especialmente a las poblaciones más vulnerables para no aumentar la inequidad en el acceso a atenciones de salud mental.

En cuarto lugar, se requiere aumentar la investigación en esta temática. Especialmente se necesitan más estudios de eficacia que incluyan a poblaciones menos investigadas como niños y adolescentes, personas mayores y poblaciones vulnerables y minorías y estudios de costo-efectividad.

Conclusiones

Las tecnologías digitales pueden aportar a la prevención y tratamiento de problemas de salud mental. Existen diversas formas de uso de las tecnologías digitales en salud mental que se pueden implementar en diferentes escenarios. Dentro de las principales ventajas está que: favorecen el acceso, ofrecen una metodología cercana y atractiva,

se asocian a menor estigma, favorecen una percepción de mayor privacidad, otorgan mayor flexibilidad de horario, permiten revisar contenidos, promueven mayor flexibilidad en entrega de contenidos. Sin embargo, no están exentas de desafíos como: existen brechas en la investigación e implementación, hay falta de abordaje de algunos aspectos de la comunicación, se requiere actualización frecuente, se encuentran problemas de adherencia y motivación, y hay terapeutas poco familiarizados con ellas o no motivados a su uso. Una capacitación adecuada en su uso a los profesionales de salud mental e información a los usuarios puede favorecer una mejor aceptabilidad y eficacia. Es importante avanzar en: (1) marcos legislativos que permitan realizar atenciones de telesalud mental de manera segura y susceptible a ser costeadas y reembolsables por los seguros de salud, (2) otorgar una mayor conectividad, especialmente a las poblaciones más vulnerables y (3) aumentar la investigación en esta temática, especialmente estudios de eficacia y de costo-efectividad.

Referencias

- American Telemedicine Association Standards & Guidelines (ATA). (2009). https://www.americantelemed.org/resource_categories/practice-guidelines/page/2/
- Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H. y King, M. (2019). Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, 25(6), 435-446. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0058>
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. y Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 47(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- Ebert, D. D., Berking, M., Cuijpers, P., Lehr, D., Pörtner, M. y Baumeister, H. (2015). Increasing the acceptance of internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms. A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 176, 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.056>
- Erbe, D., Eichert, H. C., Riper, H. y Ebert, D. D. (2017). Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 19(9), e306. <https://doi.org/10.2196/jmir.6588>
- Martínez, V., Rojas, G., Martínez, P., Zitko, P., Irrarrázaval, M., Luttgés, C. y Araya, R. (2018). Remote Collaborative Depression Care Program for Adolescents in Araucanía Region, Chile: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 20(1), e38. <https://doi.org/10.2196/jmir.8021>
- Mundt, A. P., Irrarrázaval, M., Martínez, P., Fernández, O., Martínez, V., & Rojas, G. (2021). Telepsychiatry Consultation for Primary Care Treatment of Children and Adolescents Receiving Child Protective Services in Chile: Mixed Methods Feasibility Study. *JMIR public health and surveillance*, 7(7), e25836. <https://doi.org/10.2196/25836> mHealth, 6:29. <http://dx.doi.org/10.21037/mhealth.2020.02.01>
- Ross, J., Stevenson, F., Lau, R. y Murray, E. (2016). Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation science: IS*, 11(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0510-7>

- Scruth, E.A. (2021). The Increasing Need for Mental Health Services: Do We Have Enough Mental Health Providers? *Clinical Nurse Specialist* 35(1), 8-10. https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=5716521&Journal_ID=54033&Issue_ID=5716502
- Vis, C., Mol, M., Kleiboer, A., Bührmann, L., Finch, T., Smit, J. y Riper, H. (2018). Improving Implementation of eMental Health for Mood Disorders in Routine Practice: Systematic Review of Barriers and Facilitating Factors. *JMIR mental health*, 5(1), e20. <https://doi.org/10.2196/mental.9769>
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G. y Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet interventions*, 20, 100317. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>
- Zhu, D., Paige, S.R., Slone, H., Gutierrez, A., Lutzky, C., Hedriana, H., Barrera, J.F., Ong, T. y Bunnell, B.E. (2021). Exploring telemental health practice before, during, and after the COVID-19 pandemic. *Journal of Telemedicine and Telecare*. Jul 9, 1-7 <https://doi.org/10.1177/1357633X211025943>

Carolina Díaz Ruiz y Aránzazu Duque Moreno**Introducción**

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han supuesto un cambio de época por la velocidad, trascendencia y globalidad de los cambios que, hasta ahora, habían sido más sectoriales y menos intensos (Cáceres et al. 2017). Este cambio evolutivo supone uno de los mayores retos que hemos vivido la especie humana. Así, estamos asistiendo a una revolución digital entendida como el crecimiento de la oferta de tecnología digital y la rápida sustitución de las tecnologías mecánicas y electrónicas por las digitales en muchos ámbitos de la sociedad, educación, cultura, ciencia, industria o comercio entre otras actividades (Barón Pulido et al. 2021). Las aplicaciones y herramientas digitales son una visible manifestación de dicha revolución (Agar, 2019). Por ejemplo, en 2018, cada 60 segundos se produjeron 3,7 millones de búsquedas en Google, se enviaron 38 millones de WhatsApp, 18 millones de mensajes de texto, 481.000 tweets y 187 millones de email (Desjardins, 2018). Así, el avance de la era digital ha sido paulatino, pero profundo y a gran escala, convirtiéndose las tecnologías digitales en omnipresentes en nuestra vida cotidiana, laboral y de ocio, lo cual ha llegado a tener y, de hecho, tiene un efecto directo en la existencia de las personas y en su modo de desarrollarse. Así, nuevas realidades como la inteligencia artificial, las tecnologías inmersivas, los artefactos autónomos y los dispositivos inteligentes (robots, drones, vehículos autónomos), el big data (minería y analítica de datos), el dinero virtual (bitcoins), blockchain, la computación cuántica, entre otras están impactando en la sociedad actual al romper radicalmente con las formas habituales de funcionar (García Aretio, 2019). Las TIC, junto al alcance que tienen en prácticamente todos los ámbitos de la realidad, han dado paso a nuevas formas de comportarnos y de relacionarnos entre nosotros y con el entorno.

Se ha creado una nueva civilización digital que no sólo acarrea otras formas de percibir el mundo, sino que está impulsando una completa transformación en el estado técnico, político y moral de toda una sociedad (Vinck, 2018). De hecho, ha emergido y se ha desarrollado con mucha fuerza el sujeto digital o 2.0, el cual interactúa a través de las redes sociales. Estas últimas, en tanto que plataformas globales, se han configurado como un nuevo espacio de interacción y vinculación, dinámico, abierto y sin límites geográficos,

que funciona de forma paralela a los espacios no virtuales (Vallespín, 2009). A través de los canales digitales ofrecidos por las redes sociales virtuales, el sujeto 2.0, no sólo interactúa, sino que se informa y comparte información digital; contrata y vende servicios o productos digitales; e, incluso, lleva a cabo acciones digitales. A este respecto, *“Internet —además de un medio para el correo electrónico y otras formas de comunicación, como las que facilitan las redes—, es un gran catálogo o escaparate mundial de ofertas y demandas, como corresponde a un mercado globalizado”* (Bernete, 2010, p. 99). En la era digital, el sujeto deja de ser un simple receptor pasivo de información para convertirse en un agente activo que se interesa y escoge, entre una oferta heterogénea, aquello que satisface sus necesidades (Jódar, 2010).

A partir de la creciente normalización de las TIC y relevancia de la dimensión online en la vida cotidiana, la hiperconexión se ha convertido en la forma natural de estar en el mundo (Cáceres et al. 2017), siendo las TIC uno de los principales escenarios de la socialización del sujeto actual, lo que ha determinado inevitablemente de forma recíproca la identidad que configuramos las personas, habiendo dado lugar al desarrollo de la dimensión online de la identidad. En este sentido, la irrupción de Internet en la cotidianidad de nuestras vidas ha transformado radicalmente la representación de la identidad en los espacios sociales y la comunicación tradicional (Romero y Rivera, 2019). Y es que existe una clara necesidad de construir una identidad digital debido al proceso de cambio desde la cultura analógica a la cultura digital y a los efectos de esta cibercultura sobre nuestra vida, siendo, a su vez, cada vez más imprescindible para desarrollar todo tipo de actividad (Gallego Trijueque, 2016). Así, en la actual sociedad digital, el individuo que no tiene un espacio propio y reconocible en la comunidad virtual, ya sea en formato blog, de sitio web, de cuenta en una red social o de correo electrónico, no existe en el ciberespacio y, en consecuencia, está aislado y sin identidad en el ecosistema de comunicación digital (Area, 2011). Por tanto, a pesar de que, cuando se habla de TIC, suele ignorarse al sujeto, lo cierto es que en el centro del análisis y la reflexión debe de estar precisamente él, ya que el artefacto es solo un canal material que permite la realización de la persona a través de una acción que supone una intencionalidad (Cornejo, 2011).

El presente capítulo, partiendo del concepto de identidad digital, se centrará en desarrollar las implicaciones que la era digital tiene para el sujeto actual, el cual existe y tiene experiencias en un mundo que es fundamentalmente digital. En una primera parte, se abordará la diferenciación entre los conceptos de digitalización, transformación digital y madurez digital, dando paso a una descripción del proceso de digitalización de la identidad para finalizar con una descripción y caracterización de la generación conocida como nativos digitales. En una segunda parte, se expondrán las cualidades psicológicas

básicas del ciberespacio propuestas por Suler, con el fin de abordar cómo es que se conforma la identidad digital de un sujeto, a partir de la subjetividad y las posibilidades que ofrece el mundo online. Posteriormente, se abordarán dos aspectos, que aunque no forman parte de las teorizaciones de Suler, son de especial relevancia para el tema en cuestión: el falseamiento de la identidad, el cual resulta un fenómeno ilustrativo de la multiplicidad de la identidad y los límites de la intimidad, tema que cada vez cobra más importancia en un contexto hiperdigitalizado en el que borrar contenidos es una tarea difícil. Finalmente, en una última parte, se reflexionará, a modo de conclusión, sobre las potencialidades y limitaciones que la era digital plantea respecto a la existencia y vivencia del sujeto.

El sujeto digital como parte del nuevo escenario social

En la actualidad, estamos asistiendo a un asombroso cambio de escenario en el que las TIC se han expandido y han impactado con fuerza en la sociedad, modificando radicalmente los modos de ser y estar en el mundo, lo que ha permitido crear nuevas formas de codificar, representar y construir la cultura. La tecnología digital y su permanente e incrementada relación con el ser humano han dado lugar al nacimiento del sujeto digital cuyas áreas de actividad han sido reinventadas por la omnipresencialidad de los usos de internet. Así, la era digital pone en evidencia la necesidad de replantear la propia existencia de los sujetos, ya que las TIC están desarrollando en las personas una visión del mundo distinta, creando nuevas necesidades, lo que lleva a la generación de nuevas demandas.

Digitalización, transformación y madurez digital

En el contexto en el que nos encontramos, el cual nace a partir de las nuevas tecnologías, es fundamental definir y delimitar los conceptos de digitalización, transformación digital y madurez digital. Como consecuencia del cambio que han producido los avances tecnológicos en la naturaleza de los trabajos como alerta uno de los últimos Informes sobre el Desarrollo Mundial del Banco Mundial (World Bank, 2019), estos conceptos nacen en el contexto organizacional o empresarial, en el seno del MIT Center for Digital Business en sus inicios (Lorenzo Ochoa, 2016). Sin embargo, son perfectamente extrapolables a cualquier agente de la sociedad, incluido el ser humano como sujeto individual. Así, de forma general, el proceso seguiría del siguiente modo: la transformación digital se inicia

con un proceso de digitalización comprometido con un verdadero cambio el cual, una vez asentado, puede llevar a la madurez digital. En la figura 1 está representado el proceso y este es explicado a continuación.

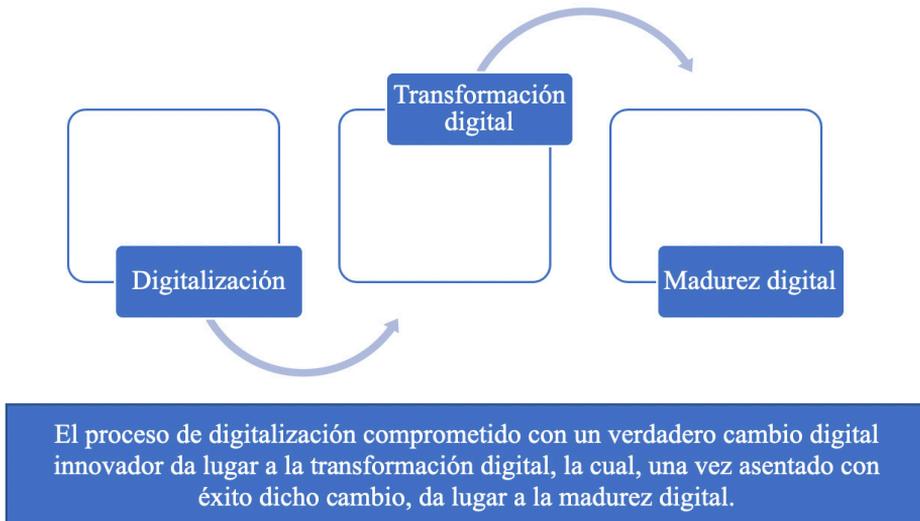


Figura 1. Representación del proceso desde la digitalización hasta la madurez digital.

En todo este entramado, debemos partir del concepto de **digitalización** ligado directamente a la tecnología, un proceso real del cambio tecnológicamente inducido. Aunque no hay una única definición de digitalización, ésta es considerada una corriente tecnológica que afecta directamente a la sociedad, a la empresa, a la cultura y a la forma de comunicarnos y relacionarnos con el mundo (Delgado, 2016). Sin embargo, aunque la digitalización es una condición necesaria y se sitúa a la base de la transformación digital, no es suficiente, haciéndose imprescindible dar un paso más y dirigir los esfuerzos hacia un verdadero cambio digital, tanto social como cultural, de gran envergadura que permita pasar a la siguiente fase de transformación digital.

Para que la **transformación digital** sea una realidad, es esencial promover una mentalidad digital, superando el miedo al riesgo y a lo desconocido y aplicar las tecnologías digitales en todos los ámbitos de la sociedad humana, desplegando las herramientas necesarias para lograr la adaptación a los cambios que dicho proceso implica. Así, transformación,

entendida como el efecto social total y global de la digitalización, es la suma de innovación, ya que las nuevas tecnologías demandan una modificación en la forma tradicional de hacer las cosas, y gestión del cambio, ya que se trata de facilitar y conseguir la implementación exitosa del proceso de cambio (Marcet, 2015). Y es que uno de los retos más apremiantes que plantea la digitalización es enfrentar los efectos de la innovación como consecuencia de la intensa penetración de las TIC en cualquier ámbito de la realidad. Es fundamental tener en cuenta que, para conseguir una verdadera transformación y exitosa adaptación, es necesario dotar a la persona de herramientas útiles y enriquecedoras, tanto internas como externas, en este caso digitales. Sólo creando una cultura digital sólida, cualquier estrategia digital se podrá ejecutar de manera perfecta (Bughin, 2017). Esta situación ideal, que no utópica, es la que puede llevar directamente a la madurez digital.

La **madurez digital** ocurre cuando existe un progreso tecnológico real, cuando se produce un salto de lo analógico a lo digital que pone de manifiesto una nueva realidad, no sólo en forma de experimento innovador y creativo, sino de cambio asentado que demuestra resultados positivos por su carácter adaptativo y renovado que asegura el éxito del mismo. Asimismo, los servicios digitales ofrecidos deberían ser siempre una opción para aquellos que los prefieren y no una obligación (Jiménez, 2016), buscando una mejora continua de la experiencia de la población al hacer uso de las tecnologías digitales. Así, es necesario que el despliegue de estas últimas se acompañe de un conjunto de reglas y normas que permitan que la experiencia digital de la ciudadanía sea positiva. De este modo, si las TIC se implementan sin una base transformadora sólida, la calidad de la transición hacia un futuro digital puede verse comprometida, haciendo muy difícil alcanzar la meta de la madurez digital. De hecho, en el contexto actual, la pandemia provocada por el COVID-19 ha producido un cambio vertiginoso de la sociedad, ganando las nuevas tecnologías un auténtico protagonismo, que, a pesar de haber permitido la implementación de soluciones digitales innovadoras, ha hecho más complicada la toma de medidas para la gestión del cambio, lo que puede poner en riesgo el estado de madurez digital. Así, volviendo al nivel de análisis del sujeto, este será digitalmente maduro, cuando persiga voluntariamente la legitimación de la propia existencia a través de su implicación activa en actividades y procesos que hacen uso de las TIC (Cáceres et al. 2017).

La digitalización de la identidad

Uno de los aspectos más importantes de la existencia de un sujeto es su identidad, ya que es la expresión de un conjunto de rasgos físicos, psíquicos, sociales, culturales y morales idiosincráticos que le diferencian de todos los demás (Rojas de Rojas, 2004).

Así, la configuración de la identidad se produce a partir de un intercambio constante de información simbólica entre el individuo y el contexto que le rodea, lo cual crea un entorno óptimo para el desarrollo del sujeto que hace que se encuentre, se reconozca y se distinga del otro (Cerrillo- Garnica, 2019). En este sentido, la propia identidad se construye no sólo por cómo se muestra la persona, sino también por el grado de presencia o disponibilidad con y entre sus conocidos, por el nivel de interacción con los otros, por la riqueza e interactividad con que se relaciona, por la intensidad y complejidad de la propia red de conocidos, por la imagen o cómo le ven los demás y, finalmente, por el grado en que pertenece o forma parte de uno o varios grupos (Kietzmann et al. 2011). Por tanto, la identidad de una persona es una especie de carta de presentación de su propia personalidad que viene definida por sus rasgos y atributos característicos que permiten que se diferencie de otras personas y que genere una imagen de ella, constituyéndose como la puerta de entrada a la sociedad (Gallego-Trijueque, 2016).

Dada la omnipresencia de las TIC en todos los ámbitos de la sociedad, no es de extrañar que se haya producido una digitalización del yo, contribuyendo a la construcción y gestión de la identidad que ha tenido como resultado el desarrollo de una nueva identidad humana, la identidad digital. De hecho, el ecosistema digital permite que las personas puedan construir una imagen de sí mismas con mayor facilidad y rapidez que en el mundo offline (Romero y Rivera, 2019). Debido a que todo aquello que se hace en la red contribuye a la creación de la identidad digital, se puede definir la **identidad digital** como la construcción, expresión y representación virtual de rasgos característicos del yo en el espacio digital a través de las TIC (Fernández, 2012). Esta construcción puede darse de forma consciente, pero también, y suele ser la vía más común, de forma inconsciente, por ejemplo, al participar en algún blog o foro, en una conversación de chat, o en una publicación electrónica en la que se cite el nombre de la persona, donde se comente su profesión o sus intereses e, incluso, a través de la relación de búsquedas realizadas en Internet, todo ello va configurando lo que, progresivamente, se va convirtiendo en la identidad digital (Gamero, 2009). De este modo, al estar en el ciberespacio, se genera un representación virtual de uno mismo, un “yo virtual” construido a partir de la actividad propia en Internet (Giones-Valls y Serrat-Brustenga, 2010), pero también a partir de la actividad de los demás, de lo que la Red explica de una persona, aunque no esté de acuerdo con ello, aunque lo haya escrito esa persona, aunque no sea del todo cierto (Caro-Castaño, 2012).

Una cuestión fundamental es la naturaleza que tiene la identidad digital, incluyendo dos ámbitos esenciales, uno de naturaleza tangible material y otro de naturaleza representativa simbólica. El primero recoge los datos personales objetivos que introducimos en el mundo

online y que nos identifican instrumentalmente como pueden ser los datos bancarios, contraseñas, fechas de nacimiento o códigos entre otros. El segundo ámbito hace referencia a la autoconstrucción que nosotros hacemos pública y que gestionamos en las redes sociales, creando, a su vez, una imagen subjetiva nuestra en los demás (Fernández, 2012). La figura 2 muestra esta doble naturaleza de la identidad digital.

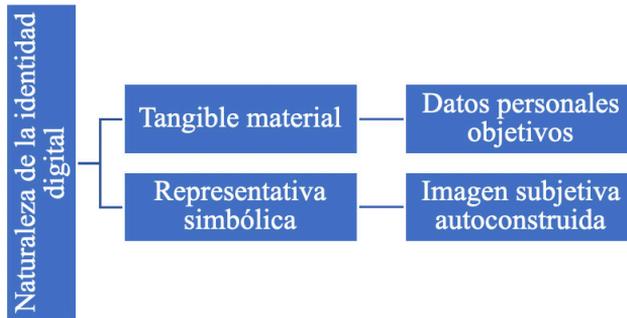


Figura 2. Representación de la doble naturaleza de la identidad digital.

En cuanto a los componentes que forman parte de la identidad digital, aunque son muchos, los principales son los siguientes: página web, blog, e-mail, perfil de red social, perfil de red profesional, teléfono móvil y SMS, mensajería instantánea, canal de fotografía, canal de vídeo, televisión online y foros y chats. En este sentido, podemos tener una identidad en la vida real o presencial; sin embargo, nuestra identidad como sujeto digital será incompleta si carecemos de visibilidad en los mundos de la comunicación virtual. De hecho, en la actualidad, la persona que no tiene un espacio propio y reconocible en Internet, ya sea en formato blog, de sitio web, de cuenta en una red social o en una lista de distribución de correos electrónicos, no existe en el ciberespacio y, en consecuencia, está aislada y sin identidad en el ecosistema de comunicación digital (Area, 2011). En efecto, en la sociedad red, “solo existe una alternativa: o se involucran activamente en las tecnologías de la información y de la comunicación o dejan de existir” (Urteaga, 2015, p. 163).

Tal y como plantea Fossatti (2010, p. 85), *“al estar insertos en una cultura digital, la dimensión online de nuestra vida cotidiana cobra cada vez más importancia. Los medios digitales nos exigen identificarnos, nos piden datos para llenar un perfil, personalizar nuestros espacios, definir preferencias y establecer conexiones. No solamente con fines de entretenimiento y socialización (si es que consideramos estos fines poco importantes), sino cada vez más para*

estudiar, para realizar trámites frente a organismos públicos o transacciones con distintas instituciones privadas, desde la banca hasta las empresas telefónicas". Así, parece que hay una necesidad cada vez mayor de crear y expresar una imagen de nosotros mismos a través de las TIC, siendo, por ello, cada vez más difícil prescindir de la dimensión digital de la identidad (Fossatti, 2010). La creación y construcción de la identidad digital forma ya parte de nuestras tareas cotidianas, ya que nos encontramos en una sociedad que cada día se digitaliza más a nivel organizacional e institucional (Gallego-Trijueque, 2016). En este sentido, la identidad digital no debe reducir a la mera "presencia en línea" en forma de apertura de múltiples perfiles en diferentes espacios digitales, sino que incluye, además, la identificación del sujeto dentro de la cultura digital y la posición que sea capaz de definir, apoyar, mantener y proyectar con respecto a su forma de relacionarse con las personas, con los contenidos y con las estructuras de producción y divulgación del conocimiento (Lara, 2009).

Tipos de sujetos digitales: los nativos digitales

Dentro de este contexto, existen diversas clasificaciones que tratan de distinguir entre diversos tipos de sujetos digitales en función de su mayor o menor familiarización e inmersión en el mundo digital. Aunque es cierto que estas clasificaciones han emergido y se han desarrollado en el ámbito de la educación orientadas a caracterizar la generación de estudiantes y diferenciarlos de la generación de profesores, como ocurre con los conceptos de digitalización, transformación digital y madurez digital, son extrapolables a otros campos como la política, los medios de comunicación, las instituciones, las empresas o, incluso, a un ámbito más íntimo, el del propio sujeto. De forma más concreta, es Prensky (2001), quien utiliza por primera vez y acuña los términos de nativo e inmigrante digital para diferenciar entre sujetos que se han desarrollado rodeados de las TIC, en el caso de los **nativos digitales**, y sujetos que han nacido TIC en una etapa posterior de la vida y que han tenido que realizar un esfuerzo por entender el universo digital, en el caso de los inmigrantes digitales. Esta generación, que es fruto de la revolución digital, está compuesta por grupos de personas reales, menores de 30 años, que nacen en una era y que poseen una serie de características propias (Romero y Rivera, 2019). Más allá de Prensky, otros autores han tratado de caracterizar a esta generación que ha crecido en plena era digital y ha desarrollado una especial sensibilidad hacia lo digital. En la tabla 1 están listadas algunas de las denominaciones que esta generación ha recibido.

Tabla 1. Formas de denominar a la generación digital.

• Nativos digitales (Prensky, 2001)
• Generación Y (Zhao y Liu, 2008)
• Generación Google (Rowlands et al. 2008)
• Generación de la Red (Tapscott, 2009)
• I-generation (Rosen, 2011)
• Generación @ (Ortiz-Henderson, 2011)
• Generación multimedia (Morduchowicz, 2012)
• Residentes digitales (White y Le Cornu, 2011)

Es destacable la distinción que hacen White y Le Cornu, (2011) entre residentes y visitantes digitales, sin hacer referencia a la edad como criterio clasificador. Así, el residente digital sería una persona que ubica una parte de su identidad en Internet, que usa las TIC de forma frecuente e interactúa con otras personas a través de las redes sociales digitales. El visitante digital sería una persona que utiliza las TIC para acciones muy específicas y esporádicas (p.e., comprar un billete por Internet) y no experimenta la necesidad de pasar ciertos periodos de su día a día en la red.

Independientemente de las diferentes denominaciones y sus definiciones, tal y como afirma el propio Prensky (2005), las personas pertenecientes a la generación digital utilizan las TIC como una prolongación de su cuerpos y mentes, lo que les permite incorporar estas herramientas de forma automática en su día a día más rutinario. Si bien no se puede, ni se podría en ningún caso, hablar de una exclusividad en las poblaciones más jóvenes, sí resulta interesante distinguir cómo en esta generación ha impactado de modo más significativo el uso y control de internet, como parte fundamental de la vida misma (Cerrillo-Garnica, 2019). En este sentido, los niños y jóvenes nacidos en la última década del siglo XX representan la primera generación nacida y socializada bajo las formas culturales idiosincrásicas surgidas por la omnipresencia de las tecnologías digitales. Lo cierto es que la realidad actual gira entorno a las TIC que han transformado la forma, no sólo de aprender, sino también de entender, interiorizar y, en definitiva, de construir nuevos tipos de relaciones y de hacer sociedad. Lo anterior tiene inevitablemente un efecto en el desarrollo de la identidad, haciendo que se desarrolle de forma más significativa y con mayor arraigo y fuerza la dimensión digital de la identidad, no haciendo diferenciación

en el yo en medios digitales y presenciales, en esta generación, en comparación con generaciones previas que no han crecido en un ambiente altamente digitalizado (Yu et al. 2020), habiéndose, de este modo, convertido las TIC en auténticas señas de identidad generacional. Frente a esta visión tan extendida, algunas voces críticas plantean que no todos los jóvenes pertenecientes a la generación digital pueden ser considerados como nativos digitales. Así, está surgiendo la idea de que, para pertenecer realmente a la generación digital, es necesario ser maduro digitalmente; es decir, tener experiencias significativas con las TIC y que éstas tengan un impacto transformador en la gran mayoría de ámbitos de su vida. Así, por ejemplo, como afirman Benítez et al (2011), los jóvenes de bajos recursos la privilegian como entretenimiento, el juego y el chat; mientras otros, con mayores recursos, las ocupan como fuente de información. Incluso, aquellos individuos que no han nacido dentro del entorno digital, pueden llegar a tener una preparación y capacidad digital similar a los individuos que han nacido inmersos en las TIC. Por tanto, por nativo digital debería entenderse a todo individuo que posee múltiples competencias digitales y que conocen el lenguaje de Internet; es decir, las redes sociales, las dinámicas virtuales, los videojuegos, los teléfonos móviles, etc., que, en definitiva, poseen un dominio innato del idioma y de los entornos online (García et al, 2007).

Identidad digital y subjetividad (características individuales del sujeto digital)

Si la identidad es considerada, de la manera que proponemos anteriormente, como la expresión de rasgos idiosincráticos en su conjunto, esto es posible gracias a factores subjetivos, que a su vez, se enlazan con las características de los entornos en los que nos desenvolvemos, como lo es en este caso, el entorno digital. De esta manera, podemos hablar acerca del sujeto digital debido a que los procesos de digitalización y socialización mediados por la virtualidad han permitido nuevas maneras de relacionarnos con el mundo. Así, la posibilidad de estar hiperconectados y establecer vínculos en línea nos permiten crear y recrear ideas, opiniones y actitudes. Como lo aclara el psicólogo Pablo David Barrenango (2020), esto se trata de un proceso de diversas mutaciones de la subjetividad que transcurre en escenarios múltiples y heterogéneos. Nuestra actuación en los escenarios digitales tiene que ver con nuestra experiencia subjetiva y el deseo.

Más allá de nuestra huella digital, es nuestra manera de desenvolvernos en la virtualidad la que habla acerca de nuestra identidad digital. Así como los datos de identificación en el pasaporte nos revelan la identidad de un sujeto, más no nos pueden hablar acerca de su mundo subjetivo, sus habilidades y otras características que considere partes fundamentales de sí mismo; en el ciberespacio también hay actos que configuran nuestra

identidad y hablan acerca de nosotros, aquello que nos gusta y la manera que tenemos de relacionarnos, a veces incluso, revelando aspectos de nuestra personalidad antes desconocidos para nosotros mismos.

El psicólogo John Suler (2003), considerado el padre de la ciberpsicología, nos plantea que la manera en la que las personas gestionan su identidad en el ciberespacio nos dice algo acerca de la naturaleza humana. El nombre de usuario que se ha elegido, los foros y espacios que se frecuentan, así como el avatar y la información que una persona presenta de sí misma también forman parte de la identidad.

Para comprender esto, es necesario conocer las **cualidades psicológicas básicas del ciberespacio** más relevantes⁴ propuestas por Suler (2003), a saber: presencia, efecto de desinhibición en línea y percepción del espacio y tiempo. Además, más allá de los planteamientos de este autor, es importante señalar dos aspectos importantes que se presentan en torno a las experiencias digitales actuales, debido a que también creemos que hablan acerca de la identidad, la subjetividad y el entorno digital. Estos últimos dos aspectos son el falseamiento de la identidad y los límites de la intimidad.

■ Presencia

La primera de las cualidades psicológicas que debemos tomar en cuenta es la presencia. Se trata de un concepto que vale la pena complejizar, pues usualmente, se confunde con el estar en un espacio físico determinado. Si entramos en las redes sociales, interactuamos con otras personas y recibimos estimulación sensorial, cabría plantearnos que, en efecto, podemos estar presentes en el ciberespacio. De la misma manera en la que podemos estar compartiendo el mismo espacio físico con alguien y sentirnos mental y emocionalmente en otro lugar, también es posible sentirnos en sintonía -conectados- con otros sujetos digitales y/o espacios virtuales. Esto resulta más sencillo para una persona que es nativa digital porque es algo ya incorporado, que sucede de manera más orgánica. Por ejemplo, muchos adolescentes juegan en línea videojuegos pensados para equipos, por lo que se requiere de una cantidad considerable de interacción y colaboración dentro de la virtualidad.

4 Suler, en su libro “The Psychology of Cyberspace” (2003) propone una lista más amplia de cualidades psicológicas básicas. Sin embargo, hemos decidido presentar una condensación de estas con el fin de mostrar los elementos que hacen las teorizaciones de Suler más singulares y que siguen siendo relevantes para el entendimiento de la ciberpsicología y los espacios en línea en nuestra actualidad.

Las posibilidades del mundo online nos permiten interactuar con un otro, por ejemplo, compartir archivos, enviar y recibir mensajes escritos, de voz o vídeos, permitir que otra persona controle remotamente el propio ordenador, jugar, competir, debatir, reír, etc. Todas estas acciones facilitan la experiencia denominada como presencia interpersonal, si bien la presencia ambiental (o puramente física) queda relegada a las interacciones convencionales cara a cara.

Aunque las experiencias dentro de los espacios virtuales tienen una reducción de sensaciones en comparación con los encuentros en persona, como la falta de interacciones kinestésicas, es nuestra capacidad de sentirnos presentes en un espacio determinado y en conexión con una persona o grupos, la que habla acerca de quiénes somos y de qué manera interactuamos con el medio y con los demás.

Efecto de desinhibición online

Los entornos virtuales nos ofrecen ventajas que trascienden el acceso a la información como la búsqueda y obtención de apoyo social. Aunque también son un espacio en el que nos encontramos con acciones que dañan los posibles vínculos afectivos y de comunicación. Para comprender cómo es que las personas tienden a desenvolverse de una manera diferente en el ciberespacio, retomamos la que quizás es la conceptualización más citada de Suler (2004): el efecto de desinhibición *online*.

Desde la premisa que la gente dice y hace cosas en el ciberespacio que normalmente no diría ni haría en el mundo exterior, Suler nos propone que el efecto de desinhibición *online* es un arma de doble filo. Por un lado, se encuentra la **desinhibición tóxica** en aquellos perfiles, mayoritariamente anónimos, cuyo comportamiento rebasa los límites aceptables (es decir, provocan, insultan, y en última instancia acosan a otros usuarios). Existen tantas posibilidades de generar identidades digitales que es posible cambiar de nombre o de rasgos de manera ilimitada. De esta manera, hay menos control del Yo, por lo que, el sujeto se permite transgredir límites que de otra manera no podría. Este tipo de conductas, producto de la desinhibición tóxica, aunadas con factores de personalidad, sociales y ambientales, será abordado en el capítulo X.

En contraposición a la desinhibición tóxica, se encuentra la llamada **desinhibición benigna**. Esta se refiere a aquellas personas que se expresan más abiertamente y son capaces de entablar relaciones íntimas en línea, lo que les asegura una red de apoyo más extensa, ya

que cuentan con relaciones creadas y sostenidas por interacciones virtuales. Un ejemplo de desinhibición benigna lo encontramos en la terapia *online* (Suler, 2016). La psicoterapia en línea, precisamente por las características de su formato y el efecto desinhibidor que éstas propician, puede ayudar a reducir los prejuicios de muchas personas que, de otra manera, no se sentirían habilitados para acudir a una terapia convencional. Suler explica que existen siete factores que intervienen en el surgimiento de la desinhibición en línea, los cuales se mencionan en la Figura 3:



Figura 3. Factores que conforman el efecto de desinhibición en línea de acuerdo a John Suler (2003).

Cabe plantearnos, entonces, lo siguiente: si un sujeto muestra una faceta diferente de su personalidad por medio de la virtualidad, ¿Cuál es su identidad más auténtica? ¿Qué revela más sobre su ser? Las respuestas a estas cuestiones no son simples. Abarcan múltiples factores y una visión amplia de lo que constituye la identidad. Así, cuando hablamos de identidades y sujetos digitales, ponemos en duda la existencia unívoca de un “yo verdadero”. Como lo explica Suler (2004), nuestros mecanismos de defensa, encargados de ocultar ciertos pensamientos y afectos, forman parte de nuestra manera de ser ya que no se originan en un vacío, sino en un ser humano con una propia historia de vida. De la misma manera, las razones por las que desarrollamos esas defensas en primer lugar, a su vez, son parte de nuestra personalidad. Si el efecto de desinhibición en línea nos dice algo, es que la identidad personal es compleja y se expresa de diferentes maneras en diferentes condiciones. Por lo tanto, ninguna parte del yo es más verdadera que otra. Debido a esto, la flexibilidad de la identidad es un elemento presente de todas las cualidades psicológicas básicas del ciberespacio.

■ Percepción del espacio y tiempo: cercanía y distancia espacial

La noción de flexibilidad va de la mano con los entornos virtuales, pues no sólo se puede apreciar en cuanto al despliegue de la identidad. También podemos ver que, cuando nos desenvolvemos en espacios online, también hay una flexibilidad espacial y temporal. La distancia geográfica apenas influye en quién puede comunicarse con quién, siendo otros elementos los que logran unir a las personas como sus opiniones, gustos, profesiones, etc. A su vez, el tiempo del ciberespacio se estira y condensa dependiendo de los espacios en los que nos comuniquemos. Por ejemplo, la comunicación en foros y conversaciones en comentarios de redes sociales no suelen ser sincrónicas y no se espera su inmediatez. Fenómeno que no suele ocurrir en aplicaciones de mensajería o videollamadas.

Debido a esto, Suler (2003) también nos aclara que nuestra impresión subjetiva del tiempo está unida al ritmo de cambio del mundo en el que vivimos. Es decir, en un contexto en el que todo parece cambiar tan rápidamente como en el ciberespacio, la experiencia del tiempo parece acelerarse. Asimismo, el cambio provocado por el entorno digital en nuestra percepción de espacio y tiempo también ha sido abordado desde otras perspectivas. Por un lado, desde la capacidad que tiene para cambiar nuestra experiencia de cercanía y apoyo; y por otro, desde su potencial para hacernos sentir una “nueva soledad”, producto de la interconexión despiadada.

■ Cercanía y apoyo

En una sociedad digitalizada, nos apoyamos en la tecnología para poder comunicarnos e interactuar con los demás. Las plataformas de comunicación y las redes sociales se utilizan incluso para llevar a cabo rituales, como los velorios, que hasta antes del contexto pandémico estaban destinados solo para el contacto humano convencional (Cebrino y Ángulo, 2020). De esta manera, muchas personas quienes anteriormente se mostraban renuentes al uso de la tecnología, ahora tienen la experiencia de poder acompañar y ser acompañados dentro de la virtualidad. Es de esta manera que las personas depositan más confianza en las plataformas, redes sociales y dispositivos. Convirtiendo a los objetos técnicos en vehiculizadores de emociones.

Tal y como lo plantean los autores Cebrino y Ángulo (2020, p. 303) “Lo que para muchos puede implicar el fin de algo, podría ser visto como mutaciones que conllevan cambios en la construcción de artefactos culturales y de subjetividades a ellos acordes”. En otras

palabras, con el uso cotidiano que le damos a las plataformas se han abierto diversas posibilidades de relacionarnos. Nuestro deseo de interactuar afectivamente, comunicar y compartir encuentra sus propias formas de renovarse a través de los entornos online.

■ ¿Una nueva soledad?

De la misma manera en que la tecnología y la digitalización nos permiten crear y cuidar diversas relaciones, también pueden atravesar nuestra subjetividad de otras maneras. Como propone el filósofo Roberto Aras (2019), ahora podemos tener la libertad de trabajar desde cualquier parte del mundo, mientras que también existe una inclinación al aislamiento. Tal y como lo plantea este autor, la interconexión despiadada nos lleva a sentirnos abrumados y alejados. Nos conduce a una nueva soledad.

Es común ver la imagen de un grupo de amigos, que, aún reunidos en el mismo espacio físico, cada quien se encuentra utilizando su dispositivo móvil. Tal vez, cada miembro del grupo se encuentre presente en algún otro lado, conectado con alguien más. O tal vez, se encuentren interactuando con las propias personas reunidas en la misma locación, utilizando una vía alterna de comunicación percibida por el grupo como una vía válida para transmitir aquello que piensan y sienten. En cualquier caso, cabe mencionar que el uso frecuente de las plataformas y redes sociales, con su consecuente flexibilidad del espacio y el tiempo, puede abrumarnos. Ya que la tecnología no está habilitada para llenar nuestros vacíos, sino que somos nosotros, los seres humanos, quienes nos tenemos que encargar de poblar nuestro mundo interno.

La sensación de frustración respecto a la tecnología también es algo que apuntaba Suler (2003) al plantear los elementos de un modelo en ciberpsicología. Concretamente, menciona que los avances tecnológicos nos abren la puerta a proyectar todo tipo de preocupaciones y ansiedades sobre un dispositivo que no nos da respuesta. Es así como el ciberespacio también puede ser considerado un espacio psicológico en el que, en el mejor de los casos, las personas perciben una oportunidad para explorar su identidad e interactuar con otras identidades. En condiciones no óptimas, las personas utilizan este espacio psicológico para desahogar o representar sus frustraciones y ansiedades.

Probablemente sea la capacidad para transitar entre dos puntos lo que nos permite crear vínculos con nuestro alrededor. A medida que exploramos qué constituye y de qué modos puede ser analizada la identidad del sujeto digital, el concepto de flexibilidad parece

volverse más importante. El mundo *online* flexibiliza nuestra concepción de presencia, disminuye nuestras inhibiciones y nos lleva a replantearnos las dimensiones de tiempo y espacio. Las posibilidades de sentirnos cerca de lugares y personas, a pesar de estar en puntos geográficos distintos, nos aporta algo de novedad. Un encuentro con la otredad que lleva consigo una invitación a explorar nuevas posibilidades y crear nuevos espacios.

Falseamiento de la identidad

Una vez planteadas las principales cualidades psicológicas básicas del ciberespacio y cómo estas se encuentran entrelazadas con la identidad, consideramos que hay un tema que refleja los aspectos anteriormente mencionados: el falseamiento de la identidad.

Debido al anonimato posibilitado por las nuevas tecnologías y al efecto de desinhibición en línea, nos encontramos en un lugar en donde se puede actuar como distintos personajes y experimentar con diferentes roles de un modo mucho más sencillo que en el mundo *offline*. Así, “En la virtualidad se controla mejor la autoimagen que en la vida presencial. Hoy es aceptado que frecuentemente se interactúa online desde identidades inciertas, quizá idealizadas, sin que ello sea óbice para la eficacia de la comunicación.” (Cáceres et al. 2017, p. 240).

Por otro lado, cuando se trata de realizar alguna operación o transacción dentro del entorno virtual, parece que resulta más sencillo verificar la identidad de una persona en el medio físico. Pues en el medio digital es común encontrarnos con una falta de conexión entre una persona determinada y una identidad digital, que muchas veces permanece incierta. La cual puede llegar a ser tan frágil que, al momento de terminar la transacción, podría dejar de existir. Pues en el entorno digital se pueden crear tantos perfiles y nombres de usuario como se quieran. (Ardanaz, 2015). Dicha cuestión que se ve en situaciones de ciberacoso, violación a los derechos de autor, o suplantación de la identidad de otra persona. Sin entrar a un tema legislativo y judicial, es en el fenómeno del falseamiento de la identidad y la relativa facilidad con la que éste se pudiese llevar a cabo que nos lleva de nuevo a reflexionar sobre la multiplicidad inherente al concepto de identidad, así como a la dificultad de plantear qué constituye un “yo verdadero”. Es muy diferente el caso de quien suplanta la identidad de alguien más con el fin de estafar que, por ejemplo, quien decide seccionar una parte de su vida y dedicarle un perfil entero a esta.

El ciberespacio, de acuerdo también con la propuesta de Suler, brinda la oportunidad de presentarnos de diferentes maneras. Es posible alterar ligeramente nuestro estilo de ser

o realizar experimentos en torno a nuestra identidad cambiando, por ejemplo, la edad, historia, rasgos de personalidad, aspecto físico y el sexo. Todos son aspectos importantes de cómo la gente gestiona su identidad en el ciberespacio. Dejando poco lugar a dudas de que la identidad es un aspecto muy complejo de la naturaleza humana (Suler, 2003).

■ Límites de la intimidad

Otro punto que es relevante son los límites de la intimidad en una sociedad hiperconectada. Si nos encontramos con una comunicación muy desinhibida en la que las líneas de lo público y lo privado se difuminan, como quizá también, se difumina su importancia dentro de la sociedad digitalizada, se complica ver qué constituye la intimidad (Cáceres et al. 2017). Se habla entonces de sujetos con poca intimidad y que se expresan haciendo publicidad de sí mismos. Sin intención de imponer que un modo es mejor o peor que otro, estamos de acuerdo en que “la intimidad del ser humano necesita esferas en las que pueda estar en sí mismo, sustraído a la mirada del otro” (Cárdenas Obregón, 2020, p. 11).

Aunque la intimidad es un aspecto que Suler no contempla, ahora vemos la importancia que cobra este tema, ya que también presenta una dimensión distinta de la temporalidad. En el mundo online, toda la información, sea mediante texto o imágenes, persistirá. Deja una huella que, acertada o no, también forma parte de nuestra identidad digital. En el ciberespacio “(...) hay una mezcla indisoluble de información personal y pública, si bien existe una preocupación creciente por ejercer control sobre los datos que se proporcionan y que están destinados a perdurar en la Red al margen de la voluntad del usuario.” (Cáceres et al. 2017, p. 242).

La identidad es un aspecto intrincado y sorprendente de la naturaleza humana conformado de múltiples factores que se entrelazan. Mientras que algunos son propiciados por las particularidades del ciberespacio, otros tienen que ver con la subjetividad de cada quien y la incorporación de nuevas formas de relacionarse con los demás. Los múltiples aspectos de la identidad pueden ser disociados, potenciados o integrados en línea. Cuando las distintas manifestaciones de la identidad se viven de una manera integrada, reduciendo el espacio entre la identidad online y offline en un todo equilibrado, puede, de acuerdo con Suler, ser el sello de la salud mental.

Conclusiones

En la sociedad actual, los desarrollos tecnológicos han hecho posible la movilización del sujeto por lo virtual, constituyéndose las TIC como el territorio fundamental de la vida del ser humano y caracterizándose por la necesidad de un contexto espacio-temporal de naturaleza virtual o inmaterial, el cual convive paralelamente al contexto físico o material. La naturaleza de nuestro mundo va cambiando en todas sus dimensiones y nada se parece a lo experimentado en el pasado, estando todo por diseñar, crear o adaptar a las nuevas condiciones que demanda la nueva era social digital (Yaguana-Romero, 2019). En este nuevo universo digital, emergen otras formas diferentes de vinculación social y emocional, distintos modos de asumir el compromiso y la implicación de las relaciones personales, nuevas identidades inciertas por el anonimato que hace posible el ciberespacio y nuevos valores y organización de las necesidades (Cáceres y cols., 2017). La tecnología digital, alejada de la materia, crea y organiza un mundo abstracto a través de características como la flexibilidad, el cambio continuo, la inestabilidad o la sensación de poder optar a infinitas posibilidades (Parrondo, 2002), dejando de ser, de este modo, un mero espacio en el que entretenerse para transformarse en el escenario perfecto en el que encontrar un significado de la propia existencia. “En el concepto de cibercultura, se encuentran también configurados recursos simbólicos y de lenguaje que están integrados en prácticas, interacciones, otras formas de discursos, instituciones, dinámicas y sistemas organizativos, es decir, una variedad de contenidos y representaciones junto con valores, significados, interpretaciones y legitimaciones, que han reconfigurado los modos de vida” (Cárdenas-Obregón, 2021, p. 4). Así, las TIC se ha impuesto de tal forma que están desarrollando nuevas realidades y en cada una de ellas prolifera el yo, el cual trabaja por ser lo más real posible, lo que abre las puertas a formas completamente nuevas de construir la identidad del sujeto dentro del contexto digital.

A pesar de la diversidad de ámbitos de la existencia humana a los que se extienden e influyen las TIC, éstas representan en sí mismas una limitación evidente frente a la cantidad de posibles significados que el mundo puede llegar a tener para una persona; logrando una subjetividad genuinamente humana. En este sentido, se han creado contextos espaciotemporales nuevos de relación humana en la web, configurándose un escenario cada vez más complejo, lo que se une a la propia dificultad misma del espacio y tiempo reales en el campo virtual. Esta nueva dimensión espacio-temporal que ofrecen las TIC somete a las personas a un estado de adaptación permanente en el que no hay espacios íntimos ni tiempos muertos que permitan tomar distancia, evaluar y replantear, si fuese el caso, la situación acontecida. En medio de esta nueva realidad, es necesario realizar un análisis desde la perspectiva psicosocial, para desde allí reflexionar sobre la civilización

digital desde la prudencia (Yaguana-Romero, 2019). Es fundamental tener en cuenta que el sujeto es el producto resultante de continuas influencias históricas compuestas por factores culturales, económicos, políticos y sociales entre otros que generan presión sobre el individuo en diferentes espacios y tiempos, posibilitando la configuración de determinadas subjetividades (Cárdenas-Obregón, 2021). En este sentido, si no se reserva espacio y tiempo para reflexionar sobre lo que está ocurriendo, se corre el riesgo de que la sociedad se vea arrastrada por todo aquello que sea digital, perdiendo la esencia humana; esto es, el vínculo con los demás y consigo mismo. Por tanto, más allá del análisis objetivo sobre las TIC, lo realmente importante es llegar al entendimiento del modo de ser y vivir de las personas dentro de la nueva era social digitalizada, ya que, de no realizar dicho análisis comprensivo, puede ponerse en peligro los cimientos característicos de la existencia del ser humano. Sólo de esta manera llegaremos a crear una sociedad digitalmente madura que ponga las TIC al servicio de ser humano y no el ser humano al servicio de las TIC.

Por tanto, en base a lo anteriormente expuesto, las TIC y los cambios que conllevan no siempre guían hacia un progreso adaptativo, sino que pueden acarrear transformaciones disruptivas para el sujeto. Frente a esta situación, es altamente recomendable analizar el vínculo sinérgico existente entre el individuo y las TIC, dando especial importancia a la aplicación de la ciencia, sus usos, dimensiones y control de forma que sean incorporadas en los procesos significativos e idiosincráticos de la existencia humana, sin que ello requiera cambiar la conducta y dinámicas socioculturales, reconociendo, de este modo, el potencial de innovación adaptativo asociado a las TIC (Cárdenas-Obregón, 2021). Para lograr este objetivo último, es fundamental la investigación científica, constituyendo, por ejemplo, una futura línea de investigación prioritaria la evaluación de la validez y fiabilidad de los conceptos de “digitalización”, “transformación” y “madurez digital” surgidos en el contexto organizacional y de “nativos digitales” desarrollado en el ámbito educativo-pedagógico al aplicarlos a la existencia humana en general, sin vinculación a ningún área concreta. Asimismo, resulta crucial, aunque aparentemente pueda ir en contra del sentido común, investigar sobre innovaciones no tecnológicas que permitan a la especie humana, en tanto que especie ontogenéticamente no tecnológica, aprovechar realmente las posibilidades que la revolución digital pone a su disposición. Por otro lado, otro tópico de investigación debería girar en torno a las nuevas visiones y maneras de crear vínculos afectivos por medio de la virtualidad. A su vez, sería interesante profundizar en los desafíos que la ubicuidad de las interacciones online presenta a la clínica psicológica y escuchar qué nos dicen sobre el encuentro con la otredad, la flexibilidad y el moldeamiento de la identidad.

Referencias

- Agar, N. (2019). *How to be human in the digital economy*. MIT Press.
- Aras, R. E. (2019). Los nuevos aprendizajes del sujeto digital. Cuadernos del Centro de Estudios de Diseño y Comunicación, 64. <https://doi.org/10.18682/cdc.vi64.1209>
- Area, M. (2011). TIC, Identidad Digital y Educación. Cuatro reflexiones. *Reencuentro*, 62, 97-99. <https://www.redalyc.org/pdf/340/34021066012.pdf>
- Ardanaz, X. F. (2015, 30 noviembre). Riesgos de la identidad digital. PublicaTIC. <https://blogs.deusto.es/master-informatica/riesgos-de-la-identidad-digital>
- Barrenengoa, P. (2020). Conjeturas sobre la subjetivación digital. *Revista de Psicología*, 052. <https://doi.org/10.24215/2422572xe052>
- Benítez Larghi, S., Aguerre, C. y Calamari, M. (2011). Debates teóricos en torno al vínculo de los jóvenes con las tecnologías de la información y la comunicación. En: A. Villa, J. Infantino, G. Castro (Comps.), *Culturas juveniles: Disputas entre representaciones hegemónicas y prácticas*. Noveduc.
- Barón Pulido, M., Duque Soto, A., Mendoza Lozano, F. y Quintero Peña, W. (2021). Redes sociales y relaciones digitales, una comunicación que supera el cara a cara. *Revista Internacional de Pedagogía e Innovación Educativa*, 1(1), 123-148. <https://doi.org/10.51660/ripie.v1i1.29>
- Bernete, F. (2010). Usos de las TIC, relaciones sociales y cambios en la socialización de los jóvenes. *Revista de Estudios de Juventud*, 88, 97-114. <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ88-08.pdf>
- Bughin, J. (2017, junio 19). Digital dilemma: Why anything less than superb execution leads to failure. *Strategy & Corporate Finance Blog*. <https://www.mckinsey.com/business-functions/strategy-and-corporate-finance/our-insights/the-strategy-and-corporate-finance-blog/digital-dilemma-why-anything-less-than-superb-execution-leads-to-failure>
- Cáceres, M. D., Brändle, G. y Ruiz, J. A. (2017). Sociabilidad virtual: La interacción social en el ecosistema digital. *Historia y Comunicación Social*, 22(1), 233-247. <http://dx.doi.org/10.5209/HICS.5591>

- Cárdenas-Obregón, K. (2021). Prácticas Emergentes de los Sujetos Contemporáneos en Relación con la Tecnología. *Educación y Ciencia*, 24, e11626. <https://doi.org/10.19053/0120-7105.ecy.2020.24>
- Caro-Castaño, L. (2012). La encarnación del yo en las redes sociales digitales: identidad mosaico. *Telos*, 91, 59-68.
- Cebrino, M. y Ángulo, N. (2020). La construcción social de plataformas digitales y la experiencia de la vida cotidiana ¿cómo funcionan los objetos técnicos en época de confinamiento social? *Chasqui Revista Latinoamericana de Comunicación*, 1(143), 295–318. <https://doi.org/10.16921/chasqui.v0i143.4305>
- Cerrillo-Garnica, O. (2019). La bandera de Francia en Facebook: un debate en torno a la identidad, la ideología y la globalización. *PAAKAT: Revista de Tecnología y Sociedad*, 9(17), 1-17. <https://doi.org/10.32870/pk.a9n17.375>
- Cornejo, H. (2011). Hablar de tecnología significa hablar del sujeto. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, 11(1), 11-30. <https://doi.org/10.17163/soph.n11.2011.01>
- Delgado, A. (2016). *Digitalízate: Cómo digitalizar tu empresa*. Libros de Cabecera.
- Desjardins, J. (2018, mayo 14). *What Happens in an Internet Minute in 2018?* Visual Capitalist. <http://www.visualcapitalist.com/internet-minute-2018/>
- Fernández, A. (2012). De la auto-objetivación como fuente de control: User profiling. *Telos*, 91, 69-78.
- Fossatti, M. (2010). Identidades mosaico en la cultura digital. En J. E. Rojas (Coord.). *Diálogos Transdisciplinarios en la Sociedad de la Información*. Fundación REDES para el Desarrollo Sostenible en Bolivia.
- Gallego-Trijueque, S. (2016). *Redes sociales digitales: información, comunicación y sociedad en el siglo XXI (2000-2010)* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Complutense de Madrid.
- Gamero, R. (2009). La configuración de la identidad digital, *Nota Enter*, 131, 1-6.
- García-Aretio, L. (2019). Necesidad de una educación digital en un mundo digital. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 22(2), 9-22. <https://doi.org/10.5944/ried.22.2.23911>

- García, F., Portillo, J., Romo, J. y Benito, M. (2007, septiembre 19-21). *Nativos digitales y modelos de aprendizaje* [Conferencia]. IV Simposio Pluridisciplinar sobre Diseño, Evaluación y Desarrollo de Contenidos Educativos Reutilizables, País Vasco, España. <http://ftp.informatik.rwth-aachen.de/Publications/CEUR-WS/Vol-318/Garcia.pdf>. 2007
- Giones-Valls, A. y Serrat-Brustenga, M. (2010). La gestión de la identidad digital: una nueva habilidad informacional y digital. *Textos Universitaris de Biblioteconomia i Documentació*, 24, 1-15.
- Jódar, J. (2010). La era digital: Nuevos medios, nuevos usuarios y nuevos profesionales. *Razón y Palabra*, 71, 1-11. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199514914045>
- Jiménez, J. (2016). La digitalización de los servicios a la ciudadanía. *Gaceta sindical: reflexión y debate*, 27, 275-282.
- Kietzmann, J. H., Hermkens, K., McCarthy, I. P. y Silvestre, B. S. (2011). Social media? Get serious! Understanding the functional building blocks of social media. *Business Horizons*, 54(3), 241-251. <http://dx.doi.org/doi.org/10.1016/j.bushor.2011.01.005>
- Lara, T. (2009). El papel de la Universidad en la construcción de su identidad digital. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento*, 6(1), 15-21. <http://dx.doi.org/10.7238/rusc.v6i1.25>
- Lorenzo Ochoa, O. (2016). Modelos de Madurez Digital: ¿en qué consisten y qué podemos aprender de ellos? *Boletín de Estudios Económicos*. 71(219), 573-590.
- Marcet, X. (2015, julio 31). La cultura de la transformación, rompiendo los moldes del Viejo management. *Sintetia*. <https://www.sintetia.com/la-cultura-de-la-transformacionrompiendo-los-moldes-del-viejo-management/>
- Morduchowicz, R. (2012). *Los adolescentes y las redes sociales*. Fondo de Cultura Económica.
- Ortiz-Henderson, G. (2011). L@s jóvenes y su relación con la red Internet: de la adicción al consumo cultural. *Razón y Palabra*, 78, 1-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199524192035>
- Parrondo, J. M. R. (2002). La digitalización de la experiencia. En Escuela contemporánea de humanidades, *El buscador de oro. Identidad personal en la nueva sociedad*. Lengua de Trapo.

- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants, Part 1. *On the Horizon*, 9(5), 1-6. <https://doi.org/10.1108/10748120110424816>
- Prensky, M. (2005). Listen to the Natives. *Educational Leadership. Educational leadership: journal of the Department of Supervision and Curriculum Development*, 63(4), 8-13.
- Rojas de Rojas, M. (2004). *Identidad y cultura. Educere*, 8(27), 489-496.
- Romero, L. M. y Rivera, D. (Coords.) (2019). *La comunicación en el escenario digital. Actualidad, retos y prospectivas*. Pearson.
- Rosen, L. D. (2011). *Teaching the iGeneration. Educational Leadership*, 68, 10-15.
- Rowlands, I., Nicholas, D., Williams, P., Huntington, P., Fieldhouse, M., Gunter, B., Withey, R., Jamali, H., Dobrowolski, T. y Tenopir, C. (2008). The Google generation: The information behaviour of the researcher of the future. *Aslib Proceedings*, 60(4), 290-310. <https://doi.org/10.1108/00012530810887953>
- Suler, J. R. (2003). *The psychology of cyberspace* (Segunda revisión 2005 ed.) [Libro electrónico]. Science and Technology Center Rider University. <http://users.rider.edu/~suler/psycyber/psycyber.html>
- Suler, J. R. (2004). The Online Disinhibition Effect. *Cyberpsychology & behavior: the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*. 7. 321-6. <https://doi.org/10.1089/1094931041291295>.
- Suler, J. (2016, 5 mayo). *The Online Disinhibition Effect, 20 Years Later*. FifteenEightyFour | Cambridge University Press. <http://www.cambridgeblog.org/2016/05/the-online-disinhibition-effect-20-years-later/>
- Tapscott, D. (1998). *La era digital. Cómo la generación Net está transformando al mundo*. Mc-Graw Hill.
- Urteaga, E. (2015). Ceguera moral. La pérdida de sensibilidad en la modernidad líquida. *Reflexión Política*, 17(34), 160-165.
- Vallespín, F. (2009). Nuevos espacios, nuevas relaciones. La nueva comunidad virtual. *Telos*, 81, 89-91.
- Vinck, D. (2018). *Humanidades Digitales. La cultura frente a las nuevas tecnologías*. Gedisa.

- White, D. S. y Le Cornu, A. (2011). Visitors and Residents: A new typology for online engagement. *First Monday*, 16(9). <https://doi.org/10.5210/fm.v16i9.3171>
- World Bank (2019). *World Development Report 2019: The Changing Nature of Work*. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30435>
- Yaguana-Romero, H. (2019). La sociedad digital, una construcción de nuevos paradigmas. *Prisma Social*, 26, Editorial. https://isdfundacion.org/wp-content/uploads/2019/07/N26_editorial.pdf
- Yu, L., Li, H., He, W., Wang, F. K. y Jiao, S. (2020). A meta-analysis to explore privacy cognition and information disclosure of internet users. *International Journal of Information Management*, 51, 102015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2019.09.011>
- Zhao, E. y Liu, L. (2008, Septiembre 21-24). *China's Generation Y: Understanding the workforce* [Conferencia]. 4th IEEE International Conference on Management of Innovation and Technology, Bangkok, Tailandia. <http://dx.doi.org/10.1109/ICMIT.2008.4654435>

Introducción

En este capítulo se expondrá los aspectos clínicos de la atención psicológica online individual, enfocándose principalmente en el encuentro sincrónico por videoconferencia. Quedará planteado los nuevos desafíos que impone la asistencia mediatizada por la tecnología así como sus beneficios. A su vez, se plasmarán los requisitos en relación a las habilidades digitales necesarias para poder trabajar dentro de la ética profesional y priorizando siempre el mejor interés de los pacientes. La pregunta en la actualidad ya no recae en si es o no efectivo un tratamiento virtual, sino en cuáles serían sus particularidades y cuáles son las nuevas competencias requeridas por un profesional en salud mental para desempeñarse en la era digital.

Se abordarán los ajustes o transformaciones que suceden en la clínica. El encuadre entendido como las constantes dentro del proceso terapéutico, se ve modificado y surge el concepto de encuadre virtual. Cambia el escenario controlado del consultorio, y da lugar a la inclusión de otro espacio ofrecido por el paciente. Se hará referencia a las entrevistas preliminares y las condiciones para posibilitar un espacio terapéutico. Los criterios de exclusión se replantean, redefiniendo los límites de la atención en línea. El consentimiento informado se vuelve una obligatoriedad. La alianza terapéutica entre paciente y profesional se ve intervenida por nuevos parámetros. A su vez, se dará visibilidad al sesgo cultural que se evidencia ante la mayor accesibilidad a los tratamientos psicológicos virtuales.

Se abordarán investigaciones vigentes que dan cuenta de la eficacia de la clínica online versus la atención presencial, así como de sus resultados en torno a las diversas problemáticas. Por último, se expondrá el concepto de huella digital profesional dentro del contexto actual el modo en que impacta los borramientos entre lo privado y lo público, lo online y lo offline y sus efectos al interior del tratamiento.

En el año 2021, siguiendo los datos de *'We are social'* el 59.5% de la población utiliza internet, el 66.6% posee un celular móvil y poco más del 50% de la población total utiliza activamente las redes sociales. Existe un crecimiento interanual de más del 7% y 13% en la utilización de internet y el uso de redes sociales respectivamente, representando un uso promedio superior a 6 horas diarias.

El desarrollo tecnológico afecta a todas las esferas de la vida humana. Nos cambia y nos transforma en nuestro vínculo con el mundo y con nosotros mismos. La mirada que atraviesa la pantalla redefine las relaciones e instala nuevos circuitos de comunicación. El mundo digital, derriba fronteras físicas y redefine horizontes. La digitalización de la clínica psicoterapéutica no queda ajena a este cambio estructural que debe ser comprendido en el marco del advenimiento de una identidad digital.

Antecedentes de la terapia a distancia

La comunicación a distancia no es un concepto nuevo en la consulta psicológica. Podemos marcar sus inicios desde Freud, quien se enviaba cartas con sus pacientes, lo que definiríamos hoy como un tipo diacrónico de comunicación. Esto le permitía correr las barreras geográficas, dándole continuidad al tratamiento más allá de la distancia. Iniciando los años '50 también se desarrolló la primera línea telefónica para asistir a personas con ideación suicida y comenzaron las investigaciones acerca de la eficacia de las atenciones terapéuticas telefónicas.

Ya en 1992 se elaboró la teoría del procesamiento de información social desarrollada por Joseph Walther. La teoría sostiene que las relaciones en línea pueden demostrar las mismas dimensiones y cualidades relacionales que las presenciales. En la figura 1, presentamos una línea temporal de los hitos destacados en el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación (de la Torre Martí, Pardo Cebrián, 2018).

En la actualidad, la asistencia psicológica individual con asistencia de un profesional específicamente se divide en dos grandes grupos, sincrónicas y asincrónicas. Las primeras son aquellas que se desarrollan al mismo tiempo, permitiendo un intercambio fluido e inmediato entre cliente y profesional como son las llamadas telefónicas o bien las videoconferencias. Las asincrónicas involucran modalidades de atención donde el intercambio se produce en tiempos diferidos. En este grupo incluimos la atención por mail, por chat o bien por mensajes de texto. En el ciberespacio, se presentan una multiplicidad

de ofertas donde el cliente puede buscar a un profesional tratante según distintos criterios como: nacionalidad, línea teórica, especialización, problemática y/o costo de la consulta.

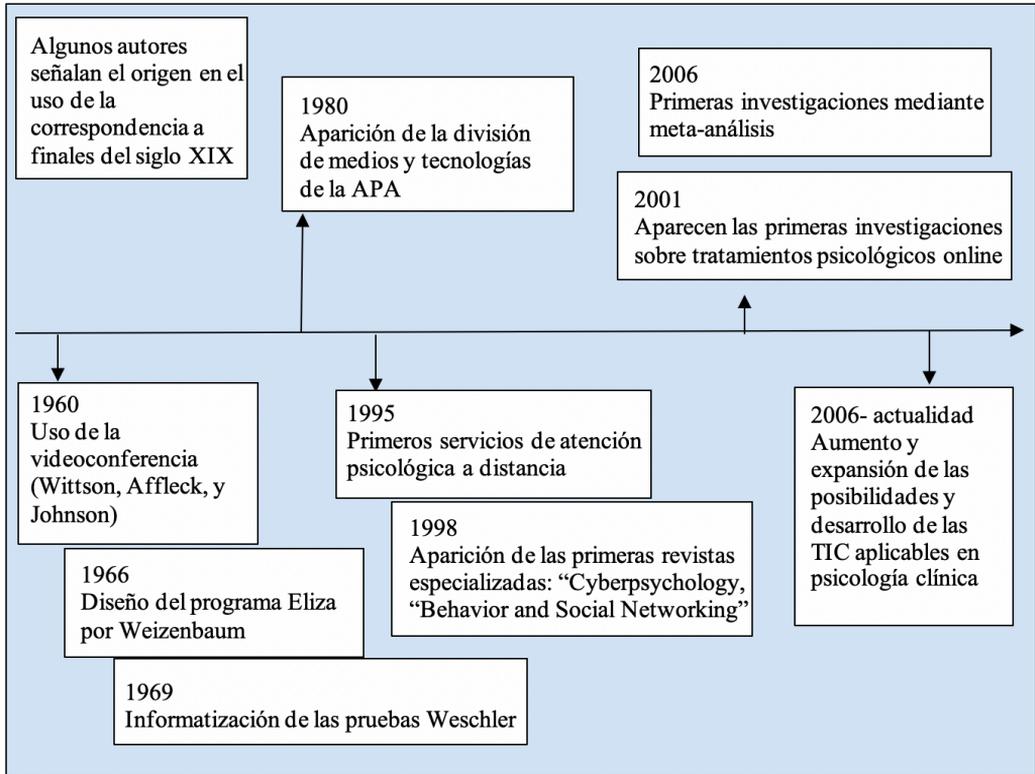


Figura 1. Hitos más destacados en el origen y desarrollo del uso de las TIC en la Psicología clínica.

Tecnologías aplicadas a la salud mental

La **transformación digital** tiene un impacto sin precedentes en el desarrollo de tecnologías aplicadas a la salud mental. Existe un aumento exponencial de herramientas diseñadas para mejorar y brindar nuevos recursos ante las problemáticas psicológicas tanto para los pacientes como para complementar el trabajo de los profesionales. En la figura 2 queda explicitado el conjunto de tecnologías y a continuación se expresan las particularidades de las mismas.

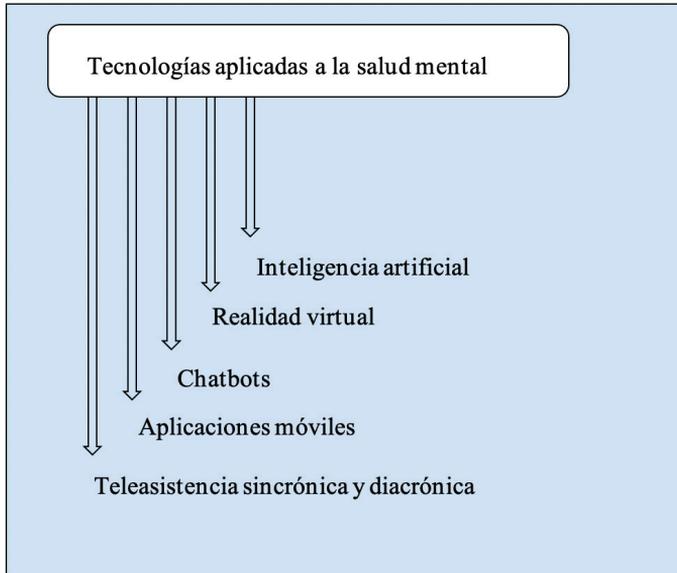


Figura 2. Conjunto de tecnologías aplicadas a la salud mental.

El primer chatbot conversacional fue desarrollado por científicos del Instituto Tecnológico de Massachusetts, en el año 1966 y se apoyaba en la teoría del psicólogo americano Carl Rogers. Era un programa diseñado específicamente para que a través de palabras claves, la máquina simulara ser un psicólogo dando la sensación al usuario que escribía que estaba siendo escuchado empáticamente. Fue nombrado como Eliza, que representa el primer desarrollo tecnológico aplicado a la salud mental. Sin embargo, sus limitaciones eran: la imposibilidad de memorizar y aprender de sus conversaciones.

El uso de la realidad virtual, es otro recurso con importantes avances como complemento a los tratamientos psicológicos (Wilson, Soranzo, 2015). Su finalidad es generar las mismas emociones y reacciones que experimentaron las personas en el mundo real. De este modo, el profesional puede utilizar dicha herramienta para que el paciente tenga la posibilidad de aprender nuevos recursos que le permitan superar una situación problemática o estresante. Esta herramienta nos brinda la posibilidad de trabajar dentro de un ambiente controlado, en donde puede intervenir el profesional/psicólogo controlando la distancia o tiempo de exposición al objeto fóbico. La realidad virtual, es utilizada mayoritariamente para las patologías como trastorno generalizado de ansiedad, claustrofobia, aracnofobia, miedo a las alturas, fobia social entre otras.

Actualmente, existen una multiplicidad de aplicaciones móviles con evidencia científica, que brindan herramientas para lidiar con un ataque de pánico, con ciertos trastornos de ansiedad, o brindan recursos para poder disminuir acciones autodestructivas.

En lo referente al uso de inteligencia artificial, como otro modo de tecnología aplicada a la salud mental existen programas que, teniendo por objetivo la prevención de situaciones de riesgo, monitorean al paciente a través del uso que hace de su dispositivo móvil. Desde la tecnología se registra el modo en que las personas interactúan con el mismo, registrando lo que denominan 'huella digital'. Tienen la capacidad de distinguir cuando se producen cambios en el tono de voz, el deslizamiento de los dedos, la frecuencia de uso de las aplicaciones o redes sociales. El programa lee ciertos criterios que, a través de un algoritmo, le brindan información sobre el estado psicológico del usuario, reconociendo cambios en los estados anímicos y brindándoles dicha información a los profesionales tratantes o bien le recuerda al usuario la necesidad de realizar una consulta.

La particularidad de la atención psicológica sincrónica y su diferencial, es que se centra en el encuentro entre paciente y profesional, ofreciendo un tratamiento de cura a través de la palabra, de un encuentro genuino, donde el vínculo o la alianza terapéutica es esencial para posibilitar el devenir de un tratamiento y la elaboración de los padecimientos o problemáticos.

Beneficios y limitaciones de la atención online

La virtualidad, ha permitido acercar distancias físicas y brindar un mayor acceso a la salud mental. La telepsicología ofrece la oportunidad a los servicios de salud mental y a los profesionales, que sean independientes de su ubicación. Esta situación aumenta exponencialmente la posibilidad de acceder a un tratamiento psicológico. Todos los escritos e investigaciones coinciden en que uno de los beneficios esenciales de esta modalidad es la facilidad que representa en cuanto a su accesibilidad e inmediatez.

Ante la aceleración de la transformación digital, y como impacto directo del Covid 19, nos encontramos con la clínica online como única modalidad posible de asistencia psicológica. La pandemia ha tenido un efecto directo y estadísticamente comprobado en la salud mental de la población con aumentos sin precedentes en relación a los síntomas depresivos y ansiógenos y una consecuente proliferación de las consultas terapéuticas.

De este modo, la clínica online encuentra múltiples beneficios que se expresan en la ampliación del acceso a la salud mental. Para aquellas personas que presentan dificultades en la movilidad, ya sea por una discapacidad motriz o cognitiva que dificulta el acceso al consultorio, la psicoterapia en línea significa la posibilidad de un tratamiento. En relación a estas problemáticas, los profesionales deben tener particular cuidado con clientes que presentan dificultades cognitivas o bien limitaciones auditivas y/o comunicativas. Es necesario evaluar si cuentan con los recursos y competencias digitales para poder apropiarse de un espacio terapéutico virtual y comprender el alcance y limitaciones del mismo. También permite a poblaciones que viven en áreas rurales la posibilidad de acceder a una mayor oferta de profesionales, sosteniendo el anonimato y la privacidad. Suele acontecer que en poblaciones pequeñas, los profesionales comparten la misma comunidad que sus pacientes y esto inhibe a potenciales clientes la búsqueda de un espacio psicoterapéutico cara a cara.

Ante la actualidad tan cambiante, nos encontramos con una población creciente que no dispone del tiempo suficiente para trasladarse a un consultorio o bien que parte de su cotidiano implica viajes o traslados constantes. En estas circunstancias, la asistencia psicológica a distancia les abre la posibilidad de un tratamiento que se ajusta a sus necesidades, pudiendo diseñar un espacio mixto entre encuentros presenciales y en línea. Asimismo, a los expatriados, los acerca a un profesional de la misma lengua, borrando la barrera idiomática, y permitiendo la instalación de un espacio terapéutico con alguien que comprende su cultura.

Otro beneficio indudable está relacionado al costo de la terapia online. Desde una mirada económica, se incluye el valor del tiempo y el costo del traslado para aquellos pacientes que deben acercarse a un espacio físico. En términos generales, el mundo digital permite el acceso a una oferta más amplia de profesionales que pueden variar en el costo del servicio, ampliando las opciones en comparación con la terapia tradicional.

Otra ganancia de la digitalización en la clínica, se vincula con la estigmatización de la salud mental. Aún nos encontramos con pacientes que debido a creencias culturales o estereotipos sociales se ven inhibidos a acercarse a un centro de atención psicológica, donde quedarían expuestos a una sala de espera y a la interacción con otros.

Otro valor agregado en la ampliación al acceso en salud, es la posibilidad de buscar de manera online, profesionales expertos ya sea referido a una problemática o diagnóstico. El borramiento de barreras físicas permite acceder a especialistas como, por ejemplo, expertos en abuso de sustancias y consumos problemáticos, trastornos de alimentación o trastornos de la personalidad entre otros.

A modo de síntesis, presentamos la Tabla 1 que esquematiza los beneficios de la clínica online para los usuarios (Martin, Millán y Campbell, 2020).

Tabla 1. Síntesis de los beneficios en el acceso a la salud mental online.

Barrera Geográficas	Posibilita el tratamiento para aquellas personas que no cuentan con el tiempo para acceder a una consulta presencial. También habilita a los expatriados a iniciar o continuar un espacio terapéutico con un profesional que hable su idioma y comprenda su cultura.
Limitaciones Físicas	Permite el acceso a personas con discapacidad motriz y/o cognitivas, a quienes se les dificulta el traslado. También favorece el acceso a la atención para sus cuidadores.
Barreras financieras	El valor del tiempo y el costo del traslado, posibilita una disminución del costo oculto de la terapia.
Zonas rurales	Favorece el acceso al tratamiento para personas que se encuentran en zonas rurales. Ya sea por la escasez de oferta próxima o bien porque prefieren un profesional que no forme parte de su comunidad para poder sostener el anonimato y la privacidad.
Aislamiento social	La clínica online posibilita el acceso al tratamiento a aquellas personas que se encuentran aisladas por estar padeciendo cuadros clínicos graves. Es particularmente importante para casos de depresión grave, fobia social o agorafobia.
Barreras actitudinales	Permite el tratamiento para aquellos individuos que sienten resistencia en acercarse a una institución o servicio. Dado las creencias culturales, estigmas sociales o patrones familiares, se ven inhibidos de pedir asistencia de manera presencial.
Acceso a especialistas	La clínica online permite a los usuarios encontrar profesionales expertos en una problemática específica o una línea teórica en particular.

En relación a los límites de esta modalidad, es de común acuerdo que el lenguaje no verbal se ve drásticamente restringido, representando una clara limitación respecto de la terapia tradicional. Existe una pérdida de la información brindada por la llegada al consultorio, los movimientos físicos hasta disponerse en el espacio, los tonos vocales, el lenguaje corporal, la ausencia del sentido olfativo y táctil. La pérdida está dada por toda la información que estos aspectos nos brindan en la comprensión integral del paciente. Sin

embargo, el recorte de la imagen a través de la pantalla, nos brinda una percepción más directa y aguda respecto de las expresiones faciales de los clientes.

También debemos estar atentos a las dificultades presentadas por la mediación tecnológica. Esto involucra lo referente a la protección de datos, a los dispositivos electrónicos que posibilitan la consulta y la conectividad. Se presentan demoras en el ciberespacio, ecos, interrupciones técnicas, congelamiento de imagen. Desde el profesional, se debe trabajar en la tolerancia a sostener el silencio en el marco de la virtualidad y distinguir entre un silencio activo, del congelamiento de la imagen o la demora en el sonido que puede ocurrir en las intervenciones en línea.

Un punto importante, que configura una desventaja de la atención virtual es en relación al espacio pre-sesión y pos-sesión. En la atención cara a cara, el traslado hasta la oficina del profesional, representa un tiempo donde el paciente suele ordenar sus ideas, pensar acerca de aquello que quiere llevar a la sesión ese día e involucra una disposición a un momento elaborativo. Lo mismo acontece al finalizar el encuentro, hay un tiempo donde aquello que aconteció en el marco de la terapia, permite un procesamiento posterior. En la escena de la consulta virtual, esos tiempos se ven reducidos o anulados. Es habitual que los consultantes pasen de una reunión de trabajo, a su sesión y sin intervalos continúen con sus compromisos cotidianos. Existe una pérdida, al no permitir un espacio entre la vida cotidiana y la sesión psicoterapéutica. Es relevante transmitir a los pacientes la importancia de crear estos espacios que pueden impactar en la asimilación de aquello trabajado durante el encuentro y su procesamiento.

Del consultorio clásico al consultorio virtual

Nos enfocaremos exclusivamente en el tratamiento sincrónico por videoconferencia, con el fin de repensar qué acontece cuando se traslada la escena del consultorio clásico al consultorio mediado por la tecnología. Más específicamente, cuando paciente y terapeuta se encuentran a través de un espacio virtual en un mismo tiempo, permitiendo la captación de la imagen parcializada del otro.

La mediación del mundo cibernético, permite en muchos pacientes tener una llegada más inmediata a las cuestiones conflictivas. Esto nos remite al concepto de *“efecto desinhibidor en línea”* desarrollado por John Suler. Refiere al entendimiento de que no nos comportamos del mismo modo en el mundo físico y en el mundo virtual. Dado que no hay autoridad que nos juzgue por nuestras acciones en línea, y porque las personas

que buscamos están físicamente ausentes, nos sentimos relajados y libres para realizar nuestros deseos. La no presencia física acerca, de otro modo, la expresión de situaciones emocionales y padecimientos subjetivos. Algo del orden de lo reprimido se ve liberado gracias a la mediación tecnológica y la distancia física. Los pacientes suelen presentarse con más desinhibición llegando con mayor inmediatez a desplegar sus más profundas angustias y conflictivas subjetivas.

Encuadre online

El encuadre migra al *encuadre online*, mediado por la tecnología y con su propia especificidad. Esto involucra que la escena del consultorio, se circunscribe al cuadrante de la pantalla que nos brinda otra información para y del paciente. Entendiendo el encuadre como las constantes en cuyo marco se da el proceso, la virtualidad nos agrega otras variables a considerar.

En el marco del consultorio tradicional, el espacio es controlado y definido por el profesional, donde se acuerda junto al paciente el costo de la sesión, la modalidad de pago, así como la duración y periodicidad de los encuentros. En este escenario, es el profesional quien determina la iluminación, la distancia, los objetos, la ubicación de cada uno en el ambiente. En el ajuste del consultorio u oficina a la virtualidad, la mediación tecnológica se incluye como parte de la definición del encuadre. En primer lugar, es requisito contar con las condiciones tecnológicas en relación a la conectividad y a los dispositivos. Debemos acordar junto al paciente, cuál será la plataforma utilizada para el encuentro, qué sucederá si hay dificultades en la conexión y cual es el plan de acción ante por ejemplo la caída del servicio al interior del encuentro. Se pauta cuál será la plataforma para el pago en caso de que se utilice. También se debe explicitar la ubicación de la cámara, y la importancia de disponer de un espacio íntimo y privado, que propicie el trabajo terapéutico. El tocar el timbre transmuta en un mensaje de texto o bien un mensaje por video llamada, del mismo modo que las demoras o bien las ausencias en análisis. Esto refleja el correlato online del tratamiento offline o presencial.

El encuadre online, nos brinda otro tipo de información respecto del consultante. Respecto de la ubicación de la cámara algunos eligen, consciente o inconscientemente, ofrecernos un panorama más amplio de su entorno; otros realizan un recorte donde únicamente nos es visible el torso y rostro del paciente. Esto nos permite que, sosteniendo las reglas del encuadre, podamos tener una lectura e interpretación particular de esta mediación. El concepto del encuadre online representa hoy un nuevo espacio interpretativo para los profesionales.

Entrevistas Preliminares

Es de fundamental importancia la estructuración de las *entrevistas preliminares o iniciales*. Tienen como finalidad evaluar si el individuo podrá verse beneficiado de un espacio de atención psicológica. Dentro de la terapia presencial, tienen como objetivo, comunicar las condiciones del espacio terapéutico y evaluar si están dadas las condiciones para un trabajo colaborativo entre paciente-profesional. En el pasaje a la virtualidad, las entrevistas preliminares deben considerar las condiciones, tanto psíquicas como tecnológicas (equipamiento y conectividad) para disponerse a un espacio de tratamiento virtual. La figura 3 sintetiza los objetivos de estos primeros encuentros. Es de fundamental importancia evaluar desde el aspecto psicológico, el diagnóstico del consultante, su potencial nivel de riesgo y considerar si estos factores no contraindican la prestación de servicios a través de la telepsicología.

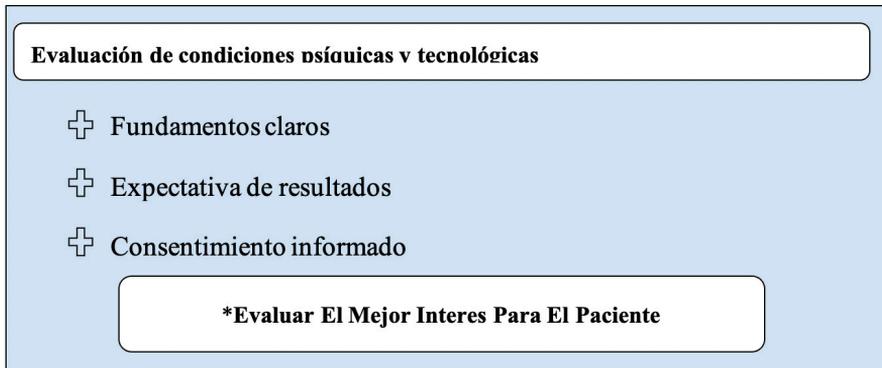


Figura 3. Requerimientos de las entrevistas preliminares.

Es al inicio de los tratamientos que debemos acordar con el paciente y firmar el consentimiento informado que representa el acuerdo mutuo referido a la prestación del servicio. Considerando que contamos con un ambiente menos controlado, es preciso que la privacidad e intimidad, tanto auditiva como visual, queden explicitados como exigencias del dispositivo. Se le expresa al paciente la importancia de contar con un espacio privado y sin interrupciones, donde pueda expresarse libremente. A su vez, se debe informar acerca de la seguridad de datos, dado que contamos con una interacción mediada por la tecnología y evaluar si el paciente cuenta con las habilidades digitales para poder disponerse a un tratamiento virtual.

La ética profesional, nos compromete a evaluar cuál es la mejor opción para el paciente, no sólo en términos de dinámica de trabajo en la virtualidad sino también, si contamos con las herramientas necesarias para comprometernos con el trabajo conjunto (Martin et al. 2020). Esto involucra comprender si tenemos las competencias profesionales, tecnológicas, emocionales y culturales para poder asistir al consultante.

Por último, para el inicio de un tratamiento virtual debemos evaluar el estado del paciente y su adecuación a esta modalidad, y se debe registrar en el transcurso del mismo, si aún se cumplen las condiciones necesarias para continuar con la modalidad en línea, si se requiere de la intervención mixta entre presencial y online o exclusivamente presencial.

Consentimiento informado

El *consentimiento informado* es el documento por excelencia que debe estar consensuado y debidamente firmado para dar lugar al tratamiento y dejar establecidas las condiciones del acuerdo. En la figura 4 se sitúan los puntos relevantes del acuerdo. De ser necesario, el documento debe actualizarse en caso que el cliente presente cambios en los datos aportados o se produzcan ajustes consensuados entre las partes, para así poder continuar con el espacio terapéutico.



Figura 4. Datos a relevar en el consentimiento informado.

En primer lugar, se explicitan los datos de las personas que realizan el acuerdo. El profesional debe dar cuenta de las credenciales que lo habilitan a brindar asistencia psicológica. Es fundamental dejar por escrito los alcances y limitaciones de la prestación. Se debe expresar cuáles son las posibilidades que brinda la atención en línea así como los límites en relación a situaciones de crisis.

El tratamiento a distancia no está recomendado ante situaciones de emergencia. Por tal motivo, debe quedar registrado en el consentimiento informado uno o varios teléfonos de contacto de la red de apoyo del consultante y recursos locales ante una eventual urgencia. En el mismo, queda acordado el modo de acción frente a la interrupción de la comunicación ante problemas técnicos, ante la ausencia del cliente a la consulta, el medio y modalidad de pago, y se comunica la información referida a la protección de datos, seguridad y confidencialidad. Si en las sesiones se dan interferencias o cortes, de manera transitoria o continua que impidan la sesión se debe dejar esclarecido en el acuerdo entre las partes. En la actualidad, existen varias plataformas que brindan recursos para poder mantener la entrevista online por videollamada de manera segura, así como aplicaciones que cuenta con firma digital para registrar el documento. Es el profesional quien debe facilitarle estos medios al usuario y brindarle los recursos necesarios para poder avanzar en la virtualidad.

Criterios de exclusión

Los *criterios de exclusión* también sufren modificaciones en su traslado al mundo digital. Los pacientes agudos requieren de una presencia que habilite la puesta del cuerpo, la inmediatez y disponibilidad del analista para hacer frente a situaciones de crisis o urgencias. Por tal razón, ciertos cuadros de impulsividad, problemáticas graves en el consumo de sustancias, cuadros con ausencia de criterios de realidad, no están indicados para esta modalidad de tratamiento.

Es fundamental distinguir cada caso en particular para evaluar qué tipo de tratamiento es el más idóneo para el paciente. La figura 5 delimita algunas problemáticas contraindicadas para la atención en línea. En ciertas patologías de gravedad, si bien se sugiere la presencialidad como recurso fundamental, se ha optado por tratamientos mixtos entre encuentros presenciales y virtuales que posibiliten la continuidad del trabajo.

Sin embargo, en la actualidad y, como resultado directo de la pandemia, los criterios de exclusión se han ido redefiniendo. Ante la imposibilidad de la presencialidad, como efecto de cuidado ante el Covid 19, y teniendo como único medio posible la virtualidad, nos vimos expuestos a trabajar con todos los pacientes de manera virtual. En el tratamiento de niños, por ejemplo, si bien uno considera que la presencia del cuerpo y el marco de un espacio común de juego y espontaneidad son necesarios y favorecedores, muchos profesionales se encontraron con nuevas herramientas y recursos digitales que permitieron la continuidad de los tratamientos.

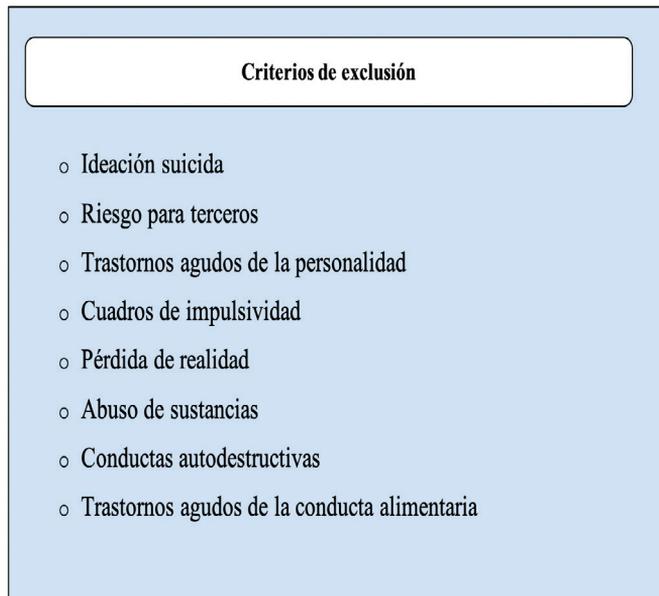


Figura 5. Criterios de exclusión en la atención online.

Es de común acuerdo entre investigadores y clínicos, que la desventaja más relevante en la atención en línea son las limitaciones frente a situaciones de emergencias. Desde la ética profesional, el psicoterapeuta debe conocer su capacidad de respuesta ante dichas situaciones y estar informado acerca de los recursos locales ante posibles urgencias. Se debe acordar con el consultante, un plan de acción para el manejo de crisis en la atención virtual y reconocer los límites de la misma. En caso de que el profesional no cuente con estas herramientas, es éticamente correcto, no iniciar el tratamiento y, de ser posible, contactar al cliente con un profesional local.

Alianza Terapéutica

Respecto de la *alianza terapéutica* como fenómeno central al interior del tratamiento, guarda una estrecha relación con la adhesión al tratamiento psicológico, independientemente del enfoque terapéutico o del tipo de problemática del cliente. Definimos la alianza terapéutica como la medida en que un paciente y un terapeuta trabajan de manera colaborativa, decidida y se conectan emocionalmente.

En investigaciones recientes, se ha comprobado que, independientemente de las modalidades de comunicación (chat, mail, videoconferencia, teléfono), de los grupos diagnósticos y la cantidad de contacto entre cliente y terapeuta, la evaluación de la alianza terapéutica por parte del paciente es equivalente a la modalidad de atención cara a cara. Resultados diversos se encontraron en la evaluación de la alianza de trabajo por parte de los profesionales, quienes se mostraban más resistentes a considerarla como equivalente a la terapia presencial (Simpson, 2014).

La alianza terapéutica en línea, puede no estar directamente asociada con los resultados, pero parece estar relacionada con el compromiso del usuario y consecuentemente con la adhesión al tratamiento. Las investigaciones refieren que la alianza de trabajo parece ser un predictor menos relevante del resultado de la terapia que en los enfoques cara a cara. Las revisiones bibliográficas sugieren la necesidad de un monitoreo activo y mayor flexibilidad por parte del profesional. Esto significa que, como práctica recomendada en la atención online a lo largo de todo el proceso terapéutico, debemos chequear con los pacientes de manera continua cómo se sienten en relación al tratamiento y al trabajo que se viene realizando. La intervención en la virtualidad, nos convoca a un diálogo explícito con los clientes acerca de la alianza de trabajo y los avances del tratamiento, indagando acerca de cómo transitan no solo la terapia sino sus emociones e ideas en torno al vínculo con el profesional.

Los estudios más recientes sugieren que, ante la adopción masiva de la asistencia psicológica por videoconferencia, los profesionales comienzan a trabajar con mayor aceptación y recursos ante la construcción de una alianza de trabajo en la virtualidad. Dada la masiva adopción de nuevas tecnologías y el dinamismo de los cambios en el mundo digital, debemos profundizar en el entendimiento de la clínica online y de la alianza terapéutica en particular para fomentar las buenas prácticas y la formación específica.

La perspectiva desde la terapia cognitiva conductual

El tratamiento cognitivo conductual es especialmente adecuado para la atención en línea. Las primeras investigaciones surgen en la universidad de Amsterdam en 1996, donde realizaron un estudio con estudiantes que sufrían estrés post traumático. Los resultados mostraron la eficacia de la disminución sintomatológica luego del tratamiento no presencial.

En la actualidad, existen distintos modelos para la aplicación de la terapia cognitiva conductual proporcionada a través de internet. Los pacientes pueden recibir ejercicios autodirigidos con distintos grados de seguimiento profesional. Numerosos sitios web y aplicaciones legitimadas están disponibles como recursos para clientes y profesionales. Una importante revisión bibliográfica evidencia que la incorporación de cuestionarios, tareas y autoevaluaciones a través de internet permitieron que el progreso y resultados de los pacientes se monitorearán fácilmente.

Existe una vasta cantidad de investigaciones que evidencian la eficacia del tratamiento cognitivo conductual online, con resultados que demuestran una alta tasa de adherencia al tratamiento cuanto mayor seguimiento profesional existe, demostrando efectos comparables a la atención cara a cara. Se presentan estudios sólidos referidos a su eficacia en el tratamiento de: trastorno depresivo mayor y moderado, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, trastornos de estrés postraumático y ataques de pánico (Kumar et al. 2017). Sin embargo, una reciente revisión sistemática de 39 estudios que incluyeron a 9751 participantes, concluyó que individuos con depresión leve presentaron mejoras sin necesidad de contar con orientación terapéutica en el proceso (Karyotaki y Col, 2021). Si bien los tratamientos con apoyo terapéutico guiados se asociaron con una mayor mejora en comparación con los procesos sin guía profesional, es evidente que la terapia cognitiva conductual en línea representa un tratamiento eficaz, posibilitando un acceso más fácil y rápido, con menor costo y mayor conveniencia que el formato presencial.

Es la terapia cognitiva conductual la que mayor investigación tiene realizada en cuanto a su eficacia clínica en la atención online siendo particularmente estudiada su eficacia en cuadros depresivos y trastornos de ansiedad. Ha podido realizar un pasaje exitoso, no solo del encuentro entre profesional/consultante, sino también en el uso de sus herramientas complementarias llevadas y adecuadas a la virtualidad.

Un enfoque psicoanalítico

Desde la teoría psicoanalítica, y tomando como pilares de la técnica, la asociación libre y su correlato, la atención flotante como esquema central, se presentan del mismo modo que en una consulta tradicional. La limitación con la que nos encontramos en este dispositivo refiere a disrupciones técnicas (congelamiento de la imagen, conexión débil, retraso en la llegada de la voz, eco en la comunicación, caída de la llamada). Es requisito indispensable poder disminuir estas complejidades para asegurar una comunicación fluida y la creación de un espacio terapéutico viable.

Hay evidencia de que un proceso analítico genuino puede ocurrir en línea (Merchant, 2021). Los psicoanalistas expresan que el advenimiento de la transferencia, la comunicación inconsciente y la contratransferencia están presentes en el marco de un espacio analítico atravesado por la virtualidad. De este modo, se produce el acceso al inconsciente del consultante.

Una particularidad del dispositivo en línea relevante desde la mirada psicodinámica refiere al entendimiento de las *diferencias culturales*. Es de fundamental importancia conocer el ámbito sociocultural desde donde se construye el paciente para poder sostener la neutralidad y poder mantener una escucha activa reconociendo las singularidades de cada subcultura. La tecnología ha logrado romper fronteras pero no desanuda una historia subjetiva atravesada por un contexto social que le es propio. Tras la ampliación del acceso a los tratamientos psicológicos y la heterogeneidad de pacientes, podría presentarse un sesgo cultural que es fundamental hacer consciente por parte del analista para sostener una ética profesional adecuada. La clínica online nos convoca a indagar con mayor profundidad algunos aspectos de lo que traen los pacientes, consultando las particularidades del vocabulario así como los atravesamientos culturales y las especificaciones geográficas que contempla también programas de políticas públicas locales.

Más allá del medio establecido, el vínculo sostenido entre cliente y profesional hace inevitable el advenimiento de la transferencia desde la teoría psicoanalítica. Desde esta lectura, donde hay análisis, hay transferencia.

Competencias del profesional en la atención online

Ante la actualidad clínica, debemos contar no solo con los conocimientos referidos a la salud mental y la asistencia de los pacientes sino también asimilar las competencias

digitales necesarias para poder brindar una atención mediada por la tecnología que posibilite una práctica responsable. En la figura 6 se sintetiza los requerimientos y competencias necesarias para poder brindar asistencia psicológica virtual.

Se requiere del aprendizaje y manejo de las plataformas que se utilizan para llevar adelante el intercambio. El profesional debe encontrarse en constante actualización sobre las medidas necesarias para mantener la protección de los datos, la privacidad, confidencialidad y la seguridad de la información. Complementariamente debe evaluar que el cliente cuente con las habilidades suficientes para el uso de la tecnología. La gestión de potenciales situaciones de riesgo requiere un nuevo conocimiento de los recursos locales del usuario y del manejo de crisis a distancia. El profesional debe conocer las contraindicaciones del uso de las tecnologías de la información y la comunicación en cierto perfil de pacientes y reconocer la adecuación o no de la misma. Al igual que en la atención psicológica tradicional, se recomienda la supervisión de los casos clínicos para poder intercambiar y consensuar con otros colegas las buenas prácticas y los procesos terapéuticos. En este aspecto, es relevante compartir con un profesional o equipo que comprenda las especificidades de la clínica digital.

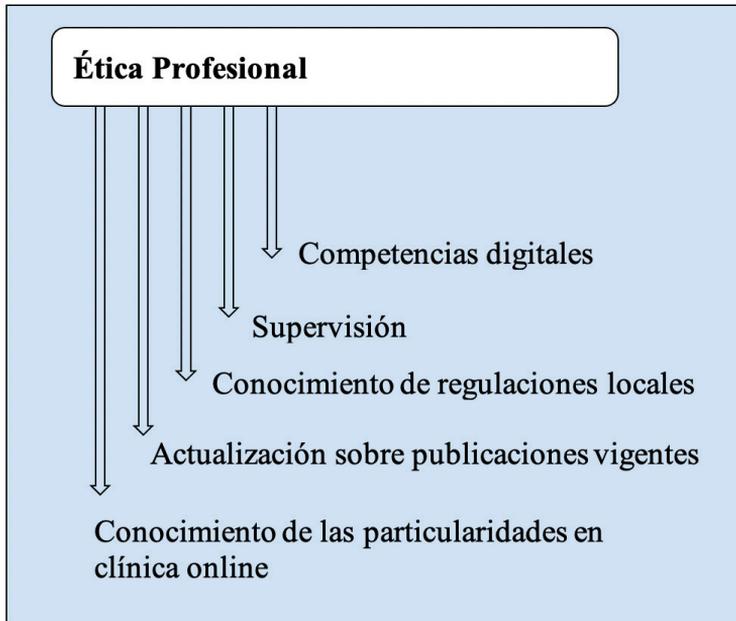


Figura 6. Competencias requeridas por el profesional en la clínica digital.

En lo referido a las regulaciones vigentes en el trabajo con TIC, es fundamental conocer las adecuaciones éticas y legales locales. Aún se encuentran muchos lugares con ausencia de legislación en relación a la clínica virtual. Sin embargo, vamos observando avances en las nuevas reglamentaciones que debemos ir asimilando para cumplir con los requisitos de la ética profesional.

Ante el constante desarrollo de nuevos estudios, es fundamental estar informado acerca de las publicaciones que brinden mayor información sobre los tratamientos en línea basados en evidencia, así como de nuevas herramientas tecnológicas que puedan ser de apoyo tanto para el paciente como para el profesional.

Recursos para el profesional

En el año 2018, el colegio de psicólogos de Madrid, publicó la primera guía para la intervención en telepsicología, brindando información detallada sobre las particularidades de la atención psicológica en la virtualidad.

En el año 2020, la Asociación de Psicología Americana (APA, 2020) propuso una lista de verificación para antes de iniciar tratamiento telepsicológico en general y previo al inicio de un encuentro paciente - profesional en particular. A continuación, compartimos la traducción de la lista de control

Proceso de screening:

Examine a su paciente para determinar si los servicios de videoconferencia son apropiados en su caso concreto.

- Considere el estado clínico y cognitivo del paciente - ¿puede el paciente participar efectivamente en las sesiones online?
- ¿Tiene el paciente recursos tecnológicos para una videoconferencia?
- Considere la comodidad del paciente en el uso de la tecnología - ¿puede iniciar sesión utilizando la tecnología de manera efectiva?
- ¿Tiene el paciente espacio físico para una sesión privada de telepsicología?
- ¿Se requiere el permiso de los padres/tutores? Si es así, obténgalo.

- Tenga en cuenta la seguridad del paciente (por ejemplo, el riesgo de suicidio) y las preocupaciones de salud (por ejemplo, el riesgo viral, la movilidad, la función inmunológica), el riesgo para la comunidad y la salud del psicólogo al decidir hacer sesiones de telepsicología en lugar de en persona.

■ Consideraciones Tecnológicas:

- ¿La plataforma tecnológica que utiliza es consistente con la regulación de manejo de datos de su lugar de residencia?
- ¿Cuenta con una adecuada conectividad a Internet para realizar videoconferencias?
- ¿Es necesario abordar con el paciente cómo iniciar sesión y utilizar la tecnología?
- ¿Utiliza una conexión a Internet segura y protegida por contraseña, no una WiFi pública o no segura? ¿Qué hay de su paciente? (Si no, aumenta el riesgo de ser hackeado).
- ¿Ha comprobado que su protección antivirus está actualizada? ¿Qué hay de su paciente?

■ Setting - ambiente terapéutico:

- ¿La ubicación es privada? ¿Es razonablemente tranquila?
- Asegúrese de que la habitación esté bien iluminada. Ejemplo: Una ventana delante de usted podría proyectar una sombra o crear una baja visibilidad.
- Para mejorar el contacto visual, hay que posicionarse de manera que sea fácil mirar tanto a la cámara, así como al paciente en la pantalla.
- Considere la posibilidad de retirar los objetos personales o las distracciones en el fondo. Verifique aquello que capta su cámara.
- Compruebe la calidad de la imagen y el audio. ¿Pueden verse y escucharse mutuamente? Asegúrese de que nadie esté silenciado.
- En la medida de lo posible, ambas personas deben mantener un buen contacto visual y hablar con claridad.

Chequeo Pre-sesión:

- Hable sobre los posibles riesgos/beneficios de las sesiones de telesalud con el/los paciente/s.
- Tenga un consentimiento informado firmado por tu(s) paciente(s) o su representante legal. El consentimiento informado puede firmarse electrónicamente.
- ¿Tiene un plan de respaldo en caso de dificultades técnicas? ¿En caso de una situación de crisis? ¿Qué información de contacto tiene? ¿Conoce los recursos locales (por ejemplo, la sala de emergencias) donde se encuentra el paciente?
- Acuerde con el paciente cómo se facturan las sesiones. ¿Se facturará al paciente si llega tarde o no se presenta?
- En el caso de los menores, tenga una primera entrevista con el tutor y luego determine dónde estará el adulto en ese lugar.

Inicio de la sesión virtual:

- Verifique la identidad del paciente, si es necesario.
- Confirme la ubicación del paciente y un número de teléfono donde se le pueda localizar.
- Revise la importancia de la privacidad en su ubicación y en la del paciente.
- Todos los individuos presentes en la visita virtual deben estar a la vista de la cámara para que el psicólogo sepa quién está participando.
- Confirme que nadie grabará la sesión sin permiso.
- Apague todas las aplicaciones y notificaciones en su computadora o smartphone. Pídale al paciente que haga lo mismo.
- Lleve a cabo la sesión como si fuera una sesión en persona. Sea usted mismo.

Investigaciones

En una revisión del material bibliográfico, comparando el tratamiento en línea con el presencial, la evidencia indicó que ambos formatos experimentaban resultados similares (Thompson, 2016). Los resultados evidenciaron que la alianza terapéutica no se encontró afectada por el medio de comunicación desde la perspectiva del paciente. Sin embargo, los terapeutas eran quienes presentaban más dudas respecto de su eficacia, haciendo hincapié en la pérdida de la experiencia real, no mediatizada, del encuentro.

En un estudio posterior realizado sobre una muestra de 263 participantes, se investigaron los criterios de edad, locación y etnia relacionados a la terapia en línea (Kofmehl, 2017). Se constató que a medida que aumentaba la edad, disminuye la probabilidad de elegir la terapia virtual. Es decir, la edad era correlativamente negativa al uso de esta modalidad de terapia. Podemos definir, dados estos resultados, que la población más joven, a quienes hoy podemos definir como nativos digitales, tiene mejor manejo de las herramientas tecnológicas y por ende, menor resistencia a la utilización de las mismas. Entendemos que en el futuro estos datos se irán modificando a medida que nos encontremos con una población general con mayor alfabetización digital. En dicho estudio, las variables en cuanto a etnia o región (rural o urbana) no fueron estadísticamente significativas.

La mayoría de los estudios concluyen que el formato por videoconferencia es igual de eficaz que el formato presencial. El pasaje desde el consultorio tradicional, a la virtualidad en donde el espacio terapéutico queda mediado por la tecnología requiere conocimientos específicos. Es desafío de los profesionales poder asumir las competencias digitales y formativas necesarias en la atención online. Deben estar informados sobre los riesgos y beneficios de la psicoterapia en línea para poder así actuar en el mejor interés de los pacientes.

Se requieren nuevas investigaciones que puedan brindar resultados comparativos entre modalidades terapéuticas, particularidades clínicas, formatos tecnológicos, la demanda de los usuarios según los perfiles subjetivos y los efectos a largo plazo de los tratamientos en línea.

Identidad Profesional Digital

La “digitalidad” ha redefinido las nociones de anonimato y privacidad en el ámbito profesional. Dado el intercambio masivo de información a través de medios electrónicos, las investigaciones confirman que los clientes tienden a buscar información de los profesionales en línea. Como trabajadores de la salud, debemos conocer aquello que queda exhibido dentro del mundo digital de nuestra propia identidad. Debemos reconocer que los clientes pueden y encontraran cosas destinadas a ser personales y, por tal motivo, se recomienda la revisión de las políticas en redes sociales personales. Los profesionales pueden usar consciente y estratégicamente la elaboración de lo que comparten en línea.

En una investigación realizada en el año 2016 tres cuartos de los encuestados informaron que encontrar información sobre su psicoterapeuta producía un efecto neutral o potenciador del tratamiento (Kolmes, Taube, 2016). Un número menor de encuestados indicó que la información causaba angustia o malestar en la relación clínica. Desde esta perspectiva, los psicoterapeutas necesitan normalizar dichas búsquedas y crear una atmósfera que ayude a los clientes a comprender que llevar esta información al interior del encuentro es aceptable y útil.

Surgen nuevos cuestionamientos ¿Ante qué situación es admisible la comunicación electrónica con un paciente? ¿Por qué medios es aceptable el contacto con los clientes? ¿Cómo impacta en el paciente el acceso a información personal del profesional? ¿Es ético realizar una búsqueda online de nuestros pacientes?

Los profesionales deben comprender mejor cómo administrar su presencia en línea para minimizar intrusiones evitables a su privacidad. Se desaconseja el contacto con los clientes a través de redes sociales, considerando como ese tipo de intercambio puede impactar al interior del tratamiento. Se recomienda a los profesionales en salud mental, diferenciar la huella digital personal de aquella profesional. Es de fundamental importancia la capacitación en los aspectos clínicos, éticos y técnicos para poder ofrecer un espacio que responda a buenas prácticas en salud.

Nuevos desafíos en el horizonte

La salud mental a lo largo de la historia ha debido adaptarse a nuevos desafíos y desarrollos teóricos; como el tratamiento con niños, los trastornos de la personalidad y las modalidades de terapia vincular, familiar o grupal. La actualidad atravesada por el uso de

la tecnología, nos impone ajustar el campo de la asistencia psicológica a las necesidades del campo virtual.

Existe una gran brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina, especialmente entre los grupos socioeconómicamente desfavorecidos. Dado el fuerte aumento del acceso a internet y la rápida adopción de los teléfonos inteligentes en la región, el uso de tecnologías basadas en internet podría contribuir a superar esta brecha y brindar atención en salud mental en una variedad de contextos.

Como profesionales en el campo de la salud mental digital, es requisito conocer las competencias necesarias que involucran la atención clínica mediada por la tecnología para poder responder a buenas prácticas en salud. Es de fundamental importancia contar con el consentimiento informado como acuerdo entre las partes, que permite definir los alcances y limitaciones del dispositivo. Comprender el objetivo de las entrevistas preliminares, como los primeros encuentros donde se deja fundamentados los alcances de la clínica en línea, los criterios de inclusión referido a en qué situaciones este tipo de asistencia es adecuada para el paciente y lo referido a la alianza terapéutica online cuyos estudios arrojan información trascendente que posibilita una mejor adhesión al tratamiento.

Es innegable que la diferenciación entre un espacio virtual y presencial nos dispone a nuevas adecuaciones del dispositivo. Ampliando su alcance y limitando sus posibilidades de tratamiento para cierto grupo de pacientes; la virtualidad es sin dudas, un medio beneficioso para acercar espacios psicológicos a los usuarios. Desde los ámbitos profesionales y educativos, es fundamental continuar la formación específica comprendiendo los desafíos que nos impone la mediación tecnológica.

Referencias

- American Psychological Association. (APA). (2020). *Checklist para ofrecer servicios telepsicológicos*. <https://www.apa.org/practice/programs/dmhi/research-information/telepsychological-services-checklist>
- Baier, A.L. (2018). *The ethical implications of social media: Issues and recommendations for clinical practice*. *Ethics & Behavior*. <https://doi.org/10.1080/10508422.2018.1516148>
- Barnett, J. (2019). *The Ethical Practice of Psychotherapy: clearly Within Our Reach*. Loyola University Maryland. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000272>
- BBC News (2018). *La sorprendente y poco conocida historia de Eliza, el primer chatbot conversacional de la historia*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-44290222>
- Bitencourt, D., Braga, P., Trelles, C., Bassols, A., Sfoggia, A., Kowacs, C., Valle, D, Benetti, M., Bento, M., Stella, R., Pigatto, S. y Laks, C. (2016). *A psychodynamic perspective on a systematic review of online psychotherapy for adults*. *British journal of psychotherapy*. Vol 32 (1), 79-108. DOI: 10.1111/bjp.12204
- Burcham, S. (2014). *The emerge of virtual identities, relations and realities that arise from digital communications: implications for therapy*. Universidad de Louisiana. ProQuest, Dissertations Publishing. DOI: 10.1177/1354856514531532
- Carter, K. (2018). *Telepsychology's impact on practice*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/members/content/secure/impact-telepsychology>
- Chester A.N., Walthert, S.E., Gallagher, S.J., Anderson, LC. y Stitely, M.L. (2017). *Patient-targeted Googling and social media: a cross-sectional study of senior medical students*. *BMC Med Ethics*. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29202840/>
- De la Torre Martí, M.M. y Pardo-Cebrián, R. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio oficial de psicólogos de Madrid. https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-5c1b5a8602018.pdf
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Luigi, M. y Dumais, A. (2020). *Evidence on Virtual Reality–Based Therapies for Psychiatric Disorders: Meta-Review of Meta-Analyses*. *J Med Internet Res*, 22(8): e20889. DOI: 10.2196/20889
- Feijó, L., Silva, N. y Benetti, S. (2018). *Impact of Information and Communication Technologies on the Psychoanalytic Psychotherapeutic Technique*. *Temas em*

Psicologia. 26. 1649-1663. 10.9788/TP 2018.3-18. DOI: https://www.researchgate.net/publication/328034274_Impact_of_Information_and_Communication_Technologies_on_the_Psychoanalytic_Psychotherapeutic_Technique

Gratzer, D. y Khalid-Khan, F. (2016). *Internet-delivered cognitive behavioural therapy in the treatment of psychiatric illness*. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 188(4), 263–272. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150007>

Jiménez-Molina, A., Franco, P., Martínez, V., Martínez, P., Rojas, G. y Araya, R. (2019). *Internet-Based Interventions for the Prevention and Treatment of Mental Disorders in Latin America: A Scoping Review*. *Front. Psychiatry*, 10, 1-7. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00664

Kaluzeviciute, G. (2020). *Social Media and its Impact on Therapeutic Relationships*. *British Journal of Psychotherapy*, 36(2), 303–320. DOI: <https://doi.org/10.1111/BJP.12545>

Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., et al. (2021). *Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis*. *JAMA Psychiatr*, 78(4), 361–371. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.4364

Kofmehl, J.J. (2017). *Online Versus In-Person Therapy: Effect of Client Demographics and Personality Characteristics*. Walden University.

Kolmes, K. (2012). *Social media in the future of professional psychology*. *Professional Psychology: Research and Practice* 6(43), 606–12. <https://doi.org/10.1037/a0028678>

Kolmes, K. y Taube. DO. (2016). *Client discovery of psychotherapist personal information online*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(2), 147–154. <https://doi.org/10.1037/pro0000065>

Kumar, V., Sattar, Y., Bseiso, A., Khan, S., y Rutkofsky, I.H. (2017). *The Effectiveness of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Psychiatric Disorders*. *Cureus*, 9(8), e1626. <https://doi.org/10.7759/cureus.1626>

Martin, J.N., Millán, F. y Campbell, L.F. (2020). *Telepsychology Practice: Primer and First Steps. Practice Innovations*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pri0000111>

- Merchant, John. (2021). Working online due to the COVID-19 pandemic: a research and literature review. *Journal of Analytical Psychology*, 66, 484-505. <https://doi.10.1111/1468-5922.12683>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C.: OPS. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Simpson, SG. y Reid, C.L. (2014). *Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review*. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280–299. <https://doi.org/10.1111/AJR.12149>
- Stubbings, DR., Rees, CS., Roberts, LD. y Kane, RT. (2013). Comparing In-Person to Videoconference-Based Cognitive Behavioral Therapy for Mood and Anxiety Disorders: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11), e258. <https://doi.org/10.2196/JMIR.2564>
- Suler, J. (2016). *Psychology of the Digital Age: Humans Become Electric*. Cambridge University Press.
- Thompson, RB. (2016). *Psychology at a Distance: Examining the Efficacy of Online Therapy*. Portland State University. <http://doi.org/10.15760/honors.292>
- We are social. (2021). *Global State of Digital around the world in 2021*. <https://www.hootsuite.com>
- Wilson, Ch. y Soranzo, A. (2015). *The Use of Virtual Reality in Psychology: A Case Study in Visual Perception*. *Computational and mathematical methods in medicine*. DOI:10.1155/2015/151702

Claudia Caycedo Espinel y Astrid Triana Cifuentes

Introducción

Durante las últimas décadas la humanidad se ha visto enfrentada a cambios tecnológicos de gran magnitud, el uso extendido de la internet, los teléfonos inteligentes y, en general, la conectividad, han generado cambios a nivel social y cultural. Las relaciones, las actividades de ocio, el trabajo y la educación entre otras se han visto impactadas por las nuevas tecnologías. Estos cambios han sido de particular interés para la Psicología debido por una parte a los fenómenos psicológicos derivados del uso de las tecnologías, y por otra a las posibilidades que éstas han brindado para innovar en la prestación de servicios psicológicos (Acero, 2020); posibilidades que se han ampliado debido al aislamiento social vivido como parte de la pandemia por el COVID-19.

Esta situación ha representado nuevos retos para las instituciones formadoras de psicólogos ya que los currículos, con pocas excepciones, incluían aspectos relativos a las competencias requeridas para la prestación de servicios psicológicos por medio de las tecnologías de la información y la comunicación o telepsicología (American Psychological Association, 2013). La formación se centraba en las competencias digitales generales requeridas para complementar los procesos de enseñanza-aprendizaje y para el manejo de herramientas ofimáticas. El interés en las competencias digitales no es nuevo, desde inicios de la segunda década del siglo XXI, se observan múltiples publicaciones centradas en los procesos formativos de estas competencias para responder a las necesidades del mundo educativo y laboral. Entidades internacionales como la UNESCO y la OCDE han publicado análisis y recomendaciones para las instituciones de educación en los diferentes niveles de formación dirigidas a la importancia de promover el desarrollo de estas competencias, que incluyen la búsqueda de información, alfabetización digital, comunicación, colaboración, la creación de contenidos digitales, la seguridad en entornos digitales, resolución de problemas y pensamiento crítico. Caccurri (2018) hace una revisión de estas competencias y de los indicadores que darían cuenta de estas y, afirma que una persona es competente en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación cuando:

“tiene la capacidad para buscar, procesar y comunicar información, transformándola en conocimiento, seleccionando la más relevante, haciendo uso de diferentes soportes, de manera crítica, responsable y segura” (p. 8).

La competencia digital es una de las llamadas competencias del siglo XXI, requeridas para aprender, trabajar, pensar y vivir en el mundo (Rivera, 2016), competencias que con la educación virtual y el teletrabajo han mostrado ser indispensables en todos los contextos de la vida, lo cual incluye la formación de profesionales para proveer servicios mediante las tecnologías de la información y las telecomunicaciones.

Un aspecto que ha mostrado un desarrollo importante, tanto en la provisión de servicios como en proceso de formación de profesionales, es la telesalud. En la última década se observa un incremento en el número y especificidad de las investigaciones, así como de regulaciones y recomendaciones para el buen desempeño profesional mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación. Estos avances han tenido como objetivo mejorar el acceso oportuno de los usuarios a los servicios de salud, en situaciones en las cuales las barreras geográficas, la limitación de personal especializado, las limitaciones físicas y otros aspectos de naturaleza individual y social, interfieren con este. Estos avances resultaron de gran relevancia ante la situación de confinamiento durante la pandemia por el COVID 19 que impulso la prestación de servicios por telesalud incluyendo los servicios de salud mental y la telepsicología.

En Colombia, al iniciar la pandemia, no se contaba con una regulación o recomendaciones acerca de la prestación de servicios psicológicos mediante las tecnologías de la información y las telecomunicaciones; en agosto del 2020 son publicadas las primeras sugerencias desarrolladas de forma conjunta por el Colegio Colombiano de Psicólogos y la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología. Este documento, trabajado desde el 2019 como resultado de la reglamentación nacional acerca de telesalud (resolución 2654 de octubre de 2019), brinda sugerencias dirigidas a la formación y el desempeño profesional para la prestación de servicios de telepsicología, hace una revisión de la normativa nacional, la tecnología disponible y los aspectos éticos específicos de esta modalidad de servicio (Acero et al. 2020).

Otro aspecto que resultó evidente al iniciar el confinamiento fue la carencia de programas de formación o asignaturas en los currículos de los programas profesionales de Psicología dirigidas a preparar a los estudiantes en competencias específicas para la prestación de servicios en telepsicología. La rápida transición que representó el inicio de la pandemia resultó en una serie a de ajustes en los procesos formativos para garantizar que los estudiantes y los docentes contaran con las competencias requeridas para el desarrollo

del proceso de prácticas profesionales (Baier y Danzo, 2021; Caycedo, 2020). En Colombia este proceso de prácticas incluye además la supervisión por parte de un docente que también requiere formación en competencias específicas para la telesupervisión, que garanticen un acompañamiento adecuado para los estudiantes y el bienestar de los usuarios del servicio.

Una revisión sobre competencias para la prestación de servicios por telepsicología permite concluir que estas resultan de la interacción entre las competencias digitales (búsqueda de información, alfabetización digital, comunicación, colaboración, la creación de contenidos digitales, la seguridad en entornos digitales, resolución de problemas y pensamiento crítico) las profesionales genéricas de un psicólogo (identificación del problema, evaluación, intervención, seguimiento y comunicación de resultados) y transversales (ética, interculturalidad, practica basada en la evidencia y relaciones interpersonales entre otras), esto evidencia que la formación tradicional resulta insuficiente para el profesional del mundo de hoy y adicionalmente, dados los retos éticos de la prestación de servicios en esta modalidad se sugiere formación en competencias específicas que promueva el desarrollo, implementación y evaluación de modalidades innovadoras para brindar servicios psicológicos de calidad. Este entrenamiento debe además considerar el entrenamiento en las mejores prácticas y el cuidado del bienestar de los estudiantes y el supervisor (Baier y Danzo, 2021; Caycedo, 2020; DeJong, 2018; Slovensky, Malvey, y Neigel, 2017).

La preocupación por la formación y algunos estudios dirigidos a evaluar la utilidad de cursos cortos en telepsicología, llaman la atención acerca de la importancia de formar en competencias técnicas y logísticas asociadas a las diferentes tecnologías que pueden ser usadas para prestar el servicio (teléfono, videoconferencia, apps, etc.) (Baier y Danzo, 2021; Caycedo, 2020; McCord et al. 2015; MacCord el al. 2020). Adicionalmente, competencias de comunicación digital, asuntos regulatorios y aspectos éticos específicos de este tipo de atención.

Competencias y contenidos para la formación en telepsicología

Las propuestas iniciales acerca de las competencias requeridas para la prestación del servicio por telepsicología aparecen en la segunda década de este siglo. Una de las propuestas que más impacto ha tenido en los currículos actuales proviene del trabajo de Johnson (2014) que luego fue complementada por Mahue, Drude, Hertlein, Lipschutz, Wall y Hilty en el año 2018 y propuesta como un marco de competencias interprofesionales

que incluye que consta de 7 dominios de competencias, 5 subdominios, 51 objetivos de conducta y 19 prácticas a través de tres niveles de logro (novato, proficiente y experto o autoridad). Este modelo por la estructura representa permite guiar la construcción de propuestas de formación para este campo. La propuesta de Mahue y cols, con algunos ajustes, es presentada en la tabla 1 (Caycedo, 2020).

Tabla 1. Competencias para la prestación del servicio de telepsicología.

Dominio	Definición	Objetivos de conducta
Evaluación e intervención	El profesional demuestra que toma decisiones basadas en la evidencia en el mejor interés del usuario. Demuestra conocimientos, habilidades, y actitudes en referencia a los aspectos clínicos y su ajuste a las condiciones de atención online considerando el curso de vida, las características culturales, lingüísticas, socioeconómicas y todas aquellas relacionadas con la diversidad y diligencia la documentación correspondiente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evalúa la idoneidad del usuario para los servicios de telepsicología. 2. Evalúa y monitorea la comodidad del usuario con el servicio de telepsicología 3. Aplica y adapta los requisitos de atención clínica en persona a la atención online. 4. Implementa y adapta un plan de atención con políticas y procedimientos ajustados al servicio que presta. 5. Monitorea el compromiso terapéutico relacionado con cada modalidad de telepsicología. 6. Establece y mantiene límites profesionales. 7. Evalúa los factores culturales que influyen en la atención. 8. Asegura la comunicación con alternativas de lenguaje e idioma apropiados al usuario. 9. Crea un clima que fomenta la reflexión y la discusión de los problemas culturales de manera continua. 10. Adapta prácticas para el servicio de telepsicología. 11. Se adhiere a las políticas y procedimientos de la atención en persona 12. Aplica y adapta políticas y procedimientos al servicio de telepsicología.

Tabla 1. Competencias para la prestación del servicio de telepsicología.

Dominio	Definición	Objetivos de conducta
Evaluación e intervención		<ol style="list-style-type: none"> 13. Se adhiere a las políticas y procedimientos de acuerdo con las regulaciones profesionales. 14. Documenta su servicio de telepsicología según la normativa existente. 15. Distingue y se adapta a componentes no rutinarios presentados en la atención.
Ambiente virtual y telepresencia	<p>El profesional demuestra que aplica técnicas apropiadas para tener un contexto terapéutico apropiado, tanto a nivel físico como a nivel virtual, y minimiza distracciones e interrupciones. El profesional se aproxima tanto como sea posible a una relación personal y promueve la espontaneidad</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Describe aspectos de la telepresencia. 2. Ajusta el entorno clínico para ser propicio para el servicio de a 3. Ajusta la tecnología para facilitar la presencia. 4. Crea un ambiente libre de distracciones tecnológicas y de otro tipo. 5. Evalúa los estilos de comunicación de los usuarios y los ajusta al servicio de telepsicología. 6. Reflexiona y analiza eventos longitudinalmente para realizar ajustes al servicio de telepsicología.
Tecnología	<p>El profesional demuestra que puede tomar decisiones informadas que reflejan su comprensión sobre sus preferencias y las del usuario acerca de la tecnología, así como como su experiencia en el uso de ésta. El profesional es garante del conocimiento y comprensión de uso responsable de la tecnología que eligen y demuestra conocer las fortalezas, limitaciones y posibilidades de ésta.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evalúa el uso y la comodidad del usuario con la tecnología 2. Ajusta los pros y los contras de la tecnología a las necesidades/ preferencias del usuario cuando sea posible 3. Opera hábilmente las tecnologías 4. Educa al usuario sobre aspectos tecnológicos cuando es necesario. 5. Utiliza y enseña opciones y enfoques tecnológicos basados en evidencia.

Tabla 1. Competencias para la prestación del servicio de telepsicología.

Dominio	Definición	Objetivos de conducta
Asuntos legales y regulatorios	El profesional conoce y puede demostrar cumplimiento a las políticas, leyes, regulaciones y procedimientos locales (p.ej., ley de protección de datos). Puede garantizar su cumplimiento a los requerimientos sobre consentimiento informado y documentación. Demuestra seguimiento de las regulaciones para el uso de tecnologías (p.ej., uso de licencias).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se adhiere a las leyes y regulaciones relevantes para los servicios de telepsicología. 2. Practica de acuerdo con y educa a otros sobre el cumplimiento de las normas legales y regulatorias relevantes para el servicio que ofrece. 3. En caso de duda, aplica o adapta los estándares legales y regulatorios de la atención en persona al servicio de telepsicología. 4. Atiende los problemas jurisdiccionales contextuales y generales de telepsicología de manera razonable
Practica ética y basada en la evidencia	<p>El profesional conoce y demuestra cumplimiento de las guías, consensos y estándares profesionales e interprofesionales basadas en la práctica de la telepsicología a nivel nacional e internacional.</p> <p>El profesional muestra cumplimiento de los límites de la conducta profesional y otras buenas prácticas relevantes al ambiente virtual cuando obtiene información digital y de las redes sociales profesionales.</p> <p>El profesional desarrolla reglas escritas sobre redes sociales e información digital que discute con el usuario.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica, emplea y desarrolla documentos relevantes para la entrega ética de servicios de telepsicología 2. Compara cuestiones éticas de la atención en persona y mediante telepsicología. 3. Evalúa los usos de las redes sociales y otras tecnologías que pueden ser perjudiciales para el usuario y documenta el uso de estas por parte de este. 4. Identifica y monitorea asuntos legales y regulatorios específicamente relacionados con la recopilación de información en las redes sociales y los medios digitales a la que accede mediante la atención en telepsicología. 5. Crea un clima de reflexión y discusión y forma al usuario sobre temas relacionados con el intercambio de información a través de las redes sociales.

Tabla 1. Competencias para la prestación del servicio de telepsicología.

Dominio	Definición	Objetivos de conducta
Tecnologías móviles y aplicaciones (apps)	El profesional elige trabajar con tecnologías móviles, incluyendo apps, que demuestren utilidad para el logro de objetivos terapéuticos, considerando el impacto que pueden tener en la relación terapéutica; que estén basadas en la evidencia y que se ajusten a los estándares profesionales y a las regulaciones existentes. El profesional ayuda a los usuarios a comprender las limitaciones de privacidad que tienen estas tecnologías.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evalúa el uso que hace el usuario de las tecnologías móviles asociadas al servicio de telepsicología. 2. Selecciona tecnologías móviles que tengan un propósito en el proceso terapéutico, lo documenta y monitorea. 3. Elige tecnología basada en la evidencia. 4. Atiende asuntos legales, regulatorios y éticos y desarrolla otros nuevos si está indicado
Desarrollo de la práctica de telepsicología	El profesional puede demostrar como usa la telepsicología y otras estrategias de comunicación para crear y mantener una identidad profesional y para involucrarse con la comunidad. El profesional puede mostrar como asegura la exactitud y validez de la información que brinda acerca de su servicio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrolla una identidad digital profesional e integra esta identidad con su identidad profesional fuera de línea. 2. Se adhiere a las regulaciones locales y a las normas profesionales para el desarrollo de su servicio. 3. Adapta la identidad digital a la atención clínica, la cultura y los estándares comerciales de las comunidades a las que brinda el servicio

Traducido y adaptado de Maheu, et al. 2018, tomado de Caycedo (2020)

McCord et al. (2020) proponen un modelo de competencias, basado en el análisis de las guías internacionales disponibles desarrolladas por la Asociación Americana de Psicología (APA), la Asociación Australiana de Psicología, la Asociación Psicológica de Ontario, la Junta de Psicólogos de Nueva Zelanda y la Asociación Psicológica de Ohio, que incluye 9 dominios, 7 contextos de práctica y 6 modalidades de tecnología para la prestación del servicio. Los 9 dominios incluyen: habilidades administrativas, evaluación,

ética y regulación, competencia multicultural, competencias específicas en psicoterapia, investigación y evaluación, evaluación de riesgos, supervisión y habilidades técnicas. Esta propuesta integra las competencias del psicólogo clínico con las competencias específicas requeridas para la prestación de servicios de telepsicología, en la tabla 2 se presentan los dominios considerados por este modelo.

Tabla 2. Modelo de McCord et al (2020).

Dominio	Indicadores conductuales
Habilidades administrativas	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica la identidad del usuario. • Mantiene registros de sus interacciones con el usuario • Informa los aspectos asociados al pago de los servicios • Organiza la información de manera eficiente • Conoce los cubrimientos por parte de los planes/seguros de salud.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce las ventajas y limitaciones de las evaluaciones online. • Protege de los datos de evaluación.
Ética y regulaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los códigos éticos y las guías relevantes para su quehacer. • Conoce los requerimientos asociados a la prestación de servicios remotos (confidencialidad, seguridad, etc) • Conoce las regulaciones asociadas a la jurisdicción de la prestación de servicios por telepsicología. • Asegura que provee servicios dentro de los límites geográficos para los que está legalmente autorizado. • Hace los reportes obligatorios por ley de acuerdo con el país en donde presta el servicio. • Usa el consentimiento informado específico de este tipo de servicios y verifica la capacidad del usuario para consentir.
Competencia multicultural	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce y maneja las diferencias culturales y tiene en cuenta cualquier consideración asociada a la multiculturalidad en el contexto en que desarrolla su práctica.
Competencias clínicas/para la psicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce quien se ajusta a esta modalidad considerando la mejor evidencia disponible. • Refiere a servicios presenciales de ser necesario • Desarrolla un plan en caso de tener que interrumpir los servicios. • Informa al usuario acerca de los riesgos, beneficios y alternativas a la telepsicología en un lenguaje que pueda ser fácilmente comprendido • Informa acerca de los derechos y responsabilidades del usuario y del terapeuta

Tabla 2. Modelo de McCord et al (2020).

Dominio	Indicadores conductuales
Competencias clínicas/para la psicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Establece una relación terapéutica que promueva el proceso de cambio. • Establece límites profesionales y de comunicación considerando los aspectos asociados a la comunicación electrónica. • Informa al usuario cuando y como estará disponible y que hacer en caso de emergencia. • Crea políticas, demuestra conocimiento e informa al usuario acerca de la encriptación, transmisión, archivo y disposición de la información del usuario. • Planea e informa a los usuarios sobre las actividades en periodos en que no haya acceso a la atención. • Proporciona información acerca de la eficacia de la intervención por este medio.
Investigación y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo protocolos para recolectar datos sobre resultados, satisfacción y experiencias en telepsicología para uso individual (p.ej. mejora de la calidad de los servicios). • Informa a los usuarios acerca de la naturaleza y propósito de los procedimientos y el uso de los datos. • Informa acerca de la seguridad de la información compartida y del uso de cuestionarios online.
Competencia para supervisar	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la literatura relevante • Es competente en el uso de la tecnología • Conoce los modelos de supervisión apropiados para telepsicología • Identifica si la telesupervisión es apropiada para el estudiante • Brinda y recibe realimentación
Habilidades técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Comunica la logística del uso de tecnología a los usuarios en lenguaje comprensible. • Usa equipos y tecnologías apropiadas para las necesidades de sus usuarios incluyendo aspectos como conectividad, software, equipo especial, etc.

Traducido y ajustado de McCord, C.E., Bernhard, P.A., Walsh, M., Rosner, C., y Console, K. (2020)

Otro enfoque dirigido al proceso formativo se centra en cuales son los contenidos que debe incluir un curso de entrenamiento en telepsicología. En este sentido Baier y Danzo (2021) proponen un entrenamiento que promueva la transición a los servicios de telepsicología considerando los siguientes elementos:

- Definición de telepsicología.
- Introducción a las plataformas y dificultades técnicas comunes.
- Clarificación del rol del telesupervisor.
- Identificación de las expectativas del usuario frente a esta modalidad de servicio.
- Regulaciones para la prestación del servicio.
- Conducta profesional y telepsicología.
- Comunicación interpersonal y telepsicología.
- Documentación, historia clínica y consentimiento.
- Evaluación en ambientes virtuales.
- Planeación e implementación del tratamiento.
- Evaluación de riesgos.
- Respuesta a las crisis.
- Análisis de caso con supervisores.

Colbow (2013, citado por Caycedo, 2020) propone considerar como parte del currículo los siguientes aspectos:

1. Aspectos históricos de la telepsicología.
2. Evidencia empírica acerca de elementos asociados a la prestación del servicio, entre otros la relación terapéutica, eficacia de las intervenciones, estrategias de evaluación que pueden ser usadas en ambientes virtuales, etc.
3. Habilidades para la formación de la relación con el usuario del servicio.
4. Elementos éticos y regulatorios.
5. Diseño ambiental del espacio de atención incluyendo iluminación, privacidad, control de distracciones, etc.
6. Entrenamiento técnico.

Como puede observarse las propuestas planteadas son similares y pueden ser adaptadas de acuerdo con los requerimientos propios del sitio de práctica o del país; hasta el momento no existe evidencia asociada con el impacto de un currículo particular; sin embargo, si se sugiere la importancia de un proceso formativo para garantizar la calidad de los servicios y el bienestar del usuario. Colbow (2013, citado por Caycedo 2020) propone que este entrenamiento se realice mediante cursos cortos y desarrollados a la medida ya sea de forma presencial o virtual. Como elementos transversales hace énfasis en la importancia de la supervisión y de ejercicios prácticos que permitan entrenar y evaluar las competencias planteadas.

Telesupervisión

Un aspecto que surge en el proceso de transición a la telepsicología durante la pandemia es la necesidad de contar con docentes y supervisores de práctica entrenados, aspecto que, como plantean Hames, et al (2020), ha representado una dificultad ya que la mayoría de los supervisores no contaban con este entrenamiento.

Una revisión de la literatura evidencia los beneficios del uso de la tecnología en los procesos de supervisión ya que permite una mayor disponibilidad, horarios a conveniencia, así como el mantenimiento de la distancia social. Hames et al (2020) afirman que un aspecto crítico para el éxito del proceso de supervisión es la posibilidad de acceder al supervisor de manera ágil y rápida ya que promueve la relación entre el estudiante y el supervisor y adicionalmente, el uso de la video conferencia favorece la observación y el desarrollo de ejercicios prácticos.

Es importante considerar en el proceso de telesupervisión la compatibilidad de tecnología que usan los docentes y estudiantes, así como el diseño del ambiente enseñanza-aprendizaje con el fin de limitar al máximo distractores o intromisiones que interfieran con la confidencialidad de la información tratada.

Martin, Lizarondo y Kumar (2018) afirman que la calidad de la telesupervisión se ve afectada por características del supervisado, del supervisor y las de las sesiones de supervisión. Entre las características del estudiante están la experiencia clínica, el reconocimiento de sus limitaciones y de la necesidad de ser supervisado, la flexibilidad y la capacidad para confiar, aunque no haya estímulos visuales presentes. En referencia a las características del supervisor, se considera la experiencia como el factor clave y finalmente, respecto

a las sesiones se evidencia que contar con agendas estructuradas y acordadas con el estudiante, el ajuste del nivel de exigencia al nivel de competencia del supervisado, la flexibilidad y la conectividad promueven el éxito del proceso formativo. Phillips, Logan y Mather (2021) llaman la atención acerca de la importancia de desarrollar procesos de investigación que permitan identificar las necesidades formativas de los telesupervisores con el fin de incluirlas en el proceso de formación de psicólogos que cumplen esta función.

Limitaciones observadas en el proceso de formación durante el Covid-19

Dada la rapidez con la que las instituciones formadoras de psicólogos tuvieron que hacer cambios en el entrenamiento durante el proceso de transición a la telepsicología determinado por la pandemia, se han evidenciado algunas dificultades asociadas con la velocidad del proceso formativo y por la carencia de profesores formados en esta área. Casline, Brodar, Patel y Tarlow (2021) han identificado algunos aspectos que se sugiere sean parte del análisis en la inclusión de nuevos cursos y procesos formativos en competencias profesionales para prestar servicios por telepsicología.

Entre los elementos identificados por estos autores están las alteraciones en la gradualidad del proceso de formación debido al rápido avance de los procesos de atención en esta modalidad y a las limitaciones en el acompañamiento debido a las condiciones de distanciamiento. Por otra parte, también reportan la preocupación por el uso de prácticas no estandarizadas en los procesos de evaluación. Las pruebas y los cuestionarios tienen dificultades para ser aplicadas en contextos digitales lo que altera la validez de las conclusiones y limita la posibilidad de entrenamiento específico en aplicación de pruebas psicométricas. Finalmente, se observan limitaciones para el acceso de los usuarios debido al desconocimiento de la evidencia acerca de la efectividad de la intervención por telepsicología.

Conclusiones

La situación actual y la evolución de la pandemia deja claro que la telepsicología se mantendrá como una modalidad importante de prestación de servicios psicológicos, debido tanto a la evidencia de efectividad como a la aceptación por parte de los usuarios y de los seguros de salud. Por esta razón, resulta relevante la reflexión sobre los procesos de formación y las competencias que deben ser entrenadas. En este escrito se revisaron

algunas de las propuestas que, como se evidenció, están centradas en el fortalecimiento de las competencias profesionales y en la inclusión de competencias para el manejo de la tecnología disponible. Un aspecto que está presente en todas las propuestas revisadas es el comportamiento ético y el conocimiento de las regulaciones, aspecto que en algunos países aún está por consolidarse.

La investigación referente a los procesos de formación, las competencias, las modalidades, contenidos, procesos pedagógicos, etc, en este campo es aún incipiente, se requiere profundizar en el impacto de los procesos formativos en la calidad del servicio y en la satisfacción de los usuarios, así como en el logro de objetivos formativos.

Referencias

- Acero, P. D., Cabas, K., Caycedo, C.C., Figueroa, P., Patrick, G., y Martínez, M. (2020). *Telepsicología: sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable*. https://ascofapsi.org.co/pdf/Libros/Telepsicologia_web.pdf
- American Psychological Association (APA). (2013). *Guidelines for the practice of telepsychology*. APA. <https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf>
- Baier, A. L., y Danzo, S. (2021). Moving toward a new era of telepsychology in university training clinics: Considerations and curricula recommendations. *Training and Education in Professional Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tep0000359>
- Cacuri, V. (2018). *Competencias Digitales para la Educación del Siglo XXI* [e-book]. <https://drive.google.com/file/d/1nQEvYuvfsG0PZBEiG-m5c0RTBzjlyp9J/view>
- Casline, E., Tawfik, S.H., Brodar, K.E., Patel, Z.S. y Tarlow, N. (2021). Considerations for assessment training competencies in health service psychology programs in the age of COVID-19. *Training and Education in Professional Psychology*. Advance online publication. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2021-28777-001.pdf>
- Caycedo, C.C. (2020). Atención psicológica online: sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable. En: Acero, P.D., Cabas, K., Caycedo, C., Figueroa, P., Gordon, P. y Martínez, R.M. *Telepsicología: sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable*. https://ascofapsi.org.co/pdf/Libros/Telepsicologia_web.pdf
- Colbow, A.J. (2013). Looking to the future: Integrating telemental health therapy into psychologist training. *Training and Education in Professional Psychology*, 7(3), 155–165. <https://doi.org/10.1037/a0033454>
- DeJong, S.M. (2018). Professionalism and Technology: Competencies Across the Tele-Behavioral Health and E-Behavioral Health Spectrum. *Academic Psychiatry*, 42, 800-807. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0947-x>
- Hames, J. L., Bell, D. J., Perez-Lima, L. M., Holm-Denoma, J. M., Rooney, T., Charles, N. E., Thompson, S.M., Mehlenbeck R.S., Tawfik, S.H., Fondacaro, K.M., Simmons, K.T. y Hoersting, R.C. (2020). Navigating uncharted waters: Considerations for training clinics in the rapid transition to telepsychology and telesupervision during

COVID-19. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 348-365. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000224>

Johnson, G.R. (2014). Toward uniform competency standards in telepsychology: A proposed framework for Canadian psychologists. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 55(4), 291–302. <https://doi.org/10.1037/a0038002>

Maheu, M.M., Drude, K.P., Hertlein, K.M., Lipschutz, R., Wall, K. y Hilty, D.M. (2018). Correction to: An Interprofessional Framework for Telebehavioral Health Competencies. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 3, 108-140. <https://doi.org/10.1007/s41347-018-0046-6>

Martin, P., Lizarondo, L. y Kumar, S. (2018). A systematic review of the factors that influence the quality and effectiveness of telesupervision for health professionals. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24, 271-281. <https://doi.org/10.1177/1357633X17698868>

McCord, C.E., Saenz, J.J., Armstrong, T.W. y Elliott, T.R. (2015). Training the next generation of counseling psychologists in the practice of telepsychology. *Counselling Psychology Quarterly*, 28(3), 324-344. <https://doi.org/10.1080/09515070.2015.1053433>

McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, Ch. y Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *J. Clin. Psychol.* 76:1060–1082. <https://doi.org/10.1002/jclp.22954>

McCord, C.E., Saenz, J.J., Armstrong, T. y Elliott, T. (2015). Training the next generation of counseling psychologists in the practice of telepsychology. *Counselling Psychology Quarterly*, 28, 324-344. <https://doi.org/10.1080/09515070.2015.1053433>

Phillips, L.A., Logan, J. N. y Mather, D.B. (2021). COVID-19 and beyond: Telesupervision training within the supervision competency. *Training and Education in Professional Psychology. Advance online publication.* <https://doi.org/10.1037/tep0000362>

Rivera, P. (2016). *Competencias del Siglo XXI*. <http://aprende.colombiaaprende.edu.co/es/agenda/noticias/las-tic-y-las-competencias-del-siglo-xxi>

Slovensky, D.J., Malvey, D. M. y Neigel, A.R. (2017). A model for health skills training for clinicians: Meeting the future now. *mHealth*, 3(24). [10.21037/mhealth.2017.05.03](https://doi.org/10.21037/mhealth.2017.05.03)

María Soledad Burrone, María Teresa Solís-Soto,
Marcela Lucchese; Tamara Arratia y Rubén Alvarado

Introducción

La brecha digital constituye una problemática de acceso que hace necesaria la alfabetización en tecnologías de información y comunicación (TICs). En la actualidad, existe una desventaja de acceso y uso en grupos vulnerables, profundizando la situación de inequidad.

La emergencia sociosanitaria por COVID-19 determinó transformar una intervención comunitaria hacia el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Con este nuevo escenario, este capítulo analiza barreras y facilitadores desde tres dimensiones básicas de análisis: *uso, apropiación e implementación* de las tecnologías en personas con trastornos mentales severos durante una intervención psicosocial y comunitaria.

El análisis de la evaluación de la implementación de las TICs permitió rescatar aspectos relevantes de las impresiones, vivencias y adquisiciones respecto al uso, apropiación e implementación de las mismas, así como el proceso de incorporación de estas herramientas en el área de salud mental comunitaria. Asimismo, identificamos barreras y facilitadores para este proceso de implementación de la TICs.

El aporte de las TICs contribuye a optimizar la comunicación entre los actores, asumiendo un rol protagónico en la intervención psicosocial y comunitaria. Conocer la perspectiva de ellos/as permitirá generar intervenciones más apropiadas.

Contexto

La alfabetización y usabilidad digital se vuelven fundamentales para generar mecanismos de e-inclusión, lo que permite el desarrollo de mejores condiciones en acceso a trabajo, calidad de vida y equidad (Camilli y Römer Pieretti, 2017). La usabilidad posibilita el acceso

a herramientas para la apropiación e integración, con efectividad, eficiencia y satisfacción (UNESCO, 2018). Con ello, desarrolla competencias digitales y competencias blandas que permitan comunicarse eficazmente en línea y fuera de esta. Además, posibilita el desarrollo de contenidos digitales, de comunicación, de colaboración y de actividades sociales (UNESCO, 2018). Las acciones que promueven las competencias digitales permiten el desarrollo de confianza, facilitan la utilización de plataformas en economía colaborativa y potencian la economía digital como oportunidad para incluir a sectores vulnerables (Alaminos y Penalva-Verdú, 2018).

Acceso y uso de las TICs en personas con problemas de salud mental

Algunos estudios han descrito que las personas con problemas de salud mental viven una exclusión generalizada y sistematizada de la sociedad en relación a su integración comunitaria, laboral y socioeconómica (Baumann, 2007; Richter y Hoffmann, 2019), siendo las TICs herramientas importantes para favorecer mayor independencia, mejorar el bienestar e integración social (Kaye, 2000), y optimizar su poder individual para actuar y promover la participación ciudadana con igualdad (Bárcena et al. 2010). Con la capacitación adecuada, las TICs pueden ser factibles de ser utilizadas independiente de la edad, diagnóstico o experiencia previa en informática/tecnología (Moussa et al. 2017).

Las tecnologías de la información y comunicación (TICs), tales como internet y teléfonos inteligentes, computadoras, desempeñan un papel importante en el tratamiento y la gestión de los problemas de salud mental, así como para facilitar el acceso a los servicios de salud mental (De Silva, 2018). Algunas iniciativas han mostrado buenos resultados especialmente para apoyar el acompañamiento (Aschbrenner et al. 2018), promover el compromiso y aprendizaje en el tratamiento (Fitzgerald y Ratcliffe, 2020) y mejorar la autoeficacia para el manejo de enfermedades crónicas, de la esperanza, de la calidad de vida, de las habilidades de autogestión médica y del empoderamiento (Fortuna et al. 2018). Sin embargo, la adopción e integración de estas iniciativas sobre todo en entornos clínicos de salud mental ha sido bastante lenta.

Por otra parte, algunas investigaciones no encontraron diferencias significativas en el uso de las TICs (ej. computadora, internet, Facebook, teléfono inteligente) entre personas con problemas mentales severos y la población general (Abu et al. 2018; Trefflich et al. 2015), pareciera que la gravedad de la enfermedad continúa siendo una barrera para el uso más amplio de las TICs, evidenciando la necesidad de adaptar las tecnologías a las necesidades

de las personas con trastornos mentales severos (TMS) y abordar las barreras que limitan su uso (Abu et al. 2018).

En ese sentido, una reciente revisión exploró algunas barreras para el acceso y uso de tecnología digital en los dominios de educación, vida diaria, integración en la comunidad y empleo de adultos jóvenes con discapacidades del desarrollo, autismo y personas con desafíos complejos de comunicación haciendo énfasis en la transición de la vida escolar a la laboral (Khanlou et al. 2021). El acceso a la tecnología digital se vio más influenciado por la aceptación social de las tecnologías en el lugar de trabajo y la comunidad, la disponibilidad de capacitación tanto para la familia como para quienes trabajan con los adultos jóvenes, la asequibilidad y el entorno existente. La utilización de la tecnología digital dependía principalmente de las características del software (ej. simplicidad de la interfaz), así como del grado de individualización de la tecnología digital con las necesidades específicas del usuario.

Nuestro análisis y aporte

En setiembre de 2019 Potencia^t (Burrone y Solís-Soto, 2018; Burrone et al. 2019) inicia su intervención de inclusión socio-laboral en tres comunas de características urbano-rurales de Chile. Esta busca facilitar la inserción laboral mediante la formación de cooperativas de trabajo en personas con trastornos mentales severos, mujeres en situación de vulnerabilidad y personas mayores. En cada comuna, comienza el desarrollo de una cooperativa que estará compuesta por 45 personas (15 de cada grupo) hasta 2022.

Los valores centrales de la intervención son el enfoque de recuperación personal, toma de decisiones compartidas, promoción del desarrollo local, participación comunitaria y trabajo en red.

Esta intervención llevaba ocho meses de avance cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de Covid-19 constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (World Health Organization, 2020). Con estos antecedentes y las medidas posteriores que se implementaron en Chile, la intervención debió transformarse a modalidad online. En este contexto, se analizó el proceso de transformación de la intervención psico social y comunitaria a modalidad online, a partir de tres dimensiones básicas de análisis: **uso, apropiación e implementación**. Las mismas se definieron tal como se expresa a continuación (Crovi, 2009).

- **Uso:** Ejercicio o práctica general, continua y habitual, vinculado a la utilidad/beneficio que proporciona, es decir, cómo se aprovechan o emplean esos recursos a fin de obtener el máximo rendimiento al utilizar tecnologías de la información en la comunidad (Crovi, 2008). Las categorías o componentes de análisis que asumió esta dimensión fueron: preferencia de la herramienta de trabajo, apoyo en la actividad laboral, ventajas en su utilización y dificultades para su uso.
- **Apropiación:** esta dimensión parte de las aportaciones de diversos investigadores, quienes trabajaron los procesos educativos desde la perspectiva de la Psicología, en especial, conceptos referidos a la memoria, atención y al desarrollo del ser humano (Crovi, 2008; Vygotsky y Souberman, 2012). De esto surgen dos importantes aportes: el primero referido a la teoría de la actividad donde se plantea que en la actividad se crea sentido y en ella se integran los aspectos prácticos, emocionales, relacionales y cognitivos de la conducta voluntaria asumiendo que tener conocimiento será siempre una ventaja técnica; y el segundo, al concepto de apropiación que reemplaza la idea piagetiana de asimilación referida a una metáfora biológica, por el de apropiación cuya dimensión se ubica en el ámbito socio-histórico y se refiere a herramientas culturales (Vygotsky y Souberman, 2012).

Estos aportes permiten considerar que la apropiación de las TICs se concreta en un ámbito socio-histórico específico. Así, en el contexto de intervención cuando se refiere al término apropiarse, se lo considera como una incorporación de las TICs al capital cultural y social de la comunidad, lo que implica que el individuo no sólo tiene acceso a ellas, sino que cuenta con habilidades para usarlas y llegan a ser tan importantes para sus actividades cotidianas que pasan a formar parte de sus prácticas sociales. Desde esta dimensión se orienta al reconocimiento de la experiencia de los sujetos en la tarea que realizan respecto a la incorporación de las TICs, y en cuanto a las actividades que desarrollan sobre el sistema, las operaciones motrices y mentales que se llevan a cabo y la comunicación entre los sujetos como una actividad común entre ellos (Crovi, 2008).

Los **procesos de implementación**, hacen referencia a la forma en que se efectuó la incorporación de las TICs y la percepción de los diferentes actores desde el comienzo de la implementación. Se analizan beneficios, dificultades y posibilidades de implementación, teniendo en cuenta la propuesta diseñada y lo que efectivamente se ejecutó.

Las categorías que asumió esta dimensión fueron: contexto de formulación y contexto de la intervención, la forma de presentación de la propuesta en la comunidad, las modalidades de participación de los sujetos en la implementación, ventajas, dificultades y posibilidades en el desarrollo del proyecto, comunicación entre los diferentes sujetos

durante la implementación, reajustes en la implementación en los diferentes niveles de ejecución, tiempo previsto en el diseño e implementación efectiva, cambios observados y modalidades de incorporación del sistema implementado en los sujetos y la comunidad.

En este contexto, en el análisis de la evaluación de la implementación de las TICs permitió rescatar aspectos relevantes de las impresiones, vivencias y adquisiciones respecto al uso, apropiación e implementación de las mismas, así como el proceso de incorporación de estas herramientas en la intervención de inclusión socio-laboral Potencia¹ (Burrone y Solís-Soto, 2018).

A continuación, se presentan los resultados de entrevistas semiestructuradas a participantes del proyecto con TMS, en relación con las dimensiones de uso, apropiación e implementación.

El uso como ejercicio continuo otorga cierto beneficio y refiere al acceso y al tipo de experiencia que se reconoce en la interacción entre dispositivos tecnológicos y los sujetos (Colorado-Aguilar y Edel-Navarro, 2012). En este trabajo se identificaron dos tipos de uso, el de aplicación laboral y el de socialización

En el uso de aplicación laboral se refirieron a las prácticas propias que desarrollaron los/ las participantes de Potencia¹ en torno a este proyecto en forma conjunta y permitieron un desenvolvimiento de ciertas habilidades, que se expresan a continuación:

[...] “ahora con el computador, ahora voy a tener más práctica, me van a enseñar, me van a ayudar, pero como no lo tenía”

[...] si he aprendido un poco, pero hay cosas que no entiendo mucho, pero he aprendido en las reuniones por Zoom que la cooperativa somos todos, que esto se comparte todo en... en que se reparte el dinero, esas cosas así, y se trabaja en conjunto, eso me gusta [...]

Con respecto al uso para la socialización, St, Martín citado en Simkin y Becerra (2013) expresa que dicho término remite al proceso de conformación y organización de grupos sociales por una parte y por otra se orienta a la adquisición de valores, actitudes y creencias, lo que involucra al individuo y a la relación de este con los agentes de socialización. En este sentido, los participantes manifestaron el uso en diversas actividades de socialización como las siguientes:

[...] “ahora estoy tomando clases de baile a través del computador, por Zoom [...]

[...]... ahora por WhatsApp me doy cuenta que son buena onda y me gusta relacionarme con ellas, he tratado de ser participativo, me siento bien, la gente que hay es muy buena, muy buena onda y eso es genial, eso me anima más todavía [...]

[...]hace poco creé un grupo en WhatsApp, ya, que se llama “Compartiendo el evangelio”, entonces debes reunir personas para que se orienten, les sirva de ayuda, ese es el motivo y hablan como 4 o 5 personas [...]

[...] yo me meto en ocasiones por internet y entonces ahí voy buscando lo que yo necesito, por ejemplo, es que yo quería hacer una polera a crochet, le pego un poco al cocido, pero nunca, así como tanto y... igual yo me metía a ver los tutoriales pa hacer paños, cosas, hice carteras y cachay, entonces, esa información la busco por internet, por internet y ahí la saco [...]

En cuanto a las “dificultades y posibilidades en el uso” que acontecen en los procesos de interacción entre participantes y dispositivos, se reconocieron como dificultades la resistencia al dispositivo tecnológico debido al desconocimiento del mismo y los inconvenientes vinculados a la accesibilidad a internet. Sin embargo, en el uso también se registran posibilidades vinculadas a la gestión de solicitud de ayuda para conectarse, la participación y la práctica para adquirir ciertas habilidades.

[...]Porque antes tenía un notebook que le pedía a mi prima, para las reuniones, pero me decían que podía echarlo a perder, entonces ellos me conectaban a Zoom, pero como ahora voy a tener yo, va a ser más fácil

“depende la calidad de internet que pueda unirme a zoom” “acá se cae frecuentemente el internet” [...] acá no hay buena señal, se cae internet, prefiero el teléfono (video llamadas de WhatsApp) porque a veces se me cae zoom”

[...]Asisto a las reuniones, bueno todavía son por Zoom, así que participo, soy activa participo en todo [...]

Una de las participantes relata que adquirió un computador y su celular, se notaba muy contenta, contó que su mamá no estaba de acuerdo en que se gastara la plata en el computador, pero la participante se mantuvo firme en su idea [...] *“si porque no se ve mucho, porque antes quería comprarme uno, pero me decían “¿para qué quieres uno si no sabes...?” pero ahora quiero saber, y quiero aprender a hacer yo solita...” [...]*

Actualmente está a cargo de su sobrino de 9 años, para que él asista a las clases virtuales, con él está aprendiendo a usar el computador y de diferentes formas de acceso a internet (Búsqueda activa de información a través de Google), lo acompaña a sus clases, lo que le permite reaprender a ella algunas materias (como matemáticas y lenguaje). Sí bien aún mantiene miedo de “*echarlo a perder*” tiene claridad de que la práctica le hará sentir más segura.

[...] “Y un poco de algunas cosas, pero casi nada, es que me cuesta un poco aprender, es que estuve en un taller de alfabetización, pero no aprendí mucho, y se me han olvidado algunas cosas, lo que pasa es que me dicen que uno tiene que tener práctica, por ejemplo, cuando yo saqué la licencia de conducir, todo tiene que ser práctica, cuando uno deja de hacerlo...” [...]

En esta intervención, también se observa la segunda dimensión analizada, la “apropiación” y especialmente un primer componente “la forma de aprender”. Las manifestaciones de los participantes respecto a este componente dan cuenta de un proceso de aproximaciones sucesivas a este nuevo objeto. Las acciones que generaron sobre el objeto fueron de observación, de manipulación y de experimentación. Se destaca, además, que quienes hicieron mejor uso de la tecnología, utilizaron como estrategia el autoaprendizaje, sumada a la capacitación asistida y sistemática del equipo de intervención de Potencia^t y la ayuda entre pares. En esta etapa se integran aspectos prácticos, emocionales, relacionales y cognitivos que permiten a los participantes asumir de un modo diferente las acciones.

“Participación gradual, asistida e independiente”, fue otro de los componentes de la apropiación. Se observó un proceso de participación que favoreció la transmisión de las experiencias y la sistematización de sus propios saberes descubriendo la potencialidad del recurso tecnológico. Los participantes remitieron a las formas de aprender de los espacios educacionales formales como prácticas naturales, a la realización personal y a la resolución de conflictos. También, se advirtió que la apropiación se proyecta, en tanto se mencionó la búsqueda de espacios para continuar la formación.

[...] “uno elige qué, cuándo, cómo, dónde y a qué ritmo” entonces es parte de la libertad, a mí me gusta mucho la libertad, porque te permite hacer lo que tú quieras” [...]

[...] “estamos obsoletos, uno tiene que ir a un ritmo, y a veces no se tiene ese ritmo” [...]

[...] Con el ingreso a la cooperativa me familiaricé con el celular para realizar y recibir llamadas a través de WhatsApp, una vez que ya las manejé bien, me he conectado a través de Zoom [...]

[...] estuve trabajando y ahora quiero estudiar, mande un correo ayer por si acaso para ver si es que me sale sí o no, mande un correo al XXXX (casa de estudio) que está en XXXX (ciudad), mande un correo dice que van a empezar las clases en febrero [...]

[...]Ayer estuvo la primera capacitación (vía Zoom) de permacultura, la cual no me resultó muy entretenida, por lo que le mencionaba nada, como muy agrícola, muy agricultura, muy de terreno, ensuciarse las manos y eso no es lo mío [...]

[...]Pero como te digo, ahí las chiquillas como que resolvieron como el tema un poco y ahora está como livianito el aire, incluso que fue por Zoom [...]

En cuanto a la apropiación se puede asumir que depende del contexto social y cultural que enmarca la actividad que los sujetos realizan y por ende se trata de un proceso complejo (Covi y López-González, 2011). Los modos de apropiación quedarán suscritos a las posibilidades técnicas en cobertura de internet, a los cambios que se dan en estos medios y a las condiciones y capacidades que caracterizan a los receptores.

Otro elemento que debe utilizarse para explicar el proceso de apropiación es la descripción de las prácticas realizadas en tiempos y lugares particulares (Thompson, 2002), el estar solo o acompañado, la importancia del saber, el miedo, el tiempo de uso y los sitios donde se tiene acceso a ella y el medio mismo. Al indagar sobre las condiciones de acceso de los y las participantes de Potencia^t sobre uso de las TICs, se advirtió que la mayoría no tenía experiencia en el manejo de las tecnologías, por lo que hubo un proceso de adaptación, sustitución y/o rechazo, antes de darse la apropiación (Hernández-Razo et al. 2012).

Asimismo, se observó que la mayoría de los y las participantes tuvieron su primer acercamiento a las TICs a través de la actividad del proyecto Potencia^t en el contexto de la pandemia, lo que implicó que conocieron y aprendieron el uso de tecnología, a partir del trabajo.

En cuanto a la evaluación del “proceso de implementación” cada participante utilizó estrategias de abordaje diversas según posibilidad de desarrollo y apoyo del equipo de intervención de Potencia^t, de la familia y cuidadores, red de apoyo y de la comunidad. Se evidencia este proceso de implementación, teniendo en cuenta que un año después de la pandemia se logró constituir las cooperativas y las ventas de sus productos que actualmente se realizan por Instagram, WhatsApp y Facebook.

El equipo de intervención relata que *“el desafío fue ser más flexible, buscar ayuda al interior del equipo y abrirse al aprendizaje tecnológico, no tener miedo a intentarlo y valorar el trabajo en equipo”*.

Finalmente, desde los responsables del proyecto, la implementación ha sido atravesada por la tensión diseño-implementación, pusieron en evidencia las formas en que el equipo sorteó las dificultades y los modos de comunicación que se establecieron a partir de la pandemia para continuar con este trabajo socio-comunitario y territorial.

Los resultados de la implementación del presente proyecto dependieron en gran medida de los reajustes realizados, a partir de atender los emergentes que surgieron del contexto de la pandemia.

Conclusiones

El aporte de las TICs contribuyó a optimizar la comunicación entre los participantes de la intervención Potenciat, y facilitó continuar y mantener la intervención socio-comunitaria y territorial en tiempo de pandemia por Covid-19. En la intervención se evidenció la potencialidad del uso de las TICs tanto como una herramienta para fomentar la actividad laboral, así como de socialización que impactó positivamente en la calidad de vida superando miedos, desconocimiento y dificultades iniciales. Así también se logró la apropiación de la tecnología mediada por un autoaprendizaje y el apoyo de pares que fue un elemento fundamental para un manejo más ágil de la información. De esta manera se favoreció la implementación de las TICs en el trabajo brindando nuevas opciones para la comercialización que fue valorada positivamente por los participantes.

La pandemia del COVID-19 presionó el proceso de alfabetización digital en personas con Trastornos Mentales Severos, y requirió flexibilidad y adaptación constante en las dinámicas de trabajo de las cooperativas, sin embargo, los beneficios fueron mayores y facilitaron la inserción efectiva sociolaboral de los participantes.

Agradecimientos

La presente investigación fue subsidiada por Gobierno Regional a través del Fondo de Innovación para la Competitividad a quienes agradecemos por su apoyo financiero. Asimismo, agradecemos a cada participante del proyecto Potencia^t, y a cada uno de los miembros del equipo.

Referencias

- Abu-Rahal, Z., Vadas, L., Manor, I., Bloch, B. y Avital, A. (2018). Use of information and communication technologies among individuals with and without serious mental illness. *Psychiatry Research*, 266, 160-167. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.026>
- Alaminos, A. y Penalva-Verdú, C. (2018). Economía colaborativa: definiciones y escenarios. *Revista de Investigación Social*. 3(1), 15-36. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/85027/1/Sociologiadados_03_01_01.pdf
- Aschbrenner, K. A., Naslund, J. A., Grinley, T., Bienvenida, J. C. M., Bartels, S. J. y Brunette, M. (2018). A Survey of Online and Mobile Technology Use at Peer Support Agencies. *Psychiatr Q*, 89(3), 539-548. DOI: 10.1007/s11126-017-9561-4
- Bárcena, A., Prado, A., Cimoli, M. y Malchik, S. (2010). Las TIC para el crecimiento y la igualdad: renovando las estrategias de la sociedad de la información. Naciones Unidas: CEPAL https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2971/1/S2010807_es.pdf
- Baumann, A. E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'. *Int Rev Psychiatry*, 19(2), 131-135. <https://doi.org/10.1080/09540260701278739>
- Burrone, M. S. y Solís-Soto, M.T. (2018). Potenciat. <https://www.uoh.cl/potenciat/>
- Camilli, C. y Römer-Pieretti, M. (2017). Metasíntesis en alfabetización para el empoderamiento de grupos vulnerables. *Revista Comunicar*, nº53, v. XXV: 09-18. DOI: <https://doi.org/10.3916/C53-2017-01>
- Colorado-Aguilar, BL. y Edel-Navarro, R. (2012) La usabilidad de TIC en la práctica educativa RED. *Revista de Educación a Distancia*, núm. 30, enero-marzo, pp. 1-11 Universidad de Murcia Murcia, España. <https://www.um.es/ead/red/30/edel.pdf>
- Crovi, D.D. (2009). Acceso, uso y apropiación de las TIC en comunidades académicas. *Diagnóstico en la UNAM*. México, DF: UNAM/Plaza y Valdés, Editores.
- Crovi, D.D. (2008). Diagnóstico acerca del acceso, uso y apropiación de las TIC en la UNAM. *Anuario INNICIO Investigación de la Comunicación*, 20(1), 79-95. <https://educatic.unam.mx/publicaciones/ponencias/6-diagnostico.pdf>

- Crovi, D.D. y López-González, R. (2011). Tejiendo voces: jóvenes universitarios opinan sobre la apropiación de internet en la vida académica. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 56(212), 69-80. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmcps/v56n212/v56n212a5.pdf>
- De Silva, P. N. (2018). Use of appropriate technology to improve mental health service delivery. *Br J Hosp Med (Lond)*, 79(12), 682-685. DOI:10.12968/hmed.2018.79.12.682
- Fitzgerald, M. y Ratcliffe, G. (2020). Serious Games, Gamification, and Serious Mental Illness: A Scoping Review. *Psychiatr Serv*, 71(2), 170-183. DOI: 10.3389/fpsyt.2016.00215
- Fortuna, K.L., DiMilia, P.R., Lohman, M.C., Bruce, M.L., Zubritsky, C.D., Halaby, M.R., Walker, R.M., Brooks, J.M. y Bartels, S.J. (2018). Feasibility, acceptability, and preliminary effectiveness of a peer-delivered and technology supported self-management intervention for older adults with serious mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 89(2), 293–305. DOI: 10.1007/s11126-017-9534-7
- Hernández-Razo, O.E., Guerra-Ramos, M.T. y Candela-Martín, M.A. (2012). Apropiación de TICs en las prácticas docentes en educación secundaria: un estudio de caso. OEA: Portal Educativo de las Américas. <https://recursos.educoas.org/publicaciones/apropiacion-de-tics-en-las-prcticas-docentes-en-educacion-secundaria-un-estudio-de>
- Kaye, H.S. (2000). *Computer and Internet use among people with disabilities*. Disability Statistics Center Institute for Health and Aging University of California San Francisco, California. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED439579.pdf>
- Khanlou, N., Khan, A., Vázquez, L. M. y Zangeneh, M. (2021). Digital Literacy, Access to Technology and Inclusion for Young Adults with Developmental Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 33(1), 1-25. <https://doi.org/10.1007/s10882-020-09738-w>
- Moussa, Y., Mahdanian, A. A., Yu, C., Segal, M., Looper, K. J., Vahia, I. V. y Rej, S. (2017). Mobile Health Technology in Late-Life Mental Illness: A Focused Literature Review. *Am J Geriatr Psychiatry*, 25(8), 865-872. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.04.003>
- Richter, D. y Hoffmann, H. (2019). Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 28(4), 427-435. DOI: 10.1017/S2045796017000786

- Simkin, H. y Becerra, G. (2013) El proceso de socialización. Apuntes para su exploración en el campo psicosocial Ciencia, Docencia y Tecnología, vol. XXIV, núm. 47, noviembre, pp. 119-142 Universidad Nacional de Entre Ríos Concepción del Uruguay, Argentina
- Thompson, J.B. (2002). Ideología y cultura moderna: Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas. Universidad Autónoma Metropolitana: México, DF. https://reflexionesdecoloniales.files.wordpress.com/2014/05/thompson_john_b_ideologia_y_cultura_moderna_teor%C3%ADa_cr%C3%ADtica_s.pdf
- Trefflich, F., Kalckreuth, S., Mergl, R. y Rummel-Kluge, C. (2015). Psychiatric patients' internet use corresponds to the internet use of the general public. *Psychiatry Res*, 226(1), 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.037>
- UNESCO. (2018). Designing inclusive digital solutions and developing digital skills. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265537>
- Vygotsky, L. S. y Souberman, E. (2012). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores* (S. S. Vera John-Steiner, Ellen Souberman, Ed.). Austral.
- World Health Organization. (2020). WHO Timeline - COVID-19. <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

Sandra Milena Restrepo Escobar y Federico Pavlovsky

Introducción

El desarrollo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (Tics) han influenciado diferentes campos académicos, que han generado grandes transformaciones en las últimas décadas, las Tics promueven la utilización de diversas técnicas y tecnologías que su función principal es facilitar el acceso a los productos y bienes (Sepúlveda-Cardona y Restrepo-Escobar, 2018). Por supuesto, el área de la salud también se ha visto afectado, pues el internet, las redes sociales y las Apps suministran nuevos canales para diferentes servicios que también se ve asociado al sistema sanitario (López et al, 2005), permitiendo que servicios que eran exclusivos para poblaciones que residían en grandes ciudades ampliaran su cobertura a diferentes lugares apartados en los territorios latinoamericanos.

La implementación de las Tics en la salud puede describirse en dos grandes áreas, por un lado, en los ambientes clínicos y de investigación, con la adaptación de nuevos instrumentos que cada vez incorporan mejores tecnologías y en con proyectos investigaciones que ponen a prueba estos nuevos recursos y, por otro lado, el proceso de información en salud es cada vez es más digitalizado lo que hace que por sí mismo se incorpore las Tics al desarrollo habitual del área (Román-Viñas, 2010).

El concepto adoptado para hablar de la incorporación de las Tics a la salud es definido por Eysenbach (2001) como *eHealth*:

“La eSalud es un campo emergente en la intersección de la informática médica, la salud pública y las empresas, en referencia a los servicios de salud y la información entregada o mejorada a través de Internet y las tecnologías. En un sentido más amplio, el término caracteriza no solo un desarrollo técnico, sino también: un estado de ánimo, una forma de pensar, una actitud y un compromiso para el pensamiento global y en red; para mejorar la atención médica a nivel local, regional y mundial mediante el uso de TICs”. (p. 3)

Es hasta el año 2005 que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) trae este tema a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el Palais des Nations (Palacio de las Naciones), definiendo en la resolución de este encuentro Resolución WHA58.28 que:

“La ciber salud consiste en el apoyo que la utilización costoeficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones, ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención en salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud” (OMS, 2005, p. 115).

Con este planteamiento se busca impactar en las estrategias de autocuidado y prevención, además de fases diagnósticas y de intervención (Sepúlveda-Cardona y Restrepo-Escobar, 2018) encontrando un despliegue de opciones donde se destacan

“Blogs de profesionales de la salud; redes sociales especializadas; plataformas de organizaciones nacionales y supranacionales para atención primaria; sistemas de comunicación entre actores para el apoyo y seguimiento a tratamientos; y una oferta de Apps diseñadas para todo tipo de usuario” (Sepúlveda-Cardona y Restrepo Escobar, 2018, p. 186).

Con la definición clara de la e-Salud y las disposiciones sobre los objetivos que esta cumple dentro de las sociedades Hesse et al (2011) plantean que se deben cumplir con tres condiciones claves para su desarrollo eficaz y son: el primero la arquitectura para la participación, es decir, la interacción entre expertos e interesados, el segundo la inteligencia colectiva que se entiende como la posibilidad de generar estrategias que brinden soluciones a las comunidades y tercero los datos como la construcción de patrones que permiten agilizar los procesos mediante la inteligencia artificial.

Con este panorama es bueno señalar que los avances en e-Salud o su surgimiento no están relacionados con la pandemia que ha afectado al mundo entero durante el cierre de 2019 y 2020, lo que sí se puede señalar es que dadas las condiciones generadas por este acontecimiento es que el área de la salud tanto física como mental tuvo que recibir las opciones que brindaba la tecnología y los avances en el área para atender la contingencia vivida.

■ Acerca del consumo de sustancias y los avances en e-salud

Para el caso de la atención de personas con problemas de adicciones o en riesgo de padecerlas, se ha encontrado algunos avances en propuestas de interacción digital. Un ejemplo de ello es la revisión de Apps que realizó Sepúlveda-Cardona y Restrepo-Escobar en el año 2018 donde se identificaron 68 ecosistemas principalmente en países como España, Estados Unidos y algunos latinoamericanos que ofrecen diferentes alternativas no solo de información relevante sobre los efectos de las sustancias, sino que permiten interacción mediante chats que posibilitan la interacción remota con las personas interesadas.

En el tratamiento de las adicciones las alternativas de intervención han virado en el mundo en las últimas dos décadas, desde un sistema que favorecía la internación prolongada en centros de adicciones especializados a una propuesta de tipo ambulatoria, ubicada en la comunidad del paciente y centrada en las necesidades del paciente. Los pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) en el mundo (y particularmente en Latinoamérica) representan una subpoblación particular, con características se resaltan a continuación:

La problemática tiene una alta prevalencia, suele ser el segundo o tercer motivo de consulta en salud mental y sin embargo las estructuras terapéuticas disponibles en la mayoría de los centros de salud no alojan esta demanda y la suelen derivar a otras instituciones, según el informe de consumo de drogas mundial (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC, 2020), en las últimas décadas presenta tendencias al ascenso, dándosele un lugar dentro de los problemas de salud pública relevantes y que puede complejizarse cuando se convierten en adicciones (Ministerio de salud y Protección Social, 2013. Ley 1566 de 2012).

Las personas que usan drogas representan una población estigmatizada socialmente los medios masivos de comunicación día a día colaboran con la difusión de anuncios donde el consumidor de sustancias es asociado con términos como delincuente/narcotráfico, alejando a los pacientes de la posibilidad de solicitar ayuda. En el año 2017 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó fortalecer los esfuerzos por eliminar el estigma y la discriminación hacia las personas que consumen sustancias; tratar el consumo de drogas como un asunto de salud pública y no como un problema de la justicia criminal; así como involucrar a los diferentes estamentos interesados para la elaboración de la política pública sobre drogas; apoyar la investigación sobre las mismas y asegurar el acceso a medicamentos para usos terapéuticos (Scoppetta y Castaño, 2017).

En relación a la estigmatización, en los servicios de salud también se presentan estas situaciones con los profesionales, al respecto Tirado et al. (2019) señalan que existen barreras para acceder a los servicios de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, dado que por parte de los profesionales se fundamenta la idea que son procesos con mal pronóstico debido a la falta de voluntad de quienes usan drogas. Según las estadísticas, 1 de cada 6 pacientes con TUS, llegan a consultar a un servicio de salud mental.

Otra de las características principales del consumidor de sustancias es que **es un tipo de paciente que sostiene una demanda particular**, la misma no es convencional, lineal, sino más bien errática, tangencial, fugaz y sobretodo ambivalente (Pavlovsky, 2019). Por eso ha sido tan importante los aportes de Miller y Rollnik (1999) con respecto a la Entrevista Motivacional en donde enfatizan la necesidad de leer esta demanda e ir en busca del paciente, de allanar el camino para facilitar el comienzo de un tratamiento y no quedarse esperando la tradicional “demanda”.

La pandemia ha disparado los consumos de distintas sustancias (abuso de alcohol, THC, psicofármacos) (UNODC, 2020), se constatan además repercusiones neuropsiquiátricas del COVID-19, así como repercusiones emocionales de la población frente al aislamiento y la incertidumbre social y económica. Pero la pandemia también aceleró y motivó algunos cambios de prácticas que venían insinuándose en los últimos años y dieron el salto definitivo: la incorporación de la telesalud como una herramienta imprescindible, la digitalización de las historias clínicas y la utilización de apps como una herramienta posible para fortalecer el tratamiento con pacientes. Los rastreos de las apps en salud apuntan a identificar que muchas de las más populares no cuentan con un equipo clínico que tenga el conocimiento lo que puede generar el aumento del fracaso en los intentos de utilizar estas herramientas como alternativa y que debe regularse para evitar que el uso masivo de algunas apps se deba más a estrategias de marketing que realmente al respaldo científico con el que cuentan. De ahí que ya existan guías para informar a los fabricantes, distribuidores y otras entidades sobre cómo se orienta la regulación de aplicaciones con uso para la salud (Restrepo et al. 2020), estos avances se han logrado mediante la Food and Drugs Administration (FDA, 2013) incorporando condiciones y funcionalidades, pero falta que se incorpore mejores regulaciones.

Una herramienta para prevención: *Apprevenir*

En el marco de las convocatorias de investigación de la Universidad Católica Luis Amigó nació en Ecosistema digital para la prevención de las adicciones: *Apprevenir*, un desarrollo de dos grupos de investigación, por un lado, el de Farmacodependencia y otras adicciones y por el otro, el Grupo Urbanitas de la Facultad de comunicación Social, publicidad y diseño.

Apprevenir ofrece en su sitio web <https://apprevenir.com/> (ver figura 1) la oferta de servicios en el área de la prevención que incluye la caracterización de poblaciones en diferentes adicciones, servicios de intervención breve, campañas de prevención y entrenamiento a personal de la salud y educativo.

Desde el ecosistema se pretende brindar información clara, científica sobre los efectos de las adicciones, además de incorporar noticias y eventos en los cuáles se puede hacer formación en el tema.



Figura 1. Apprevenir (captura de pantalla de la aplicación).

Existen dos grandes segmentos del ecosistema, por un lado, el servicio de **chat** donde cualquier persona puede escribir sus inquietudes referidas al consumo o las afectaciones que pueden estar asociado al mismo, con el objetivo que un experto de manera breve

pueda orientar, realizar una asesoría o sugerir un servicio de instituciones especializadas en el tema y por el otro lado, el ingreso a la **App** abre un abanico de pruebas de tamizaje (Ver figura 2) tanto a sustancias como a comportamientos adictivos y pruebas que ayudan a identificar síntomas de ansiedad y depresión como las dos grandes comorbilidades existentes con las adicciones.

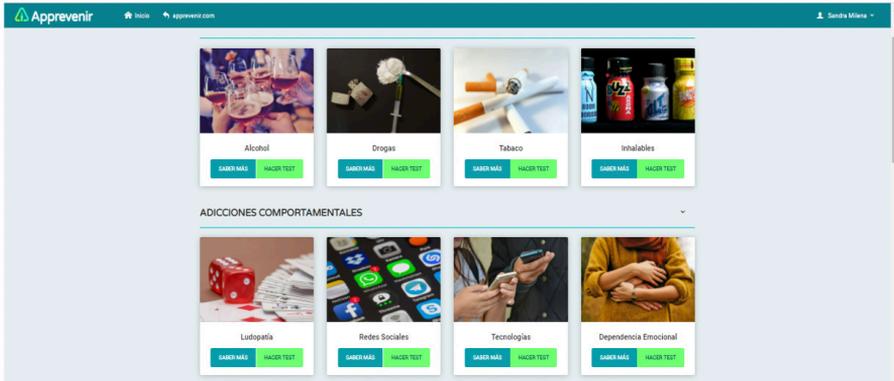


Figura 2. Pruebas de tamizaje (captura de pantalla de la aplicación).

Las pruebas de tamizaje elegidas fueron seleccionadas por ser las recomendadas y validadas por organismos internacionales o por ser los cuestionarios que en el desarrollo investigativo son las que tienen mayor relevancia, contando con el aval de los investigadores para hacer uso de las mismas. Algunas vistas principales de la aplicación (Ver figura 3):

Al finalizar cada prueba de tamizaje la persona obtiene el resultado explicado en nivel de riesgo (leve moderado o severo) (ver figura 4) una explicación no sólo en texto sino en video de lo ello significa, la creación de los videos se hizo bajo el modelo EQUIP (Crano, Alvarado y Sieguel, 2019) que equivale a en un corto tiempo (videos que no superar un minuto) seguir los siguientes pasos:

- Engage: Enganche
- Question: Cuestione
- Undermine: Quebrante

- Inform: Informe
- Persuade: Persuada

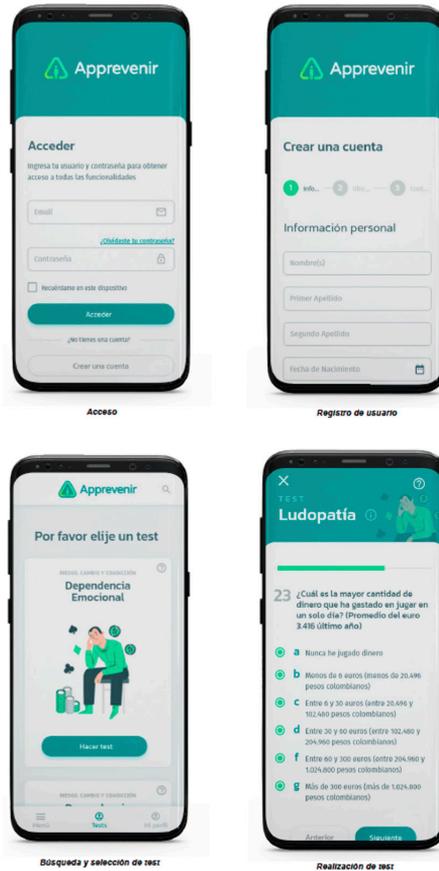


Figura 3. Visualización de la aplicación (capturas de pantalla de la aplicación).

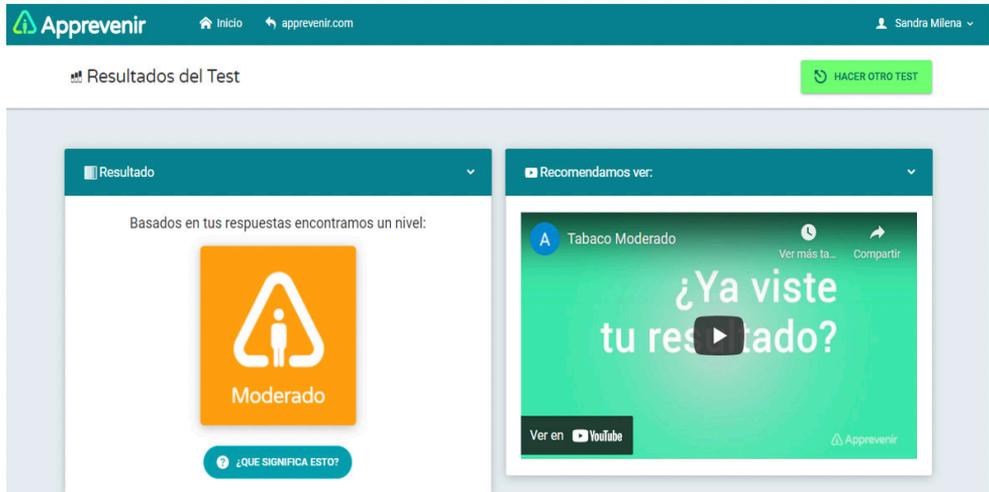


Figura 4. Explicación del resultado (captura de pantalla de la aplicación).

Contar con el respaldo de una universidad ha permitido la inversión y desarrollo que una propuesta como esta implica, ha facilitado los procesos de adecuación y ajustes permanentes que se necesitan para lograr los objetivos que busca de impactar comunidades y de llegar de manera ágil especialmente a los jóvenes, como grupo que presenta las mayores vulnerabilidades frente al consumo y, por ende, de desarrollar una adicción.

Una herramienta para tratamiento: VLOV

A continuación, se hará una descripción de las implicaciones, aprendizajes, retos y logros enfrentados en el desarrollo de una app para el tratamiento de las adicciones, generada desde una institución privada de salud mental, el *Dispositivo Pavlovsky* (DP) en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Actualmente la VLOV App se ofrece en el sitio https://play.google.com/store/apps/details?id=com.VlovApp.app&hl=es_MX&gl=US

El interés por desarrollar una app propia surgió en primera medida por descubrir el uso que hacían, fuera de indicación, los pacientes de distintas apps que medían la sobriedad, el estado de ánimo o con las cuales meditaban. Es decir, los pacientes del programa

terapéutico utilizaban apps que el equipo profesional ni siquiera conocían, lo que se hace necesario resaltar, por la necesidad que los profesionales de la salud aprendan de sus pacientes, de qué variables ya están utilizando a su favor.

Las funciones de la app VLOV y sus características

El desarrollo de esta aplicación comenzó a fines de 2019 y en el equipo participaron un médico psiquiatra (autor del contenido), dos programadores (Syloper) y un diseñador gráfico (Innovato). Aquí surgió **una de las primeras dificultades** y que siempre ha persistido, aunque en menor medida. El lenguaje clínico, propio de la psicopatología, es lejano y extraño para los desarrolladores de tecnología. Las necesidades clínicas no encajaban con procesos o algoritmos que nunca se logró que se entendieran completamente.

Las expectativas de aquello que el usuario debería encontrar en la app, encontraban como respuestas en algunos casos que no era posible por limitaciones tecnológicas o de tiempo o de inversión. Este es el **segundo punto** que todo clínico debe saber, el desarrollo de estas apps requiere de cifras elevadas de dinero (superiores por ejemplo a los 10.000 dólares estadounidenses en versiones básicas) a la hora de enfrentar la inversión y puede ser un limitante importante si el clínico no cuenta con apoyo financiero de terceros. El **tercer punto** también fue una sorpresa para el coautor del capítulo y causó desazón, **el proceso lleva mucho tiempo**, idas y venidas, pruebas, implica paciencia y los cambios o nuevas funcionalidades de la app se desarrollan en etapas consensuadas con los desarrolladores. Cada etapa puede durar meses enteros y los clínicos, que desean tener una app para “comenzar a usar” deben ejercitar la paciencia, que tanto solicitan a sus consultantes.

Las funcionalidades:

a) La configuración:

Se trata de una app que el usuario debe configurar con sus datos personales, pero también los de su terapeuta (con su previa aprobación) y los datos de al menos una persona cercana que forme parte de su red de contención.

La app solicita números de teléfono del sistema de emergencia local. También solicita que el paciente determine cuál es su droga o conducta problemática y establezca su último periodo de consumo, así como el dinero que gasta a diario en esa conducta (ver figura 5).

PERFIL
Editá tus datos personales,
y la información que te
ayudará en tu
recuperación.

2020-07-26T00:00:00

fpavlovsky@gmail.com

Federico

Pavlovsky

orisullivan@yahoo.com

1535145678

47728771

43105050

Alcohol

Figura 5. Configuración (captura de pantalla de la aplicación).

La app pide al usuario que debe completar una lista de motivos para no consumir (puede poner hasta cinco), y le ofrece la posibilidad de seleccionar una imagen (foto) que simbolice su deseo de recuperación, así como también grabar un audio para ser escuchado en algún momento sensible o de crisis.

La app invita además a incluir conductas “no compatibles con el acto de consumir” es decir, aquellas cuyo desarrollo activo por parte del usuario lo alejen del consumo.

En la etapa de configuración se le recomienda al usuario que vea un video tutorial y explicativo que puede encontrar en Youtube, para conocer el adecuado funcionamiento de la app, esta ayuda no sustituye el acompañamiento y la supervisión del profesional de salud mental.

El usuario en esta primera etapa debe leer atentamente y aprobar un documento con todos los contenidos legales, lo que implicó un trabajo con un abogado especialista en tecnología.

b) La funcionalidad:

En la pantalla de inicio podemos encontrar distintas funciones:

El botón de emergencia: diseñado para solicitar ayuda médica inmediata en una situación de crisis. Este botón está al comienzo de la app y en forma visible porque algunos pacientes en estado de intoxicación, necesitan un acceso directo al pedido de ayuda médica, no se encuentran en condiciones de ingresar a la app. En la medida que en la configuración se agregó el correo electrónico del terapeuta y del paciente, si este botón es activado, envía un mail al profesional con un texto simple dando aviso que el paciente activo este SOS.

Nuevo registro diario de consumo: una de las funciones centrales de la app es colaborar en que el paciente ejercite su capacidad de automonitoreo, se entrene por fuera de las entrevistas, recopile información sobre su conducta y estado emocional y pueda transmitir todo este desarrollo a su profesional (ver figura 6). La app pretende empoderar al paciente como gestor de su proceso de cambio, incorporarlo al equipo, estimular su autonomía con una conducta activa y no solo como un paciente que recibe indicaciones, que eventualmente cumple.

Registro diario de consumo

Elige una opción

¿Aplicaste protocolo de crisis?

Si No

GUARDAR

Figura 6. Registro de Consumo (captura de pantalla de la aplicación).

En el **registro diario de consumo**, aparece una pantalla en donde se puede seleccionar la conducta problema de ese día, pero también se puede consignar si el paciente se encuentra con síntomas de resaca o presenta síntomas de abstinencia. A continuación, se le pregunta al paciente si aplicó una serie de medidas (denominado Protocolo de Crisis) frente a esta situación y finalmente se guarda la información del día.

El registro de sobriedad: la app permite al paciente monitorear sus horas, días o semanas sin consumir sustancias. Lejos de ser un registro burocrático, representa una función con un alto nivel motivacional, en la medida que quien está intentando detener una conducta compulsiva, encuentra en las primeras horas o días un alivio y la ilusión de un cambio que podrá sostenerse (Ver figura 7). En la relación terapéutica existente entre un terapeuta y un paciente, en ocasiones el paciente vuelve a consumir y se desarrolla un sentimiento de intensa tristeza, vergüenza incluso culpa, frente a los seres queridos y a veces también frente al terapeuta, a quien se tiene la impresión de “haber fallado”. Esto genera que en ocasiones un episodio de recaída pueda no ser comunicado al equipo profesional, lo que produce riesgos médicos y psicológicos.



Figura 7. Registro de sobriedad (captura de pantalla de la aplicación).

El usuario de la app cuenta con un “**botón de reinicio**” (ver figura 8), para emplear en caso de consumo, donde el contador vuelve a cero. Esto ha resultado una variable que funciona claramente como una herramienta de prevención de recaídas, en la medida que algunos

usuarios con deseos de consumo, no lo hicieron para evitar el reiniciado del contador. El usuario además conoce un hecho no menor y es que cada vez que se reinicia el contador, **la app envía un mail a su terapeuta, quien lo contactará seguidamente.**

Reinicio de contador ➤

Recibidos

 Dispositivo... 11:33 a. m. ↵
para mí ~

Aviso de reinicio de contador

Figura 8. Reinicio de contador (captura de pantalla de la aplicación).

Para algunos pacientes, reiniciar el contador de sobriedad, ha sido una manera menos traumática de comunicar a su terapeuta que se había producido un hecho de consumo.

El contador de sobriedad permite además registrar el dinero que habitualmente se gasta en consumo, y por ende cuánto dinero lleva ahorrado por ese periodo actual de sobriedad, lo que termina siendo también una fuente de motivación para algunos pacientes, con poco registro del dinero que perdían mes a mes en su conducta compulsiva.

El registro del estado de ánimo y de circunstancias asociadas: la app motiva a completar el estado de ánimo diario a través de una serie de emojis: *excelente, muy bien, bien, regular, aburrido, mal, no sé cómo me siento, en riesgo de recaer* (Ver figura 9). Cada emoji permite agregar una breve descripción del contexto en donde se produce ese estado de ánimo particular. Este apartado, si es completado adecuadamente, permite encontrar en forma retrospectiva el “*Calendario*” de la app (ver figura 10), con todos los emojis de los meses previos con su descripción. Al mismo tiempo permite en el apartado de “estadísticas”, desarrollar una curva del estado de ánimo, de importante valor visual, donde se puede visualizar patrones de síntomas depresivos, eufóricos, pico/valle (típicos del consumo activo) o patrones de estabilidad anímica (características de un periodo solido de abstinencia). El usuario puede tocar cada punto de la curva y encuentra allí desplegado el estado de ánimo que había consignado oportunamente y la descripción realizada. Las curvas son tanto más útiles cuanto mayor sea el registro del paciente en el llenado de sus datos.



Figura 9. Registro de estado de ánimo (captura de pantalla de la aplicación).



Figura 10. Calendario (captura de pantalla de la aplicación).

Tracks de meditación (ver figura 11): en la medida que la app tiene relación con un programa terapéutico que utiliza el mindfulness como una herramienta de prevención de recaídas, incluye una serie de audios guiados por profesionales de la salud mental y se agrupan en tres conjuntos: para lidiar con el craving, para conciliar el sueño y para enfrentar la desregulación emocional. Los usuarios pueden marcar aquellos que ya han escuchado y seleccionar una lista de favoritos, al mismo tiempo la lista de tracks puede ser renovada y ampliada en forma dinámica.

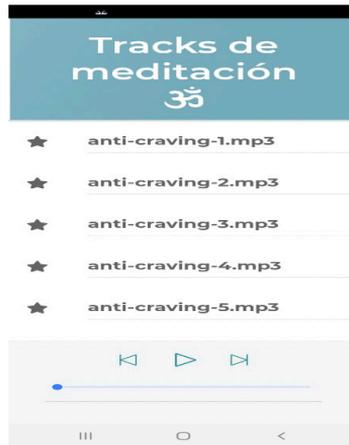


Figura 11. Tracks de meditación (captura de pantalla de la aplicación).

En la pantalla de inicio se cuenta además con un **BOTÓN DE PERFIL DEL USUARIO**, donde el paciente puede editar y actualizar la fecha del último consumo, sus motivos para no consumir, los audios, fotos, etc. También se encuentra un **Botón para salir de la aplicación** y cerrarla si así lo desea (la app para favorecer su uso por defecto permanece abierta).

Botón de NECESITO AYUDA (ver figura 12): luego de la utilización de estas funcionalidades, el usuario puede ser utilizando la app ejecutando este botón. Llegará a un panel con una serie de opciones, gracias a la información que ya fue consignada en la configuración inicial:

- 1) Llamar a alguien cercano

- 2) Llamar a mi terapeuta: aquí es importante que ambas partes estén de acuerdo en la franja de horario que el terapeuta está disponible profesionalmente.
- 3) Llamar al sistema de emergencias médicas: la misma función que se puede encontrar en la pantalla de inicio

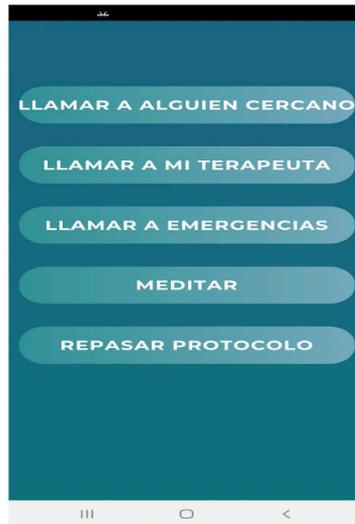


Figura 12. Botón necesito ayuda (captura de pantalla de la aplicación).

- 4) Acceso a los tracks de meditación
- 5) Repasar el protocolo de crisis: se trata de un conjunto de herramientas útiles para enfrentar el deseo de consumo y evitar o disminuir la posibilidad de un nuevo episodio de consumo. Las mismas se explican en el video tutorial que se recomienda a los usuarios, y son las siguientes: lectura de las razones para no consumir, así como visualización de la imagen y audios seleccionados, utilizar los tracks de meditación, llevar a cabo conductas no compatibles con el consumo y realizar la llamada de protocolo (una llamada de rutina para estar en contacto con el equipo profesional). En la pantalla el usuario encuentra desplegadas y visibles aquellas razones, motivos, etc. que seleccionó como razones válidas para detener su conducta de consumo.

Estadística personal (ver figura 13): un botón de la página de inicio permite al paciente condensar y producir un **documento PDF con toda la información recopilada por la app** (consumos, dinero ahorrado, llamadas de emergencia realizadas, reinicios del contador, utilización del protocolo de crisis, curva del estado de ánimo y descripciones asociadas) **y exportar el documento a los profesionales del equipo así como también a sí mismo**, lo que constituye un valioso documento que refleja el grado de compromiso del paciente, su participación, su evolución, permite visualizar desencadenantes de recaída y establecer una agenda de trabajo colaborativa y estratégica con el profesional.

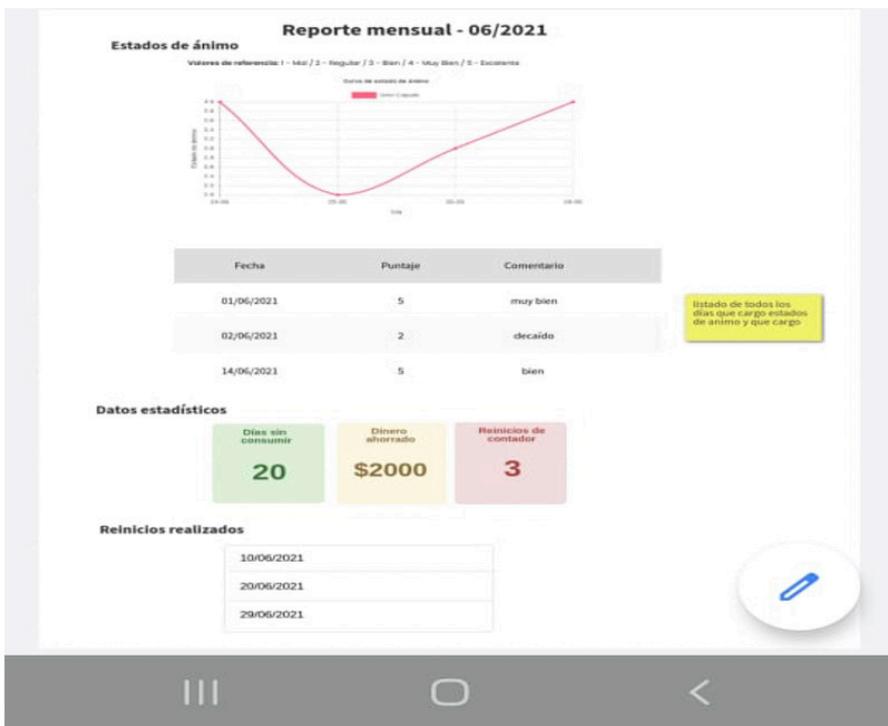


Figura 13. Estadística personal (captura de pantalla de la aplicación).

Conclusiones

Como se ha descrito a lo largo de este capítulo, es evidente que, en el campo de las adicciones, tanto para prevención como para tratamiento, hay lugar al uso de las tecnologías e incorporar estrategias que ayudan y dan mayor visibilidad a los logros y objetivos que se trazan con el uso de las herramientas.

Implementar este tipo de ayudas tanto para la prevención como para el tratamiento requieren de amplios esfuerzos no sólo a nivel económico sino de un talento humano que acompañe, cree de la mano de expertos en lenguaje de programación procesos que sirven para hacer seguimiento y facilitar la obtención de medidas objetivas en procesos de promoción de la salud y la rehabilitación.

Si bien estas ayudas tecnológicas potencian y fortalecen el trabajo terapéutico del paciente con un profesional de la salud mental, o en el caso de la prevención acerca a los expertos a las comunidades que requieren de orientaciones especializadas en un lenguaje cotidiano, **en ningún momento reemplazan la labor de los expertos en ninguno de los escenarios (prevención y tratamiento)**. El vínculo terapéutico y la relación colaborativa resulta irremplazable, pero la misma se puede ver optimizada por estrategias que impliquen herramientas digitales.

Para el caso de **VLOv** los pacientes con TUS con frecuencia tienen dificultades cognitivas asociadas al consumo y mucho material del día a día se pierde o queda subregistrado, por lo que el uso diario de la app puede aumentar las chances de una recuperación sostenida. Lejos de avalar el estereotipo que “los adictos mienten” se considera que **el autorreporte es una herramienta valiosa y honesta respecto a las circunstancias personales**. La app además pretende estimular un **rol activo en el tratamiento**, siendo el paciente una fuente de información útil y estratégica. **El paciente recibe alertas diarias** para el llenado de la información, para estimular su uso.

Uno de los problemas frecuentes de las apps de salud es que en su desarrollo no suelen intervenir especialistas de la ciencia de la salud. El otro es que muchas apps son descargadas y luego caen en desuso a las pocas semanas, ya que completar datos que nadie analiza y sobre los cuales no existe feedback alguno, es una tarea en términos conductuales, destinada a la extinción. Al tratarse de una app guiada por el trabajo terapéutico, se considera que la usabilidad de la misma puede ser mayor. En este sentido, la posibilidad de **exportar un PDF con todo el material consignado por el usuario los últimos 30 días** brinda una posibilidad clínica e incluso aporta material a la historia clínica

del paciente. Aquellos clínicos que asisten a diario a pacientes con consumo problemático de sustancias, saben del arduo trabajo cotidiano que llevan a cabo los pacientes en su intento de sobrellevar su adicción y lograr la sobriedad, por lo cual las herramientas tecnológicas pueden ser un elemento de compañía, monitoreo y de resorte terapéutico, en la medida que existe una dirección estratégica indicada por especialistas.

Por último, con este capítulo los autores queremos extender la invitación a otros profesionales del área y especialmente en nuestro contexto latinoamericano a ampliar las líneas de investigación en e-salud, a incorporar en las prácticas cotidianas las herramientas que el mundo tecnológico ofrece y que terminan siendo apoyo para los retos que se nos presentan como profesionales de la salud mental.

Referencias

- Crano, D.W., Alvaro, E.M. y Siegel, J.T. (2019). Creating Persuasive Substance Use Prevention Communications: The EQUIP Model. Sloboda, Z., Petras, H., Robertson, E. y Hingson, R. (Eds.). (2019). *Introduction to substance use prevention*, New York, NY: Springer.
- https://www.researchgate.net/publication/327120452_Creating_Persuasive_Substance_Use_Prevention_Communications_The_EQUIP_Model#:~:text=Chapter%20to%20appear,York%2C%20NY%3A%20Springer
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), e20. <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>
- Food and Drugs Administration. La FDA Expide Guía Final Sobre las Aplicaciones Médicas Móviles. (2013) Recuperada de: <https://www.fda.gov/media/80958/download>
- Hesse, B.W., O'Connell, M., Augustson, E.M., Chou, W-Y.S., Shaikh, A.R. y Rutten, L.J. (2011). Realizing the Promise of Web 2.0: Engaging Community Intelligence. *Journal of Health Communication*, 16(sup1), 10-31. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.589882>
- López, GG., Ruiz, J. A., Blanco, S., Capón García, J. L., Campillo, F. F., Franco Álvarez, G...Tricas García, F. (Ed.). (2005). *El ecosistema digital: Modelos de comunicación, nuevos medios y público en Internet*. Valencia: Servei de Publicacions de la Universitat de València. <http://libros.metabiblioteca.org/handle/001/224>
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós. http://www.serchile.cl/sitio/images/stories/la_entrevista.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Ley 1566 de 2012. Por medio de la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas. Bogotá, D.C., Colombia. <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052013-Cartilla.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Drográ y el Delito (UNODC). (2020). https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06_26_Informe_Mundial_Drogas_2020.html
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Resolución WHA58.28. 58ª Asamblea Mundial de la Salud* [Resoluciones y Decisiones y Anexo]. Palais des Nations, Ginebra: OMS.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23104/WHA58_28-sp.pdf;jsessionid=B65D9BD0B39E267361D64FD6EABD914A?sequence=1

Pavlovsky, F. (2019). *Tratamiento Ambulatorio Intensivo*. Editorial Noveduc: Buenos Aires.

Pavlovsky, F. (actualización 2021). VlovApp Dispositivo Pavlovsky (2.0.1) [Aplicación móvil]. Google Play. https://play.google.com/store/apps/details?id=com.VlovApp.app&hl=es_MX&gl=US

Restrepo-Escobar, SM., Sepúlveda-Cardona, EA. (2017). Apprevenir [Aplicación móvil]. <https://apprevenir.com/> Copyright Universidad Católica Luis Amigó. Todos los derechos reservados.

Restrepo, S., Rincón, D. y Sepulveda, E. (2020). Cognitive Training for the Treatment of Addictions Mediated by Information and Communication Technologies (ICT). *Future Internet*, 12(2), 38. DOI: 10.3390/fi12020038

Román-Viñas, R. (2010). Factores de éxito en la implementación de las tecnologías de la información y la comunicación en los sistemas de salud. El factor humano. *Medicina Clínica*, 134, 39-44. DOI:10.1016/S0025-7753(10)70008-7

Sepúlveda-Cardona, E.A. y Restrepo-Escobar, S.M. (2018). e-Salud y el estado de las Apps para adicciones: un análisis articulado de los cibermedios para ecosistemas digitales pensados a la Atención Primaria en Salud. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 185-194. DOI: <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.366>

Scoppetta, O. y Castaño, G. (2017). El enfoque de salud pública en la política de drogas en Colombia. *Health and Addictions*, 18(1), 81-88. DOI: <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i1.349>

Tirado, O.A.F., Calderón, V.A., Restrepo, E.S.M., Vásquez, G.V. y Orozco, G.V. (2019). Estigma social de profesionales de la salud hacia personas que usan drogas. *Psicología em Pesquisa*, 13(1), 22-32. <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200300478>

Ángel Prieto-Fidalgo y Laura Anillo de Miguel

Introducción

En la práctica totalidad de profesiones la tecnología ha posibilitado la automatización de muchos procesos. Quizá pensemos que la rama que nos ocupa, la salud mental, no sea susceptible de automatizarse. Aunque esto pudiera ser cierto en gran parte de nuestra labor principal; no lo es en otra multitud de tareas que restan tiempo de atención directa con los pacientes. Por ejemplo, ciertos psicólogos/as ocupan parte de su tiempo atendiendo las llamadas telefónicas, corrigiendo tests, enviando contenidos psicoeducativos o enviando recordatorios de citas próximas. La gestión de citas, la facturación, contabilidad o marketing también suelen ser tareas que restan tiempo de atención a nuestros pacientes.

Los sistemas de gestión, también llamados ERP por sus siglas en inglés (*Enterprise Resource Planification*), son sistemas informáticos que integran toda la información de una empresa y automatizan ciertos procesos con el objetivo de lograr una mayor eficiencia (Oltra-Badenes et al. 2018). Debido a que los sistemas que se proveen en salud mental suelen disponer de unas características bien diferenciadas de los sistemas de gestión o ERP clásicos empleados en otros sectores, también han sido apodados plataformas de gestión. Cierto es que tampoco existe un consenso sobre el nombre. Quizá el calificativo *Gestión* no engloba la diversidad de sistemas existentes, especialmente porque algunos de ellos proveen de herramientas de apoyo en la evaluación, intervención y seguimiento.

Así, las plataformas de gestión dirigidas al ámbito de la salud mental, en adelante simplemente Plataformas, son sistemas de gestión que generalmente integran una gran diversidad de funcionalidades ideadas para los y las profesionales de la salud mental cuyos objetivos se centran en dotar de una herramienta integral que facilite los procesos de una consulta o centro sanitario. A continuación, se citan varios objetivos concretos: a) facilitar la gestión de los datos e historiales de los y las pacientes; b) gestionar la facturación y contabilidad; c) elaboración y almacenamiento de informes; d) gestionar las citas y calendario; e) facilitar un sistema de videoconferencia; f) enviar recordatorios

automáticos de las citas a los pacientes; g) gestionar contenidos psicoeducativos y el acceso a estos por parte de los y las pacientes.

Cada Plataforma tiene su funcionamiento y, por lo tanto, varían en las funcionalidades y herramientas que proveen. Algunas plataformas también permiten el acceso de los y las pacientes a ciertas funcionalidades como responder tests que el/la profesional ha asignado, poder acceder a la videoconferencia, acceder a contenido psicoeducativo o audios de relajación, cambiar las citas, pagar las citas, responder a registros, entre otros (ver figura 1).

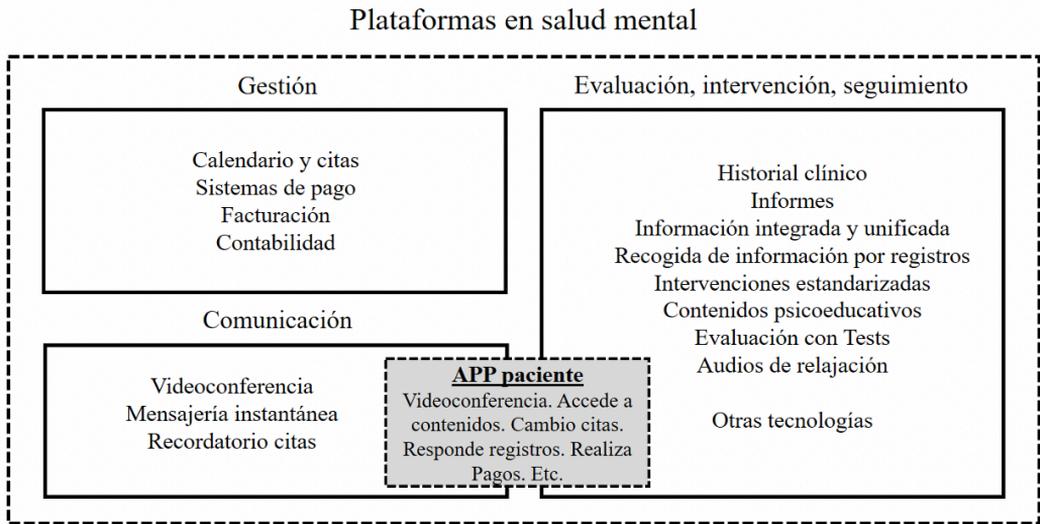


Figura 1. Funcionalidades de una Plataforma de Gestión.

Tecnologías Asociadas a las Plataformas

Aunque existen Plataformas que han de instalarse en un ordenador y solamente se puede acceder a través de éste, lo más común es que éstas estén en la nube y accedamos a través de nuestro navegador web. Por lo tanto, disponen de la ventaja de poder acceder a todas sus funciones desde cualquier ordenador. Esto supone también la necesidad de tomar ciertas medidas extra de seguridad y privacidad de los datos que serán comentadas a lo largo del capítulo.

Como se ha adelantado, algunas plataformas también ofrecen la posibilidad de que los/las pacientes puedan acceder a algunas funciones dirigidas a ellos/as. La tecnología empleada suele ser tanto web (acceso mediante un navegador web) como mediante APPs para móviles. Esta última tecnología permite una gran accesibilidad y comodidad para muchos/as pacientes. Además, tal y como se comentará a lo largo del capítulo, aumenta potencialmente las posibilidades en el desarrollo de funcionalidades que puedan mejorar la intervención, adherencia o evaluación.

Algunos productos con tecnologías especiales como *biofeedback*, realidad aumentada o realidad virtual incluyen también algunos sistemas de gestión sencillos para facilitar a los/las profesionales el seguimiento y orden de la información. Este tipo de sistemas de gestión suelen variar en mayor medida respecto al tipo de tecnologías que emplean. Existen programas basados principalmente en APPs para móviles (eSense) y de escritorio (BioTrace+).

■ ¿Por qué utilizar una Plataforma?

Entre los y las profesionales que hacen uso de las TIC, éstos en su mayoría emplean un gran número de aplicaciones para las diferentes necesidades de una psicoterapia. El email para mandar contenidos psicoeducativos, WhatsApp para agendar citas o consultas rápidas, Paypal o TPV para pagos, Zoom o Skype como sistema de videoconferencia (cabe matizar, poco recomendados), programas específicos para contabilidad y facturación, podrían ser algunos ejemplos. Probablemente la principal ventaja sea que todo ello lo podríamos hacer a través de una única Plataforma, con todas las ventajas que tiene disponer de la información integrada.

Ciertamente, las ventajas que una Plataforma puede ofrecer varía entre profesionales. Así, aquel/aquella profesional que emite un gran número de facturas o por la legislación territorial esté obligado/a a informar de cada cobro recibido (por ejemplo, sistema SAT en México; TicketBai en el País Vasco, España), este tipo de sistemas le supondría un gran ahorro en tiempo. Otro ejemplo, aquellos/as profesionales podrían reducir el tiempo de corrección de tests cuando la plataforma que usen lo haga automáticamente.

En resumen, a continuación, enumeramos algunas ventajas que en su mayoría serán ampliadas a lo largo del capítulo:

- Acceso rápido y ordenado a la información de los y las pacientes. Posibilidad de estadísticas a distintos niveles.
- Acceso multipunto, es decir, poder acceder a la toda la información desde distintos puntos. Por ejemplo, estando de vacaciones o desde casa.
- Rapidez a la hora de gestionar la facturación y la contabilidad.
- Ahorro de tiempo en la corrección de tests, generación de informes, envío de contenidos, entre otros.
- Reducción del olvido de asistencia a citas gracias a los recordatorios de citas a los/las pacientes.
- Seguridad y privacidad adaptada al caso especial de la psicoterapia.
- Otras ventajas asociadas al uso de sistemas dirigidos a los/las pacientes: ahorro de papel al compartir contenidos, evaluaciones más ecológicas y momentáneas (véase el apartado de evaluación), posible aumento de la adherencia (véase el apartado aumento de adherencia terapéutica), entre otros.

Herramientas de gestión y comunicación

Las herramientas de gestión pueden ser tan variadas como las diferentes necesidades pueda tener un/a determinado/a profesional o centro. Así, puede incluir desde herramientas para la facturación, contabilidad, gestión de citas y gestión de pagos, entre otros, hasta sistemas más específicos para centros grandes como puede ser un sistema de nóminas.

Debido al uso extendido de la telepsicología y telepsiquiatría cada vez más Plataformas incluyen también otras herramientas dirigidas a la comunicación. Por ello, es común que se incluya la videoconferencia como proceso para la realización de la psicoterapia. Aunque los diferentes estudios indiquen que la psicoterapia realizada por videoconferencia es igual de efectiva (Batastini et al. 2021; Fernandez et al. 2021; Lamb et al. 2019), tal y como se desarrolla en el capítulo sobre videoconferencia, la metodología para llevar a cabo correctamente una terapia por videoconferencia es distinta a la presencial. Por ello, se recomienda que el/la profesional se forme específicamente para el uso de la videoconferencia en contexto de psicoterapia.

Es común que también se use la mensajería instantánea como medio de comunicación alternativo y puntual. Algunos ejemplos de usos comunes podrían ser establecer citas, responder dudas rápidas o atender a ciertas urgencias. Ciertas Plataformas disponen de este servicio, de esta forma podemos evitar dar a los/las pacientes nuestros teléfonos privados que son necesarios para algunas aplicaciones como WhatsApp.

Herramientas de evaluación y seguimiento

Cada vez son más las Plataformas que facilitan herramientas más allá que la gestión del historial clínico, citas y contabilidad/facturación, y ofrecen valiosas herramientas enfocadas a la evaluación, intervención y seguimiento. Por ejemplo, en investigación la recogida de información a través de soportes digitales ha incrementado notablemente gracias a los servicios de plataformas especializadas como Qualtrics, SurveyMonkey o MTurk (Cheung et al. 2017). Los soportes digitales facilitan la corrección automática de los tests y facilitan al paciente a la hora de responder a diarios o registros sobre sus comportamientos, pensamientos o emociones. Y, aunque aún sea una realidad lejana, el uso de plataformas que combinan APPs móviles dirigidas a los pacientes podrían recoger información automática consensuada con el paciente acerca de una casi infinita variedad de cuestiones: cuánto camina, veces que coge el móvil, pulsaciones, entre otros. Esta recogida automática sin intervención del paciente es lo que se ha venido a llamar, entre otros términos, evaluación implícita.

Evaluación psicométrica y neuropsicológica estándar

Gran parte de los instrumentos psicométricos que se emplean para la evaluación psicológica fueron diseñados y validados para ser respondidos en lápiz y papel con supervisión de los/las profesionales. Sin embargo, es muy común que el/la psicoterapeuta pida a los/las pacientes que respondan a éstos desde casa o a través de medios digitales como son las Plataformas. Este cambio de contexto de evaluación ha sugerido a muchos/as un posible deterioro de la validez de los resultados de estas pruebas (Buchanan, 2002), especialmente las pruebas de carácter neuropsicológico (Backx et al. 2021). En lo que se refiere a las pruebas psicométricas estándar, cada vez existe más evidencia de que la aplicación autoadministrada sin supervisión a través de herramientas digitales dispone de validez similar (Joubert y Kriek, 2009). De hecho, cada vez son más las pruebas cuyas

propiedades psicométricas son analizadas en estudios con metodologías en las que los participantes responden online y sin supervisión (Díaz-García et al. 2020; Wardenaar et al. 2018; Zlomke, 2009).

Aunque gran parte de las adaptaciones actualmente ya se hagan en formato online hay que apelar al principio de cautela cuando se emplea una escala o cuestionario a través de Plataformas. Desde luego las ventajas de que el/la paciente pueda responder a los tests a través de una herramienta digital (sea desde casa o en la propia consulta) son varias: a) reduce el error humano a la hora de calcular las puntuaciones; b) ahorramos tiempo ya que las puntuaciones se calculan automáticamente; c) los gráficos y evolutivos pueden ser de gran ayuda en la interpretación de los tests; d) facilita sacar conclusiones acerca del seguimiento y evolución de los y las pacientes.

Evaluación Ecológica Momentánea (EMA)

La Evaluación Ecológica Momentánea, o EMA por sus siglas en inglés (*Ecological Momentary Assessment*), consiste en la recogida de información en repetidas ocasiones en tiempo real y en un contexto cotidiano (Bell et al. 2017; May et al. 2018). La EMA se basa en tres fundamentos. Primero, la recogida de información es momentánea o, dicho de otro modo, se da en el momento del suceso (conducta, pensamiento, emoción) a evaluar. De esta forma se reduce el sesgo de recuerdo, esto es, se recoge la percepción del paciente en el momento de ocurrencia y no momentos después. Segundo, la evaluación es ecológica y, por lo tanto, ocurre en una situación natural o cotidiana. Tercero, la evaluación es repetida, es decir, la misma información es recogida en momentos y días distintos.

Esta metodología va en la línea de otras técnicas ampliamente empleadas históricamente en salud mental: los registros. Albert Ellis instauró el modelo ABC (*Adversity, Believe, Consequence*) para evaluar el tipo de creencias que ocurren ante un evento (Muran, 1991). La técnica consiste en que el/la paciente debe completar los registros en las situaciones que sean objeto de interés, una situación fóbica, por ejemplo. La información recogida informa sobre el tipo de creencias que ocurren en el momento de interés y facilita la comprensión del problema tanto por parte de los y las profesionales como por parte de los y las pacientes. Aunque los registros tipo ABC sean los más comunes, se pueden emplear tantos registros como cuestiones interesen evaluar.

La tecnología actual permite que el/la paciente pueda completar estos registros empleando una APP móvil, evitando llevar consigo lápiz y papel (Porrás-Segovia et al.

2020). Esta tecnología permitiría también grabar la voz o sacar imágenes. El uso de tecnología que facilite contestar al paciente con las preguntas formuladas es altamente relevante principalmente por dos motivos. El primero, podría promover que el/la paciente responda un mayor número de veces gracias a estos facilitadores. El segundo, al disponer de acceso para responder de inmediato, es más probable que las respuestas que del paciente sean momentáneas y ecológicas, es decir, se den cercanas al suceso del evento. Quizá el principal inconveniente del uso de lápiz y papel sea este último punto, con la forma clásica existe el riesgo de que el/la paciente no responda hasta que disponga de acceso a los medios; si la respuesta está alejada a la situación a evaluar no tendrá la misma validez. De hecho, la tecnología también nos permite controlar la hora y el día en el que responde el paciente —incluso otros datos como la localización—. De esta forma, el/la profesional notaría si el/la paciente ha dado varias respuestas seguidas de sucesos ocurridos en momentos distintos.

Evaluación sin la participación directa del paciente

El monitoreo, evaluación implícita, evaluación pasiva, evaluación discreta o evaluación a través de sensores son algunos de los términos que se han empleado para describir la evaluación que se lleva a cabo sin la participación directa de los y las pacientes (Cornet y Holden, 2018; Harari et al. 2017; Servia-Rodríguez et al. 2017). Aunque esta tecnología quizá no está aún lo suficientemente desarrollada como para usarse fuera del ámbito de la investigación (Seppälä et al. 2019), muy probablemente sea una realidad cada vez más frecuente en los próximos años.

Como hemos comentado, muchas Plataformas incluyen APPs móviles dirigidas a los y las pacientes que pueden entre otros emplearse para evaluar por ejemplo a través de diarios. Teniendo en cuenta que los móviles disponen de muchos sensores distintos y pueden conectarse con otros dispositivos llamados *Wearables* como por ejemplo *SmartWatches*, pulseras o diademas, una APP móvil podría recoger información como los recorridos realizados, los pasos, las pulsaciones, temperatura corporal, ondas cerebrales o registros poligráficos. Pero también los datos propios del móvil como mensajes, llamadas, búsquedas por internet, uso de redes sociales, entre otros. Estos datos, una vez procesados, podrían arrojar información valiosa sobre el grado de ansiedad, estado de ánimo, registros conductuales, entre otros. Por ejemplo, Canzian y Musolesi ya en 2015 consiguieron predecir el nivel de depresión registrando los patrones de movilidad a través del GPS. Otro estudio predijo el nivel de bienestar a través de los patrones de movilidad

(GPS), el nivel de ruido registrado por el micrófono, el número de llamadas y mensajes recibidos (sociabilidad) así como el uso del teléfono móvil (Servia-Rodríguez et al. 2017). Uno de los inconvenientes y pegos de los que disponen este tipo de sistemas es que, dada la gran cantidad de datos recogidos y la mediación de algoritmos concretos de Inteligencia Artificial, estas evaluaciones se convierten en una “caja negra” donde no es fácil conocer el proceso o cómputo interno del resultado de la evaluación. Por ejemplo, podremos conocer el nivel de riesgo de suicidio (Porrás-Segovia et al. 2020), pero difícilmente conoceremos el motivo por el que el programa ha arrojado ese resultado.

Además de que estos sistemas suelen ser como una “caja negra”, entrañan otras dudas de corte ético: ¿Es lícito usar tantos datos? ¿Debemos fiarnos de los resultados? Salvo los casos donde se recogen datos muy puntuales y concretos, los autores de este capítulo creemos que aún es muy pronto para emplear este tipo de tecnologías, el ámbito científico como legal aún deben trabajar en ello. No obstante, en caso de uso bajo nuestro criterio, creemos que el/la paciente siempre debe conocer qué tipo de datos se están recogiendo, qué tipo de proceso se da a los datos, dónde se almacenan y si se identifica o no a los/las pacientes.

Herramientas de Intervención

Además de la videoconferencia, que puede ser empleada como una herramienta de intervención cuando la presencialidad es menos viable, las Plataformas pueden ofrecer ciertas funciones que puedan directa o indirectamente emplearse con fines terapéuticos. Aunque los autores no tenemos conocimiento de que ninguna Plataforma de habla hispana disponga de esta posibilidad, las Plataformas podrían conectarse a sistemas que empleen distintas tecnologías: *SmartWatch*, *biofeedback*, realidad virtual o realidad aumentada y realizar el seguimiento e intervención a través de éstas. Otras Plataformas podrían ofrecer acceso a los pacientes a contenidos psicoeducativos, a intervenciones estandarizadas o hacer uso de sistemas inteligentes que permitan dar consejos o pautas en los momentos que el/la paciente lo necesite. A continuación, se van a discutir estos últimos casos que son los más comunes y específicos al tema que nos ocupa.

a. Psicoeducación y gestión de contenidos

En el proceso terapéutico es común que el/la profesional emplee diferentes contenidos como apoyo al proceso terapéutico. En ocasiones estos contenidos tienen como objeto la psicoeducación a través de guías (Godoy et al. 2020), en otras ocasiones podrían ser útiles

el trabajo con metáforas y cuentos que puedan ayudar a los/las pacientes a dar significado a sus vivencias (Lujan et al. 2016), audios de relajación o contenido audiovisual.

En este sentido, la Gestión de Contenidos hace referencia a la posibilidad de gestionar diferentes contenidos a través de la plataforma (audios, videos, capítulos de libros, guías, materiales, etc.) y poder compartirlos fácilmente con los/las pacientes para que los/las mismos/as puedan acceder a los contenidos fuera de consulta. En definitiva, es una herramienta que nos ayudaría a tener nuestros materiales organizados, nos ahorraría tiempo a la hora de compartirlo con los/las pacientes e incluso podríamos disponer de estadísticas acerca del visionado o consulta de estos materiales por parte de los/las pacientes.

b. Intervenciones estandarizadas

El número de intervenciones autoaplicadas ha incrementado en la medida que han aumentado las posibilidades que ofrecen las tecnologías. Hoy en día existen un gran número de aplicaciones con objetivos terapéuticos concretos como “reducir la ansiedad” o “curar la depresión”. La falta de evidencia y contraste científico/teórico, así como su gran proliferación, hacen de estos recursos un riesgo potencial para los consumidores (Sucala et al. 2017). No obstante, a día de hoy existen intervenciones autoaplicadas y estandarizadas que han demostrado eficacia en la reducción de diferentes patologías. De hecho, son varios los programas online desarrollados en español que han demostrado eficacia para el miedo a hablar en público (Botella et al. 2010), depresión (Montero-Marín et al. 2016) o promoción del bienestar (Baños et al. 2017).

Este tipo de intervenciones estandarizadas son cada vez más empleadas como intervenciones para pacientes leves o en lista de espera. Cada vez son más las Plataformas que proveen o comercializan intervenciones estandarizadas autoaplicadas exclusivamente. Es decir, en nuestro conocimiento estas plataformas suelen ofrecer únicamente este servicio y no el resto de funcionalidades que se han ido comentando como son la gestión de citas o facturación, entre otros. En definitiva, una plataforma podría incluir este tipo de intervenciones estandarizadas para trabajar aspectos generales o concretos de una patología. Esto es, el/la profesional podría utilizar como apoyo estas intervenciones para que el/la paciente pudiera trabajar algunas cuestiones clave desde casa.

c. Intervención Ecológica Momentánea (EMI)

Los principios de la evaluación ecológica momentánea se pueden también transferir a la intervención. De esta forma, estaríamos hablando de Intervención Ecológica Momentánea

o EMI, del inglés *ecological momentary intervention* (Bell et al. 2017). La idea tras las EMI es que la intervención pueda hacerse presente en los momentos precisos que el/la paciente tiene mayores dificultades. Así, entre otros, sería proporcionar a los/las pacientes recursos extra que estén accesibles en dichos momentos, de forma ecológica —en la situación problemática real o natural— y momentánea — en el preciso momento—. Este tipo de intervenciones se han hecho desde siempre, por ejemplo, facilitando al paciente ciertas pautas en papel sobre qué hacer ante una crisis de ansiedad. El rol de las nuevas tecnologías ha traído nuevas posibilidades a la hora de hacer realidad esta modalidad.

La EMI se ha aplicado en muchas formas y tecnologías distintas. Desde el uso de SMS para el envío de tareas o retos concretos (LaFreniere y Newman, 2016, 2019) o acceso a contenidos psicoeducativos (Kazemi et al. 2019; Newman et al. 2014), hasta acceso a estrategias de afrontamiento (Blevins et al. 2020; van Aubel et al. 2020), entre otros. También se han empleado audios (Versluis et al. 2018; Wahle et al. 2016) o videos (Pramana et al. 2018; Silk et al. 2020), entre otros, para facilitar la puesta en marcha de técnicas de relajación. La combinación con las EMA o el monitoreo, por ejemplo recogiendo datos sobre la tasa cardiaca o actividad electrodermal, también ha facilitado la detección de estados emocionales concretos y, con ello, el envío de recomendaciones concretas para una situación específica como puede ser en estados depresivos (Wahle et al. 2016), en la reducción del consumo de alcohol (Leonard et al. 2017) o en la regulación del sueño (Pulantara et al. 2018). Estos datos también se emplearon para proveer de atención psicológica mediante llamada a aquellos pacientes cuyos datos mostraron cierto riesgo o empeoramiento (Wahle et al. 2016; Wang et al. 2017).

■ ¿El uso de plataformas mejoran la adherencia terapéutica?

Hablar sobre mejora de adherencia terapéutica supone disponer de datos concretos de plataformas específicas que estén enfocadas a este objetivo. Dada la diversidad de plataformas no podemos lanzar generalizaciones. Pero sí podemos ofrecer datos sobre herramientas que, de ser incluidas por las Plataformas, podrían mejorar la adherencia.

Los recordatorios de citas podrían reducir el olvido en la asistencia a las sesiones por parte de los/las pacientes. Así lo han demostrado varios estudios mediante recordatorio telefónico (Pekarik, 1985) o por SMS (Duarte, 2018); aunque no todos los estudios encuentran este efecto (Clough y Casey, 2014). De la misma forma, los recordatorios también se podrían emplear para recordar el uso medicamentos o realización de tareas (Clough y Casey, 2018; Duarte, 2018).

Las aplicaciones móviles tendrían el potencial de aumentar la adherencia terapéutica en el seguimiento de determinadas tareas (Rootes-Murdy et al. 2018). La combinación de recordatorios, el atractivo de las aplicaciones, así como la ludificación o gamificación de las aplicaciones incentivaría el uso de éstas, así como el seguimiento de tareas (Brown et al. 2016; Fleming et al. 2017). Por ejemplo, incentivar sacarse una foto a la báscula o al cuerpo podría ayudar a la motivación de los/las pacientes para seguir las pautas para adelgazar. Las estadísticas, dar puntos por determinadas tareas o un *feedback* de lo realizado puede también potenciar la adherencia terapéutica (Fleming et al. 2017; Rootes-Murdy et al. 2018).

Consideraciones éticas asociadas al uso de plataformas

El código ético del psicólogo publicado por la Sociedad Mexicana de Psicología que nace con el objetivo de garantizar la protección de los/las usuarios/as de servicios psicológicos, establece en su cuarto artículo del capítulo I que todo psicólogo/a debe basarse en el principio de Cuidado Responsable, entre lo que incluye conocer las técnicas y herramientas que emplea, así como una formación continua. A su vez, el artículo 118 del capítulo IV insta al psicólogo/a a obtener el consentimiento informado de los/las pacientes tras proporcionar información sobre el procedimiento terapéutico.

El/la psicólogo/a debe, por lo tanto, velar por el cuidado de los/las pacientes a la hora de seleccionar y usar una determinada plataforma. Es su obligación conocer el funcionamiento, los riesgos asociados al uso de una plataforma y formarse en el uso de éstas. El/la profesional debe hacer especial énfasis en conocer la gestión que la plataforma hace en materia de protección de datos y seguridad. A su vez, está obligado/a a informar del uso de la plataforma y de los riesgos del paciente. Es relevante transmitir a los/las pacientes qué datos se van almacenar en la plataforma y cuál es la gestión en materia de protección de datos.

Creemos que este capítulo es un buen espacio para lanzar una reflexión acerca de la materia de gestión de datos personales mediante plataformas. ¿Es realmente necesario que en las Plataformas se disponga de datos identificativos del paciente? Sin descartar que en ocasiones esto pueda ser necesario, creemos que tecnológicamente es posible que en las plataformas se puedan identificar a los/las pacientes con pseudónimos y, de esta forma, únicamente sean los propios psicólogos/as los que dispongan de la información identificativa. De esta forma, la información clínica, almacenada en la Plataforma, estaría separada de la información identificativa, que sería responsabilidad del profesional. Así,

si el/la profesional sufriese el robo de su contraseña o correo electrónico, la persona que acceda al panel de control únicamente dispondría información clínica sin conocer a quien corresponde dicha información.

Presentación de PsicoReg

a. Historia

PsicoReg nace con la idea de crear una plataforma virtual que permita aunar las diferentes herramientas de gestión, interacción e intervención para proporcionar a los y las profesionales de la Salud Mental y a sus pacientes una potente ayuda para el desarrollo de su labor. Se trató, por un lado, de facilitar a los/las profesionales la gestión de sus pacientes y procesos administrativos y, por otro, mejorar la comunicación e interacción entre el/la psicólogo/a y el/la paciente de cara a una mejor adhesión al tratamiento y una mejor intervención.

Con las indicaciones derivadas de la investigación en EMA (Ecological Momentary Assessment) y EMI (Ecological Momentary Intervention), el desarrollo se centró sobre todo en habilitar las diferentes funcionalidades que permitirían hacer una recogida de información en tiempo real y también el acceso a una aplicación que permitiera facilitar algunos aspectos de la intervención ecológica y momentánea.

Siguiendo esta idea, lo primero fue crear la posibilidad de recoger información a través registros conductuales, empleados principalmente como parte de la intervención cognitivo-conductual. Siguiendo la tendencia de varios estudios (Bennett et al. 2020; Hawker et al. 2021; Porras-Segovia et al. 2020), se pensó que el teléfono móvil podría ser un medio muy accesible y poco invasivo. Así, teniendo como base las directrices de la evaluación ecológica momentánea, se buscaba favorecer la respuesta inmediata de los pacientes para ganar en la calidad de las respuestas y también fomentar una mayor cumplimentación de dichos registros.

Por otro, a la hora de permitir una intervención ecológica momentánea, al inicio se diseñó una forma para que el/la paciente pudiera disponer de las herramientas trabajadas en consulta de forma autónoma. Con este fin se diseñaron los apartados de pautas, tareas, documentación y audios, con los que se habilita que el/la paciente pueda acceder a esas cuestiones trabajadas en la sesión en cualquier momento y especialmente en momentos de necesidad. De esta manera, el/la paciente puede dar continuidad al proceso de

aprendizaje fuera de la sesión clínica y también contar con un apoyo en momentos sensibles sin la necesidad de recurrir al/a la profesional. Sin embargo, considerando que pueden surgir cuestiones que requieren un apoyo directo o que no hayan sido trabajadas previamente, se habilitaron también las funciones opcionales de comunicación como la mensajería instantánea.

A la hora de ayudar a mejorar la adhesión al tratamiento, tal y como se apunta en los apartados previos de este capítulo, diversos estudios muestran que los recordatorios podrían funcionar con este fin. Por este motivo, se dotó a *PsicoReg* de un sistema de recordatorios para las citas y las tareas que el/la profesional propone a su paciente. De esta manera, se pretende promover que el/la paciente haga sus tareas para mejorar el proceso de aprendizaje y recuerde sus citas a fin de que acuda a ellas. Pero también supone un beneficio para el/la profesional, ya que a menudo los recordatorios permiten que si la persona no puede acudir avise de tal circunstancia.

PsicoReg es una plataforma de comunicación bidireccional. Por un lado, el/la profesional puede informar y guiar a los/las pacientes. Por otro lado, los/las pacientes pueden comunicarse con el/la profesional directamente o interactuar con las herramientas disponibles para la evaluación e intervención. La importancia de esta bidireccionalidad estuvo clara desde el principio ya que el proceso terapéutico es fruto del trabajo conjunto entre profesional y paciente. De esta forma, en las tareas se puede indicar que han sido completadas, los registros aparecen al momento de cumplimentarlos, los test se grafican y los mensajes se notifican. El hecho de que el/la profesional tenga acceso inmediato a esa información permite también hacer un feedback instantáneo (en caso de ser posible y/o necesario) o ir planificando la siguiente sesión con información a tiempo real. Este hecho supone una mejora en la intervención ya que se puede ir previendo las cuestiones que serán importantes trabajar.

En el caso de *PsicoReg* no se hizo una apuesta por las intervenciones estandarizadas, por considerar más indicado dar peso a la labor del/de la profesional a la hora de planificar la intervención individualizada para cada caso y no estar pensado para intervenciones masivas o grandes complejos sanitarios si no para profesionales autónomos o centros. Así, *PsicoReg* no nace con el objetivo de sustituir al profesional, sino de proveer a éstos de herramientas que puedan emplear de forma complementaria. Esto es, para mejorar algunos de los procesos en la recogida de la información, intervención, gestión y comunicación.

En la relación psicólogo/a-paciente la confidencialidad es fundamental. Esta fue una cuestión especialmente relevante en el proceso de la creación de *PsicoReg*. Por un lado,

la preservación de la identidad del paciente y de sus datos, y por otro, establecer una comunicación fluida que respetase los tiempos de descanso del/de la profesional. La primera parte se resolvió no permitiendo que PsicoReg almacene datos personales de los pacientes y gestionando la información mediante alias y, opcionalmente, número de expediente. En la parte web que maneja el profesional no se puede visualizar ninguna información que permita relacionar a la persona con la información recogida relativa a ella. Además, la sesión se cierra cuando esta no está operativa. Por otro lado, el hecho de que la comunicación psicólogo/a-paciente se haga a través de la plataforma conlleva que el/la paciente no tiene por qué disponer del número de teléfono del profesional.

b. Funcionalidades

PsicoReg dispone de diferentes funcionalidades, algunas de las cuales hemos ido presentando más arriba, pero describiremos de formas más detallada a continuación. Podemos dividir las de forma general en funciones de gestión (más enfocadas a los/las profesionales), de comunicación (interacción directa entre profesional y paciente) y funciones de intervención y evaluación (enfocadas a la interacción profesional-paciente) aunque después con todas se trabajan de forma interrelacionada.

Entre las funciones de gestión encontramos un listado de pacientes que puede consultarse y desde el que se pueden hacer filtrados por los parámetros que recoge la base de datos. Igualmente, podemos acceder a la información de cada uno de los pacientes para consultar el historial conformado mediante las anotaciones (que dan la opción de compartirlas con el paciente en caso de considerar oportuno que pueda verla), la medicación (que está tomando o ha tomado) y toda la información intercambiada con el paciente mediante las funcionalidades de evaluación e intervención. Así mismo, se lleva un control de todas las actividades realizadas por los pacientes en el apartado de acciones que nos informa de las actividades llevadas a cabo por los/las pacientes. También se pueden gestionar las citas y las sesiones que han sido abonadas para poder llevar un control. Recientemente se está llevando a cabo la ampliación de esta sección con la posibilidad de facturación y contabilidad.

Entre las funciones de intervención, la plataforma dispone de tareas, pautas, registros, contenido y escalas, que son las relacionadas con los aspectos más puramente clínicos del día a día de la consulta. También el servicio de mensajería y la videoconferencia integrada que permite gestionar desde la plataforma sesiones virtuales con los pacientes, estén o no dados de alta. En la figura 2 se resumen todas las funcionalidades de forma más visual. A continuación, se detallan aspectos relevantes de algunas de ellas.



Figura 2. Representación de las Funcionalidades de la Plataforma PsicoReg.

Calendario. Permite ver la totalidad de citas previstas a vista de semana. Desde este apartado se puede editar o eliminar la cita y también marcarla como abonada.

Gestión de citas. *PsicoReg* permite gestionar las citas al profesional, los pacientes podrán ver cuándo tienen las citas y recibirán un aviso en su móvil a modo de recordatorio si disponen de la APP.

Gestión de anotaciones. Las anotaciones permiten recoger cualquier información que consideremos de interés sobre un paciente concreto. Las anotaciones suelen emplearse como gestión del historial. Cada anotación permite también adjuntar un archivo, ideal para adjuntar algún informe interprofesional proporcionado por el paciente o alguna evaluación a lápiz y papel (dibujo, por ejemplo).

Gestión de informes. *PsicoReg* dispone de la opción de generar informes con toda la información almacenada en la plataforma. Esta opción está principalmente pensada para poder exportar cómodamente toda la información relativa a un paciente. Pero también nos permite elaborar, de forma sencilla, un informe en el que aparezca sólo aquella información, de la que está disponible en la plataforma, que nos parezca relevante. De esta forma, podemos adecuar el informe a la demanda de cada momento. Esto se hace seleccionando los campos que queremos que aparezcan y ordenándolos como nos resulte más útil. La generación de informes respeta igualmente la confidencialidad de los datos ya que los campos de información personal se añaden en el momento de la generación del mismo y no se almacenan en la plataforma.

Contenidos. Permite a los profesionales compartir con los pacientes contenido psicoeducativo o materiales de interés (Word, PDF, Excel, entre otros) que consideren útiles para la intervención. *PsicoReg* dispone de algunos breves contenidos de libre acceso. También permite compartir enlaces (por ejemplo, de videos o audios) o textos escritos por el profesional.

Escalas. La plataforma dispone de una batería de escalas libres validadas que el profesional podrá asignar a sus pacientes para que lo cumplimenten desde el acceso web de la plataforma. Cuando éstos respondan el profesional obtendrá los resultados en un gráfico y podrá también consultar respuestas concretas. Los test se cumplimentan desde la web para facilitar que el paciente pueda estar en un momento más relajado y cómodo en esta tarea. Sin embargo, es posible acceder a la plataforma web desde un dispositivo móvil.

Registros. El paciente podrá responder a una gran variedad de registros que el profesional le envíe. *PsicoReg* dispone de los registros más utilizados separados por apartados que pretenden facilitar su organización y con la posibilidad de que la/el profesional los califique de “favoritos” para tener mejor accesibilidad a los registros más utilizados por ella/él. Como los registros en ocasiones requieren ser muy concretos para el tipo de conducta que se está queriendo medir, es posible añadir registros que el profesional necesite mediante una solicitud al equipo administrativo. El paciente podrá responder tanto por APP como por la web y por defecto, una vez enviados, no son editables con el objetivo de que se registren lo más fielmente posible la situación que se vive en el momento. Pero, existe la opción de habilitar los registros para que sean modificables una vez enviados por el/la paciente si así se requiere.

Pautas. El paciente podrá leer pautas previamente escritas por el/la profesional con las cuestiones trabajadas en las sesiones que le servirán para afrontar diferentes situaciones en el momento que le sean necesarios.

Medicación. Permite llevar un registro de las medicaciones que el paciente toma o ha tomado como parte de su tratamiento o por alguna otra patología para poder tenerlo en cuenta en la intervención.

Mensajería instantánea. El servicio de mensajería integrado permite que el profesional y el paciente se comuniquen a través de la plataforma sin necesidad de compartir email o teléfono personal. Ambos reciben una notificación y las conversaciones quedan visibles en el historial de mensajes para posibles futuras consultas. El/la paciente puede utilizar tanto desde la APP como desde la versión web.

Tareas. En este apartado el/la profesional podrá crear tareas que asignará a los/las pacientes para que éstos/as las realicen. Los/las pacientes podrán marcarlas como completadas después de realizarlas y comentar sus impresiones acerca de las mismas. Éste también recibirá un aviso a través de APP si la fecha final de la tarea se aproxima y aún no la ha realizado.

Videoconferencia. Sistema de videoconferencia que permite realizar psicoterapia online. Se trata de un sistema seguro con comunicación encriptada y anónimo. Se puede programar desde el apartado general y crear una sala para una video llamada en concreto pero cada paciente dispone de una sala personal al que tendrá un enlace de acceso y en la que se programarán todas sus sesiones. Ese enlace se puede enviar para que el paciente acceda pinchando en él o también puede acceder desde su perfil en la versión web. El sistema también permite crear enlaces puntuales para pacientes no dados de alta, para comunicarse con los familiares o intervenciones grupales.

Acciones. Es un listado de todas las acciones llevadas a cabo por la totalidad de pacientes que el profesional puede consultar para poder llevar un control total de todas las acciones realizadas por el paciente: lectura de un contenido, contestar un test, terminar una tarea, responder a un registro, entre otros.

Audios. *PsicoReg* dispone de unos audios con las técnicas de relación más comúnmente utilizadas para que el paciente pueda escucharlas a través de la aplicación móvil y utilizarlas como parte del entrenamiento o como guía cuando necesite aplicarlas en un momento de ansiedad.

Apoyo al profesional. A fin de facilitar el mejor aprovechamiento de todas las funcionalidades, *PsicoReg* pone a disposición de los profesionales de la plataforma un equipo de psicólogos especialistas en nuevas tecnologías. La sección de ayuda dispone de video tutoriales de todas las herramientas. También ofrece ayuda por video llamada para, mediante una demo, explicar en directo el funcionamiento de la plataforma, así como resolver las dudas que puedan surgir en el uso. Recientemente se ha habilitado un blog en el que se publican novedades e indicaciones respecto a las funcionalidades de la plataforma, además de información relacionada con las nuevas tecnologías y la salud. En cualquier momento es posible mediante WhatsApp o email consultar todas las dudas al equipo de *PsicoReg* así como realizar sugerencias.

c. Aplicación Móvil: Por Qué, Para Qué

El hecho de que *PsicoReg* llevase asociada una aplicación móvil fue un aspecto fundamental en el desarrollo de la misma. La razón principal fue que, tras analizar la documentación e investigación más reciente en intervención terapéutica, se vio claro que un sistema de recordatorios era parte relevante de la plataforma ya que podía mejorar la adhesión al tratamiento. La forma más efectiva de habilitar esta función era mediante una APP. Además, a la hora de manejar *PsicoReg* desde un dispositivo móvil la usabilidad que permite una APP es mucho mejor que acceder a la plataforma online, aunque ésta está adecuada para su visionado desde los mismos. A todo esto, habría que añadir toda la metodología de evaluación e intervención ecológica momentánea que previamente se ha comentado. Esto es, la posibilidad de que el paciente pueda acceder de forma inmediata a una multitud de funcionalidades a través de la aplicación móvil.

d. Seguridad y Privacidad de los Datos

Ya se han adelantado algunos aspectos que *PsicoReg* hace sobre la gestión de privacidad de los datos. *PsicoReg* probablemente sea de las únicas plataformas que no requieren de introducir los datos identificativos de los pacientes. Así, la identificación se hace únicamente con el uso de un alias. Aunque inicialmente esto supone ciertos límites: no poder enviar emails a los pacientes mediante *PsicoReg* o disponer un listado de datos diferenciado para las facturas; la no asociación de datos identificativos respecto a los datos clínicos hace que sea probablemente la mejor medida de seguridad. Además, *PsicoReg* incluye otras medidas de seguridad de cara a preservar los datos como el cierre automático de la sesión, transmisión encriptada de los datos, entre otros.

La videoconferencia es probablemente uno de los servicios que usualmente tiende a ser más vulnerable, pues es el momento donde se trasmite información más sensible. Una de las ventajas de usar una plataforma adecuada a la atención psicológica es precisamente que todas las medidas de seguridad están adaptadas a este uso. Por ejemplo, en *PsicoReg* la sala de videoconferencia con el paciente únicamente permite la activación de una sala de dos personas: el profesional y el paciente. De esta forma, no es posible, ni accediendo desde la cuenta del paciente, que un tercero pueda acceder a la videoconferencia. Esto se evita forzando el límite de la sala a dos huéspedes y forzando la utilizados del protocolo P2P. Este protocolo garantiza que la transmisión de los datos no pasará por ningún tercer servidor. Esto es, se dará directamente entre el paciente y el profesional. Cuando la videoconferencia es grupal estas medidas de seguridad no están activas, tecnológicamente no sería posible. Sin embargo, se activan otras medidas de seguridad

como que el profesional tiene que aceptar cada una de las peticiones para entrar a la videoconferencia.

■ Caso Práctico Mediante *PsicoReg*

Con el fin de ilustrar el uso de una plataforma integral en el día a día de la consulta en el ejercicio de la Psicología, en este apartado comentaremos un caso clínico utilizando la plataforma *PsicoReg* como ejemplo. Hemos omitido el uso de las funcionalidades dirigidas a la gestión. Así, nos hemos centrado únicamente en las funcionalidades relacionadas con la intervención y evaluación.

Sesión 1: Anamnesis

El paciente H.E. acude a consulta para solicitar ayuda al presentar una serie de síntomas físicos, cognitivos y emocionales que tras anamnesis podemos encuadrar dentro de sintomatología ansiosa. A fin de conocer mejor el alcance de la sintomatología, así como la interferencia de ésta en el día a día se le solicita cumplimentar desde *PsicoReg* las siguientes escalas: BAI, ACQ-R, OASIS y DASS-21. El BAI (*Beck Anxiety Inventory*) se emplea para evaluar el nivel de ansiedad del paciente; el ACQ-R (*Anxiety Control Questionnaire*) para evaluar el control percibido sobre la ansiedad; el OASIS (*Overall Anxiety Severity and Impairment Scale*) para conocer la gravedad e interferencia de la ansiedad en el día a día; y, por último, el DASS-21 para evaluar también el nivel de depresión y estrés del paciente. Al paciente se le proporciona las claves de acceso a la plataforma *PsicoReg* y se le provee de instrucciones para contestar a los tests desde casa.

Sesión 2: Psicoeducación y devolución

Tras analizar los resultados de los test se manifiesta un nivel alto de ansiedad y estrés, pero un nivel normativo de depresión (DASS-21). El BAI arroja un nivel alto de ansiedad que combina con un nivel de interferencia moderado (OASIS) y un bajo control de la ansiedad (ACQ-R). Tras comentar los resultados con H.E., se realiza una sesión de psicoeducación en la que se tratan temas como los siguientes: qué es la ansiedad, qué es el estrés, la influencia del pensamiento en la ansiedad y el estrés, “sistema de alarma”, entre otros. Con el objetivo de que el paciente interiorice la información proporcionada sobre el funcionamiento de la ansiedad y el estrés, se le asignan los contenidos de disposición libre presentes en *PsicoReg*: ¿Qué es la ansiedad? (C-6), ¿Qué es el estrés? (C-5), *causas de las sensaciones de ansiedad* (C-7) y *el círculo vicioso del pánico y la ansiedad* (C-8). Además,

incluimos como tarea la lectura de los contenidos comentados. Unido con la información proporcionada acerca del funcionamiento de los pensamientos y distorsiones cognitivas, se les instruye en el uso del registro tipo ABC en su versión simple disponible en *PsicoReg* (ver figura 3), de esta forma le pedimos que refleje durante una semana los momentos en los que la sintomatología se acentúa mediante este registro.

← Crear

Situación

No he terminado el informe

Pensamiento

Seguro que mi jefe me despide. No voy a poder mantener a mis hijos

Grado de creencia

Consecuencia

Dificultad para dormir. Mi mujer se preocupa

Malestar

REGISTROS TAREAS PAUTAS

Figura 3. Visualización del Registro Tipo ABC desde la Aplicación Móvil.

Sesión 3: Psicoeducación

Se comprueba que H.E ha marcado todas las tareas como realizadas y se lee el feedback de éstas. Se responden dudas sobre los contenidos. A su vez, se comprueba que según el registro de *PsicoReg* los contenidos efectivamente han sido leídos por el paciente. Se consultan las respuestas del registro ABC que el paciente ha dado a través de la aplicación móvil de *PsicoReg*. En el siguiente recuadro (tabla 1) se recogen cuatro de las respuestas dadas por el paciente. A su vez, se vuelve a pedir a H.E que durante una semana vuelva a contestar al registro ABC.

Tabla 1. Respuestas de ejemplo dadas por el paciente mediante el registro tipo ABC.

Día y hora	Situación	Pensamiento	GC	Consecuencia	M
23 junio 12:34	Mi jefe me pide que redacte un informe sobre [se omite] para la tarde	Seguro que no termino el informe. Si no lo termino quizá me pueda despedir	8	Me bloqueo. Me pongo muy ansioso. No tengo hambre	7
23 junio 21:34	No he terminado el informe. Me he ido a casa sin enviarlo.	Seguro que mi jefe me despide. No voy a poder mantener a mis hijos	9	Dificultad para dormir. Mi mujer se preocupa.	8
24 junio 9:02	Entro al trabajo, creo que me voy a cruzar con mi jefe.	Mi jefe va a venir donde mí, me va a echar. No sé qué voy a hacer. Me imagino lo peor	9	Nivel muy alto de ansiedad	9
24 junio 12:01	Estaba tranquilo tras hablar con mi jefe, no le importó que entregara tarde. No ha pasado nada relevante	Me encuentro mal. Me va a estallar el corazón.	8	Veo borroso, me siento mareado, dolor en el pecho.	8

Nota. GC= grado de creencia del pensamiento; M= malestar.

Sesión 4: Instrucción en el manejo de técnicas de relajación (sesión doble)

Se recogen las respuestas dadas por el paciente al registro tipo ABC. Se discuten y comentan junto al paciente las distintas situaciones. Junto con el paciente trabajamos las técnicas de relajación básicas y le indicamos que trabaje con los audios de relajación como tarea para la próxima sesión.

Sesión 5: Emociones

Se revisa que las tareas hayan sido marcadas como realizadas y se pregunta al paciente sobre cómo le han ido las tareas. Hablamos de emociones utilizando el listado del contenido C-4 y de la importancia de la regulación de las mismas dentro del proceso terapéutico.

Le asignamos un contenido propio (subido por nuestro centro) sobre el funcionamiento de las emociones. A su vez, le incluimos como tarea la lectura de dicho contenido. Le pedimos al paciente que durante la semana responda al registro ABC + RC, que dispone de dos columnas informativas extra que permiten trabajar la reestructuración cognitiva (ver figura 4). Le pedimos que solo cumplimente la parte de ABC, pues las otras columnas las compartiremos en sesión.

The image shows two screenshots of a mobile application interface for creating an ABC+RC record. Both screens have a back arrow and the word "Crear" (Create) at the top.

Left Screenshot:

- 1. Situación:** A text box containing "Estoy en el metro y me siento agobiado".
- 2. Pensamiento:** A text box containing "Me voy a desmayar. La gente me va a ver cómo me desmayo".
- 3. Grado de creencia:** A horizontal slider with a yellow dot positioned approximately 25% from the left.
- 4. Consecuencia:** A text box containing "Me pongo nervioso. Me preguntan si estoy bien. Me entra dolor en el pecho".

Right Screenshot:

- 5. Malestar:** A horizontal slider with a yellow dot positioned approximately 75% from the left.
- 6. Pensamiento alternativo:** A text box containing "Lo que siento se debe a la ansiedad. En un rato pasará".
- 7. Grado de creencia:** A horizontal slider with a yellow dot positioned approximately 75% from the left.
- 8. Consecuencia:** A text box containing "Me relajé un poco. Me siento más cómodo".
- 9. Malestar:** A horizontal slider with a yellow dot positioned approximately 25% from the left.

At the bottom of each screen, there are three tabs: "REGISTROS" (highlighted in orange), "TAREAS", and "PAUTAS".

Figura 4. Visualización del Registro Tipo ABC + RC desde la Aplicación Móvil.

Sesión 6: Reestructuración cognitiva.

Junto H.E leemos los registros cumplimentados con éste. Le recordamos la influencia de los pensamientos y le pedimos que trate de formular pensamientos alternativos más realistas. Para ello, le permitimos usar la APP de *PsicoReg* mediante su teléfono móvil y añadir un pensamiento alternativo a los registros cumplimentados durante la semana. Así, H.E cumplimenta las columnas "Pensamiento alternativo". Después, hablamos de las

distorsiones del pensamiento y reflexionamos sobre el peso que estas tienen a la hora de interpretar el día a día. Pedimos al paciente que identifique el tipo de distorsiones del pensamiento que ha usado la última semana. Para profundizar estos aspectos, se le asigna el contenido *distorsiones del pensamiento* (C-1) y se le asigna como tarea la lectura de este contenido. Se le pide al paciente que cumplimente el registro ABC + RC durante la semana, le pedimos que también complete las columnas relativas al pensamiento alternativo. El objetivo es que el paciente comience a generar pensamientos alternativos en las situaciones ansiógenas.

Sesiones 7-12

Se emplean diferentes técnicas de corte holístico. Por ejemplo, se introduce la práctica del mindfulness y se pide al paciente que emplee los audios de PsicoReg. Se sigue empleando el registro ABC+RC para que el paciente en el momento del registro pueda producir pensamientos alternativos. La plataforma PsicoReg se continuó empleando para el uso de recordatorio de citas automático, para que el paciente pudiera consultar los contenidos, pudiera escuchar los audios de relajación, así como registrar el historial y compartir contenidos.

Sesión 13: Evaluación de la intervención

Reevaluamos con los test BAI, ACQ-R, OASIS y DASS-21, en este caso el paciente responde a los cuestionarios en consulta. Una vez terminado, disponemos de los resultados de forma automática. Se comprueba una reducción notable de la ansiedad que pasa de alto a moderado (BAI), ansiedad baja según el DASS-21, estrés moderado según el DASS-21. Se reduce notablemente la interferencia de la ansiedad en su día a día (OASIS) y se aumenta el control percibido de la ansiedad notablemente (ACQ-R). Aunque no se finaliza el proceso terapéutico, se informa al paciente que se disminuirá la frecuencia de las sesiones.

Conclusiones

Lo que podemos concluir con la información tratada hasta ahora, es que las nuevas tecnologías son una oportunidad para mejorar el proceso de atención en salud mental. Quizá las plataformas de gestión sean un ejemplo de la integración de distintas tecnologías. Éstas permiten automatizar ciertos procesos, así como añadir nuevas posibilidades. Por lo tanto, lo más responsable desde nuestro ámbito es conocer y participar en la creación de estas herramientas para garantizar el buen uso y adaptación de las mismas. Los y las

profesionales, desde la ética y conocimiento de nuestra profesión, debemos ser parte de la evolución y del progreso tecnológico de nuestro ámbito. El uso de las plataformas especializadas en salud mental, frente al uso de otro tipo de plataformas generales, aumenta la oferta de estas. Y por ello, la competitividad y especialización de este tipo de tecnologías

Las Plataformas bien utilizada pueden ser un buen aliado para la evaluación y la intervención en el ámbito de la Salud Mental. Su buen uso podría mejorar la comunicación entre profesional y paciente ofreciendo herramientas complementarias a la interacción en la sesión. Además, puede permitir el acceso a terapia a personas que de otra forma no podrían acceder a ella o mantener el proceso terapéutico de aquellas personas que, por diversos motivos, no puedan acudir presencialmente a la consulta en momentos puntuales.

Con todo lo expuesto anteriormente, se puede concluir que las plataformas o sistemas de gestión podrían facilitar muchas de las labores del psicólogo/a. El ahorro en tiempo y esfuerzo que obtienen los profesionales mediante la automatización de tareas de gestión y administrativas, les da la oportunidad a éstos de dedicar más recursos a la propia intervención y a la formación necesaria para el desarrollo de la profesión. Los beneficios no se reducen al ahorro del tiempo, sino también en ganar en la calidad de las intervenciones y evaluación.

Referencias

- Backx, R., Skirrow, C., Dente, P., Barnett, J.H. y Cormack, F.K. (2021). Comparing Web-Based and Lab-Based Cognitive Assessment Using the Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery: A Within-Subjects Counterbalanced Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e16792. <https://doi.org/10.2196/16792>
- Baños, R.M., Etchemendy, E., Mira, A., Riva, G., Gaggioli, A. y Botella, C. (2017). Online positive interventions to promote well-being and resilience in the adolescent population: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 8(JAN). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00010>
- Batastini, A.B., Paprzycki, P., Jones, A.C.T. y MacLean, N. (2021). Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clinical Psychology Review*, 83(March 2020), 101944. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101944>
- Bell, I.H., Lim, M.H., Rossell, S.L. y Thomas, N. (2017). Ecological momentary assessment and intervention in the treatment of psychotic disorders: A systematic review. *Psychiatric Services*, 68(11), 1172–1181. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600523>
- Bennett, C.B., Ruggero, C.J., Sever, A.C. y Yanouri, L. (2020). eHealth to redress psychotherapy access barriers both new and old: A review of reviews and meta-analyses. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 188–207. <https://doi.org/10.1037/int0000217>
- Blevins, C.E., Marsh, E.L., Stein, M.D., Schatten, H.T. y Abrantes, A.M. (2020). Project CHOICE: Choosing healthy options in coping with emotions, an EMA/EMI plus in-person intervention for alcohol use. *Substance Abuse*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1806182>
- Botella, C., Gallego, M.J., García-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R.M., Quero, S. y Alcañiz, M. (2010). An internet-based self-help treatment for fear of public speaking: A controlled trial. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(4), 407–421. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0224>
- Brown, M., O'Neill, N., van Woerden, H., Eslambolchilar, P., Jones, M. y John, A. (2016). Gamification and Adherence to Web-Based Mental Health Interventions: A Systematic Review. *JMIR Mental Health*, 3(3), e39. <https://doi.org/10.2196/mental.5710>

- Buchanan, T. (2002). Online assessment: Desirable or dangerous? *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(2), 148–154. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.2.148>
- Canzian, L. y Musolesi, M. (2015). Trajectories of depression: unobtrusive monitoring of depressive states by means of smartphone mobility traces analysis. *Proceedings of the 2015 ACM International Joint Conference on Pervasive and Ubiquitous Computing - UbiComp '15*, 77(6), 1293–1304. <https://doi.org/10.1145/2750858.2805845>
- Cheung, J.H., Burns, D.K., Sinclair, R. R. y Sliter, M. (2017). Amazon Mechanical Turk in Organizational Psychology: An Evaluation and Practical Recommendations. *Journal of Business and Psychology*, 32(4), 347–361. <https://doi.org/10.1007/s10869-016-9458-5>
- Clough, B. A. y Casey, L. M. (2014). Using SMS Reminders in Psychology Clinics: A Cautionary Tale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(3), 257–268. <https://doi.org/10.1017/S1352465813001173>
- Clough, B.A. y Casey, L.M. (2018). Will Patients Accept Daily SMS as a Communication to Support Adherence to Mental Health Treatment? *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 8(3), 24–35. <https://doi.org/10.4018/IJCBPL.2018070103>
- Cornet, V.P. y Holden, R.J. (2018). Systematic review of smartphone-based passive sensing for health and wellbeing. *Journal of Biomedical Informatics*, 77(October 2017), 120–132. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2017.12.008>
- Díaz-García, A., González-Robles, A., Mor, S., Mira, A., Quero, S., García-Palacios, A., Baños, R. M. y Botella, C. (2020). Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): psychometric properties of the online Spanish version in a clinical sample with emotional disorders. *BMC Psychiatry*, 20(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2472-1>
- Duarte, A.C. (2018). The Use of Text Messaging to Improve Adherence and Functioning in Psychiatric Patients. *ProQuest Dissertations and Theses*, 141. http://ezproxy.umgc.edu/login?url=https://www.proquest.com/dissertations-theses/use-text-messaging-improve-adherence-functioning/docview/2056830920/se-2?accountid=14580%0Ahttp://sfx.umd.edu/uc?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertat

- Fernandez, E., Woldgabreal, Y., Day, A., Pham, T., Gleich, B. y Aboujaoude, E. (2021). Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, cpp.2594. <https://doi.org/10.1002/cpp.2594>
- Fleming, T. M., Bavin, L., Stasiak, K., Hermansson-Webb, E., Merry, S.N., Cheek, C., Lucassen, M., Lau, H.M., Pollmuller, B. y Hetrick, S. (2017). Serious Games and Gamification for Mental Health: Current Status and Promising Directions. *Frontiers in Psychiatry*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00215>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Harari, G.M., Müller, S.R., Aung, M.S. y Rentfrow, P.J. (2017). Smartphone sensing methods for studying behavior in everyday life. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 18, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.07.018>
- Hawker, C.O., Merkouris, S.S., Youssef, G. J. y Dowling, N.A. (2021). A Smartphone-delivered ecological momentary intervention for problem gambling (GamblingLess: Curb Your Urge): Single-Arm acceptability and feasibility trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(3), 1–18. <https://doi.org/10.2196/25786>
- Joubert, T. y Kriek, H.J. (2009). Psychometric comparison of paper-and-pencil and online personality assessments in a selection setting. *SA Journal of Industrial Psychology*, 35(1), 78–88. <https://doi.org/10.4102/sajip.v35i1.727>
- Kazemi, D.M., Borsari, B., Levine, M.J., Shehab, M., Nelson, M., Dooley, B., Stinson, B., Fang, F. y Li, S. (2019). Real-time demonstration of a mHealth app designed to reduce college students hazardous drinking. *Psychological Services*, 16(2), 255–259. <https://doi.org/10.1037/ser0000310>
- LaFreniere, L.S. y Newman, M.G. (2016). A brief ecological momentary intervention for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial of the worry outcome journal. *Depression and Anxiety*, 33(9), 829–839. <https://doi.org/10.1002/da.22507>
- LaFreniere, L.S. y Newman, M.G. (2019). The impact of uncontrollability beliefs and thought-related distress on ecological momentary interventions for generalized anxiety disorder: A moderated mediation model. *Journal of Anxiety Disorders*, 66, 102113. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102113>

- Lamb, T., Pachana, N.A. y Dissanayaka, N. (2019). Update of recent literature on remotely delivered psychotherapy interventions for anxiety and depression. *Telemedicine and E-Health*, 25(8), 671–677. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0079>
- Leonard, N.R., Silverman, M., Sherpa, D.P., Naegle, M.A., Kim, H., Coffman, D.L. y Fersdschneider, M. (2017). Mobile health technology using a wearable sensorband for female college students with problem drinking: An Acceptability and Feasibility Study. *JMIR MHealth and UHealth*, 5(7), e90. <https://doi.org/10.2196/mhealth.7399>
- Lujan, G., Velilla, M., Mejía, O., Natalia, L., Orozco, O., Marcela, L., González, P. y Andrea, P. (2016). La metáfora en terapia familiar: autores de referencia, uso y aportes a la práctica terapéutica. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, 0(49), 146–163. <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194247574009.pdf>
- May, M., Junghaenel, D. U., Ono, M., Stone, A.A. y Schneider, S. (2018). Ecological Momentary Assessment Methodology in Chronic Pain Research: A Systematic Review. *Journal of Pain*, 19(7), 699–716. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.01.006>
- Montero-Marín, J., Araya, R., Pérez-Yus, M.C., Mayoral, F., Gili, M., Botella, C., Baños, R., Castro, A., Romero-Sanchiz, P., López-Del-Hoyo, Y., Nogueira-Arjona, R., Vives, M., Riera, A. y García-Campayo, J. (2016). An internet-based intervention for depression in primary care in Spain: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(8), 1–13. <https://doi.org/10.2196/jmir.5695>
- Muran, J. C. (1991). A reformulation of the ABC model in cognitive psychotherapies: Implications for assessment and treatment. *Clinical Psychology Review*, 11(4), 399–418. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90115-B](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90115-B)
- Newman, M. G., Przeworski, A., Consoli, A. J. y Taylor, C. B. (2014). A randomized controlled trial of ecological momentary intervention plus brief group therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(2), 198–206. <https://doi.org/10.1037/a0032519>
- Oltra-Badenes, R., Gil-Gomez, H. y Guerola-Navarro, V. (2018). Metodología para la selección de sistemas ERP para pymes. *3C Empresa. Investigación y Pensamiento Crítico*, 7, 11–33. <https://doi.org/10.17993/3cemp.2018.070436.10-33>
- Pekarik, G. (1985). Coping with dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16(1), 114–123. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.16.1.114>

- Porras-Segovia, A., Molina-Madueño, R.M., Berrouiguet, S., López-Castroman, J., Barrigón, M.L., Pérez-Rodríguez, M.S., Marco, J.H., Díaz-Oliván, I., de León, S., Courtet, P., Artés-Rodríguez, A. y Baca-García, E. (2020). Smartphone-based ecological momentary assessment (EMA) in psychiatric patients and student controls: A real-world feasibility study. *Journal of Affective Disorders*, 274, 733–741. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.067>
- Pramana, G., Parmanto, B., Lomas, J., Lindhiem, O., Kendall, P. C. y Silk, J. (2018). Using Mobile Health Gamification to Facilitate Cognitive Behavioral Therapy Skills Practice in Child Anxiety Treatment: Open Clinical Trial. *JMIR Serious Games*, 6(2), e9. <https://doi.org/10.2196/games.8902>
- Pulantara, I. W., Parmanto, B. y Germain, A. (2018). Clinical Feasibility of a Just-in-Time Adaptive Intervention App (iREST) as a Behavioral Sleep Treatment in a Military Population: Feasibility Comparative Effectiveness Study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(12), e10124. <https://doi.org/10.2196/10124>
- Rootes-Murdy, K., Glazer, K.L., Van Wert, M.J., Mondimore, F.M. y Zandi, P.P. (2018). Mobile technology for medication adherence in people with mood disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 227, 613–617. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.022>
- Seppälä, J., De Vita, I., Jämsä, T., Miettunen, J., Isohanni, M., Rubinstein, K., Feldman, Y., Grasa, E., Corripio, I., Berdun, J., D'Amico, E. y Bulgheroni, M. (2019). Mobile Phone and Wearable Sensor-Based mHealth Approaches for Psychiatric Disorders and Symptoms: Systematic Review. *JMIR Mental Health*, 6(2), e9819. <https://doi.org/10.2196/mental.9819>
- Servia-Rodríguez, S., Rachuri, K. K., Mascolo, C., Rentfrow, P. J., Lathia, N. y Sandstrom, G. M. (2017). Mobile sensing at the service of mental well-being: A large-scale longitudinal study. *26th International World Wide Web Conference, WWW 2017*, 103–112. <https://doi.org/10.1145/3038912.3052618>
- Silk, J. S., Pramana, G., Sequeira, S.L., Lindhiem, O., Kendall, P. C., Rosen, D. y Parmanto, B. (2020). Using a Smartphone App and Clinician Portal to Enhance Brief Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders. *Behavior Therapy*, 51(1), 69–84. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.002>
- Sucala, M., Cuijpers, P., Muench, F., Cardoso, R., Soflau, R., Doborean, A., Achimas-Cadariu, P. y David, D. (2017). Anxiety: There is an app for that. A systematic review of anxiety apps. *Depression and Anxiety*, 34(6), 518–525. <https://doi.org/10.1002/da.22654>

- van Aubel, E., Bakker, J. M., Batink, T., Michielse, S., Goossens, L., Lange, I., Schruers, K., Lieveise, R., Marcelis, M., van Amelsvoort, T., van Os, J., Wichers, M., Vaessen, T., Reininghaus, U. y Myin-Germeys, I. (2020). Blended care in the treatment of subthreshold symptoms of depression and psychosis in emerging adults: A randomised controlled trial of Acceptance and Commitment Therapy in Daily-Life (ACT-DL). *Behaviour Research and Therapy*, *128*, 103592. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103592>
- Versluis, A., Verkuil, B., Spinhoven, P. y Brosschot, J. (2018). Effectiveness of a smartphone-based worry-reduction training for stress reduction: A randomized-controlled trial. *Psychology & Health*, *33*(9), 1079–1099. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1456660>
- Wahle, F., Kowatsch, T., Fleisch, E., Rufer, M. y Weidt, S. (2016). Mobile Sensing and Support for People With Depression: A Pilot Trial in the Wild. *JMIR MHealth and UHealth*, *4*(3), e111. <https://doi.org/10.2196/mhealth.5960>
- Wang, R., Wang, W., Aung, M. S.H., Ben-Zeev, D., Brian, R., Campbell, A.T., Choudhury, T., Hauser, M., Kane, J., Scherer, E. A. y Walsh, M. (2017). Predicting Symptom Trajectories of Schizophrenia using Mobile Sensing. *Proceedings of the ACM on Interactive, Mobile, Wearable and Ubiquitous Technologies*, *1*(3), 1–24. <https://doi.org/10.1145/3130976>
- Wardenaar, K.J., Wanders, R.B.K., Jeronimus, B. F. y de Jonge, P. (2018). The Psychometric Properties of an Internet-Administered Version of the Depression Anxiety and Stress Scales (DASS) in a Sample of Dutch Adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *40*(2), 318–333. <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9626-6>
- Zlomke, K.R. (2009). Psychometric properties of internet administered versions of Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) and Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS). *Computers in Human Behavior*, *25*(4), 841–843. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2008.06.003>

Santiago Resett, Belén Mesurado,
Pablo González Caino y María Emilia Dñate

Introducción

La tecnología ha alcanzado un crecimiento sin precedentes en las últimas décadas. En los países latinoamericanos, como la Argentina, la disponibilidad y fascinación hacia las nuevas tecnologías son notables, con los adolescentes argentinos, juntos con los jóvenes chilenos, estando a la vanguardia de la “generación interactiva” (Facio y Resett, 2012). No obstante, el avance de las las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) también trajo nuevos problemas (Resett y González-Caino, 2019).

De este modo, el presente capítulo desarrollará comportamientos negativos que han emergido en la actualidad (el cyberbullying, el grooming online, el trolling y el cyberstalking) y que tienen importantes costos psicosociales en los jóvenes. Finalmente, se culminará con una visión que enfatice recomendaciones para disminuir estos comportamientos, como también un uso positivo de las mismas con un programa de gran respaldo científico como el Héroe, mayormente en un contexto de aislamiento social como el que se atravesó a causa de la pandemia de COVID-19 y que dio lugar a una mayor conectividad en las personas.

El *grooming* online en adolescentes: no es peligroso hablar con un desconocido

El *grooming* online se define como un proceso a través del cual un adulto mediante las TIC busca ganar la confianza de un menor para mantener un contacto sexual online o –posteriormente- de modo presencial (Wurtele y Kenny, 2016). Esta conducta se compone de dos aspectos: la sollicitación por parte de los adultos, por un lado, y la interacción sexual online con ellos, por el otro. El primero consiste en pedidos de un adulto hacia un menor para que se involucre en actividades o conversaciones sexuales, como preguntar al menor si tiene novio/a o si ha tenido relaciones sexuales, mientras que el segundo aspecto consiste

en interacciones de un adulto hacia el menor que puede ir desde tener cibersexo hasta invitaciones para encontrarse cara a cara (Gámez-Guadix et al. 2017). Las estrategias que usan los adultos para lograr sus cometidos son diversas (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2017): engaño (hacerse pasar por un menor o un par), corrupción (ofrecer dinero o regalos al menor), agresión (amenazar con lastimar a él/ella o a su familia), extorsión (amenazar con difundir sus fotos o mandársela a sus progenitores) o implicación emocional personal (ofrecerle el apoyo o contención que el menor afirma no tener en su hogar).

La diferencia de poder entre los menores y los adultos pueden volver a los niños y adolescentes más vulnerables al contacto sexual con los adultos y a manejarlo de forma inadecuada, ya que existe una desigualdad de maduración cognitiva y emocional entre adultos y los menores. Aunque el *grooming* puede ser llevado a cabo de un adolescente hacia otro de menor edad, es más negativo cuando lo perpetra un adulto. Por otra parte, este tipo de contacto con los adultos se asocia con importantes costos a nivel de la salud física, como embarazo, enfermedades de transmisión sexual, entre otros, como psicosocial, como sintomatología depresiva, ansiedad, consumo de sustancias tóxicas, ideación suicida, entre otros (Manlove et al. 2006; Resett, 2021). En la Argentina, como en tantos otros países, el *grooming* es un delito penado por la ley. La edad de consentimiento sexual varía de acuerdo al código penal de cada nación.

Con respecto a los niveles de esta problemática, los estudios internacionales muestran una prevalencia de solicitación sexual de 5-15% en adolescentes de Estados Unidos y Europa (Bergen et al. 2014). Otro estudio en Estados Unidos arrojó cifras similares con un 9% de adolescentes de la misma edad (Jones et al. 2012). Una de las variables demográficas más evaluada a este respecto es el género y la edad. Los estudios señalan que las mujeres lo sufren más frecuentemente que los varones, mientras que, a medida que los niños y adolescentes van creciendo, tienen un mayor riesgo de padecerlo (Wolak et al. 2007). Aunque uno puede pensar que los niños tienen mayor riesgo de padecerlo, es más frecuente en los adolescentes debido a que ellos usan las TIC con fines sociales y de comunicación (es más frecuente que tengan redes sociales) y sin tanta supervisión adulta. Por otra parte, los cambios puberales (cambios hormonales que dan lugar a las diferencias definitivas entre los sexos) también incrementa su interés por las conductas sexuales.

En lo relativo a su prevalencia en nuestro país, nuestros estudios con menores de edad indicaron un 20% de casos de *grooming* en el último año, con 17% recibiendo solicitaciones por parte de adultos y un 12% teniendo interacciones con adultos. Alarmantemente, un 5% señalaba que, al menos, se había encontrado con un adulto que conoció online y un 3% había tenido sexo con él o ella.

En la viñeta 1 se muestra de un caso de *grooming* online y sus posibles consecuencias.

Viñeta 1. Un caso de *grooming* en adolescente y sus consecuencias:

Adrián es un adolescente de 13 años que usa desde los 5 años el celular y las tabletas con frecuencia. A los 8 años sus padres le enseñaron cómo hacer una red social y estaban orgullosos de ello. Desde entonces, las usa diariamente y tiene cuentas en redes sociales que sus padres desconocen, como Tik Tok, Snapchat, entre otras. Como ellos no entienden mucho del tema y creen que Adrián ya “esta grandecito y es varón; por ende, no le va a pasar nada si usa mucho el celular” no supervisan el uso que hace de las TIC. Incluso, dicen con orgullo a otros miembros de la familia: “es un chico muy popular tiene más de 700 amigos en el Facebook”. Por otra parte, todas sus redes sociales son públicas, por lo tanto, cualquiera puede ver su información, lo que sube o comparte. Hace dos días recibió una solicitud de amistad en Facebook de un usuario llamado Valentina-2009 que aceptó como cualquiera otra, aunque no tenían amigos en común y su perfil mostraba una foto de un paisaje. A los pocos días, recibió un mensaje de dicho contacto que preguntaba: “Holis como estas? Me encantó la foto que subiste haciendo skate”. A lo que él contestó amigablemente: “gracias”. A los pocos minutos, la supuesta Valentina inquiriere: “Tenés novia?”. Exagerando un poco responde: “Tengo dos compañeras de la escuela que quieren serlo, pero no les presto mucha atención, jejeje”. “Sos muy lindo!!! ☺ Me gustas mucho. Seguro debes haberlas besado, ¿no?”, comenta ella. Exagerando aún más: “obvio... a ellas y a muchas más. La otra vez fui al cumpleaños de 15 de mi prima y besé a tres”. “Guauuu!!!.... ¿No estarás mintiendo un poquito?”. “Nada que ver”, responde él sin echarse atrás, aunque -en realidad- en dicho cumpleaños bailó toda la noche con una amiga de su prima a quien luego despidió con un beso en su mejilla. “Es que sos muy lindo. ¿No me mandas una foto tuya sin remera haciendo Skate?”, pregunta ella. Tratando de disimular su vergüenza responde: “no se... tendría que ver si tengo alguna”. “Daleeee, plis. ¿Te da vergüenza?”. “Nada que ver” señala y acto seguido manda una foto suya en bermudas en la playa de las últimas vacaciones familiares. “Gracias”, responde Valentina-2009. Desde entonces, los dos hablan casi todos los días y las conversaciones van subiendo en su tono sexual y erótico: hablan de si son vírgenes o no; de cuántas veces por día se tocan los genitales; se intercambian fotos sugestivas –Valentina-2009 le envía una foto de ella en ropa interior con un chupetín en la boca que dice “solo para vos, papi”-, entre otras cuestiones. A él Valentina-2009 le parece muy atractiva: tiene cabello negro lacio, piel muy blanca y aunque es algo delgada tiene senos voluptuosos. “Sos una modelo. Te comería besos”, asegura Adrián. A partir de esa foto hablan todos los días y las conversaciones son cada vez más subidas de tono. Hasta que un día ella le pide una foto de su pene. Adrián duda mucho y responde que lo va a pensar. Ella con algo de enfado señala: “no te animas? Pensé que eras más hombre.... Dale, *plis*, mándame y yo te mando una fotito de mis senos”. Invadido por la presión y por no quedar como poco hombre le envía una foto de él completamente desnudo. Lo que no sabe es que la supuesta Valentina-2009 es un hombre de 45 años llamado Alberto y padre de dos hijos de 6 y 9 años que intercambia fotos de menores con otros pedófilos de la Argentina y naciones de Europa del Este a través de la *Deep Web*. No obstante, Adrián recibe una foto de la supuesta Valentina topándose apenas los senos con sus manos. Foto que, en realidad, Alberto consiguió del Instagram de una joven llamada mili-2353 que todo el tiempo sube ese tipo de fotos y asegura tener 17 años, pero parece ser mucho menor.

■ Sexting o sexteo en adolescentes: lo importante son los likes

Otro comportamiento negativo que atrapó la atención de los investigadores, los docentes y la comunidad es el sexting o sexteo -en idioma español- (Quesada et al. 2018, Resett, 2020). El sexting se refiere a la creación e intercambio de mensajes de texto, imágenes, videos o fotos con contenido sexual personal mediante los celulares, la Internet o las redes sociales (Gámez-Guadix, De Santisteban y Resett, 2017). Por este motivo, es un importante factor de riesgo para el ajuste psicológico de los niños o adolescentes, como las conductas sexuales precoces (tener sexo), sufrir de cyberbullying o de *grooming* online (Crimmins y Seigfried-Spellar, 2014). Por ejemplo, que un menor de edad suba fotos sexualmente provocativas o envíe mensajes de contenido sexual puede conducir a que estos caigan en manos de un adulto que se aprovecha de esta situación. Está estudiado que los pedófilos emplean distintas estrategias para contactar a sus víctimas. No obstante, algunos expertos indican que este comportamiento podría ser una nueva forma de contacto social o de exploración de la sexualidad (Cooper et al. 2016). Al margen de esta aclaración, tempranamente se debe educar e instruir a los menores en los riesgos que tienen las TIC y la importancia de cuidar su intimidad.

Con respecto a su incidencia, recientes trabajos a este respecto encontraron una fluctuación de 7% a 27.6% en los adolescentes (Barrense-Díaz et al. 2018; Cooper et al. 2016). En lo referente a las diferencias de género, los resultados son inconsistentes, con algunos estudios encontrando una mayor prevalencia en las mujeres, otros mayores niveles en los varones, mientras que algunas investigaciones no han detectado diferencias entre varones y mujeres. La edad también fue una variable muy examinada, sugiriendo que el sexting se incrementa progresivamente con la edad a lo largo de la adolescencia (Rice et al. 2012) por las mismas razones que el *grooming*. Con respecto los porcentajes en la Argentina, nuestros resultados en adolescentes detectaron una prevalencia de 17% para mensajes escritos, de 18% para enviar fotos y de 7% para los videos. También se encontró que los varones practicaban un mayor envío de mensajes escritos, mientras que en el resto de las formas no había diferencias. Por otra parte, a mayor edad, se incrementaban todos los comportamientos de sexting.

En la viñeta 2 se muestran los peligros que puede tener el sexting en los adolescentes.

Viñeta 2. Un caso sobre los peligros del sexting en los adolescentes:

Micaela es una adolescente de 15 años que continuamente está subiendo fotos en sus redes sociales posando muy sugestivamente y con poca ropa. Es muy bella y esbelta por lo cual muchos de sus contactos varones –adolescentes y algunos adultos- les ponen muchos *likes* y le hacen comentarios alabando su belleza. En cambio, es muy odiada por algunas compañeras de la escuela por este motivo y por tener actitudes despectivas hacia las jóvenes menos populares. Además, tiene una muy buena posición económica y siempre luce prendas de ropa que compra casi a diario. Hace un par de semanas, comenzó a salir con Ariel que es un compañero de la escuela, pero dos años mayor que ella. Como Micaela se está por ir de viaje a Miami con sus padres, le manda una foto a su novio de espaldas, en ropa interior y chupándose su dedo índice con una frase más que sugerente: “así no me extrañas tanto”. Con mucho orgullo, Ariel muestra la foto a sus compañeros, pero no se la comparte porque sabe que esto le traería grandes problemas en su relación. No obstante, uno de sus amigos en un descuido -durante una noche que salen a bailar y bajo el influjo del alcohol- le toma el celular y se envía la foto. Al otro día, le muestra la foto a su novia Sol. Ella detesta mucho a Micaela porque, muchas veces, ha tenido conductas de menosprecio hacia su mejor amiga Jessica. Junto con una amiga crean un perfil falso de Micaela donde ponen esa foto como perfil y la presentan como *La zorra de la escuela*. Incluso, la cuenta falsa incluye precios por los supuestos servicios sexuales que brinda. Micaela se entera de la terrible noticia cuando está regresando de su viaje. Al hablar con su novio e insultarlo por el hecho, él le pide disculpa y le responde que no sabe cómo llegó esa foto a las redes sociales. Luego de una conversación de más de 2 horas, ella le asegura que: “no quiere verlo nunca más”. Aunque su familia denuncia la cuenta y es cerrada, ella está muy angustiada porque no sabe quién más puede tener su foto. Durante varios días no sale de su casa, no va al colegio, no come y tiene problemas para dormir. Pensar en ir a la escuela, la aterra. Finalmente, su madre le advierte: “no podés estar todo el día mirando el techo. Ahora báncatela. Te advertí que no mandes fotitos a cualquiera. Mañana vas a la escuela”. Esa noche no puede pegar un ojo. Se arregla lo mejor que puede para simular sus ojeras y sale por la puerta de su casa para ir al colegio con resignación. A las tres cuerdas, dos jóvenes que pasan a su lado se ríen y murmuran algo inaudible. Se siente confundida y con náuseas, aunque continúa su camino. Unos minutos después un hombre -de unos 30 años- que sale de una panadería al verla le comenta con todo lascivo y tocándose sus genitales: “Hola mamita. A ver, ¡chupate el dedito ahora, nena!”. Al escuchar el repugnante comentario, tira sus libros y corre llorando con desesperación hacia su casa.

Cyberbullying en adolescentes: todos lo hacen

El cyberbullying –también llamado acoso electrónico- se define como una agresión intencional y repetida a través de las TIC y de la cual la víctima no puede defenderse fácilmente (Kowalski y Limber, 2007). El bullying o acoso escolar es también una agresión intencional, reiterada y con una desigualdad de fuerza o poder. Así, en apariencia podrían parecer comportamientos similares, pero con la diferencia que el primero es llevado a cabo con medios tecnológicos o electrónicos, como celulares, tabletas, video juegos online o redes sociales, entre otros. No obstante, el cyberbullying tiene rasgos cualitativo que el bullying no posee y generados a partir del uso de TIC: no hay lugar ni tiempo para ser acosado, por ejemplo, un adolescente puede sufrirlo en el hogar; es más difícil de detectar por los adultos debido a que los adolescentes –a diferencia de los niños- son de resguardar más su privacidad; facilita un acoso más anónimo –por ejemplo, las redes sociales permiten fácilmente crear un perfil falso para llevarlo a cabo y es más sencillo ocultar la identidad-; la desigualdad de poder o fuerza aquí ya no pasa por lo físico, sino que radica en otros motivos, como un mayor conocimiento o manejo de las tecnologías; hay una mayor desinhibición -las personas pueden ser más crueles al haber una mayor posibilidad de esconder la identidad o al carecer de información no verbal, como los gestos-; existe una gran y potencial audiencia, como lo es la viralización de una foto en la cual un adolescente es ridiculizado -que genera incluso agresiones de personas que no conoce- y, finalmente, hay una mayor facilidad para quien acosa, ya que puede realizarlo desde la comodidad de su hogar (Ybarra y Mitchell, 2004). El primer estudio sobre la temática se realizó en el año 2000, por lo tanto, la investigación es algo limitada en comparación con el bullying e incluso todavía hay desacuerdo si este es una mera extensión del bullying o un fenómeno distinto debido a las características particulares de las TIC.

El cyberbullying es común en los adolescentes, principalmente en quienes se hallan atravesando la adolescencia media. Un estudio halló que 20%-40% de los adolescentes eran víctimas del cyberbullying (Tokunaga, 2010). Sin embargo, las cifras pueden variar a través de los distintos estudios, con una fluctuación entre 10% a 40% en adolescentes (Pontzer, 2010). En lo referente a llevar a cabo el cyberbullying, las cifras indican una fluctuación de 11% a 44% (Calvete et al. 2010). En lo referente a las diferencias de género, los estudios arrojan resultados inconsistentes, algunas investigaciones hallaron que las mujeres son más victimizadas y llevan a cabo en mayor medida esta conducta, otras investigaciones no han encontrado diferencias entre varones y mujeres a este respecto. Finalmente, algunos estudios detectaron que los varones son más cyberagresores que las mujeres, mientras otros trabajos mostraron que los varones son más cyberagresores y las mujeres son más cybervictimizadas.

Con respecto a las formas de llevarlo a cabo, se pueden identificar las siguientes (Willard, 2005):

- Provocación incendiaria: se trata de un comentario ofensivo en la internet o en redes sociales que va incrementando en su nivel de descalificación;
- Hostigamiento: envío de mensajes hirientes a través de mensaje de texto o redes sociales;
- Denigración: subir o enviar rumores falsos, mentiras o mensajes de texto desagradables para dañar la reputación de una persona;
- Suplantación o robo de identidad: consiste en hacerse pasar por otra persona, por ejemplo, en una red social, para hacerla quedar mal o ridiculizarla;
- Violación de la intimidad: difundir secretos o información personal de alguien en redes sociales, por ejemplo, para dañar su imagen;
- Juego sucio: hablar con una persona sobre situaciones íntimas o delicadas para luego difundirlas;
- Exclusión: excluir intencionalmente a un sujeto en redes sociales o grupos de *WhatsApp*;
- Cyberacoso: mensajes reiterados que buscan atemorizar a quien lo sufre.

Otros autores, en cambio, diferencian al cyberbullying en siete tipos de acuerdo al medio por el cual se realiza (Smith et al. 2006): mensajes de texto recibidos en el teléfono móvil o celular; fotografías o vídeos realizados para ser posteriormente enviadas o usadas para amenazar a la víctima; llamadas al teléfono celular con un tono amenazante; e-mails insultantes o denigrantes; salas de chat en las que se agrede a uno de los participantes o se lo excluye de un grupo; el acoso con programas de mensajería instantánea (redes sociales u otros servicios de mensajes); y páginas web donde se difama a alguien, se sube información personal para que sea ridiculizada o se esparcen mentiras sobre un sujeto. También se puede incluir aquí los videos juegos que se juegan en red y en los cuales se puede agredir o excluir.

En lo concerniente a los porcentajes de esta problemática en los adolescentes de la Argentina, en la tabla 1 se presentan cifras de nuestros estudios para los distintos tipos de cybervictimización y de realizar cyberbullying para varones, mujeres y totales.

Tabla 1. Porcentajes de las frecuencias de los distintos tipos de cybervictimización y de realizar el cyberbullying según género y totales en adolescentes.

Pregunta	Victimización			Cyberbullying		
	Varón	Mujer	Totales	Varón	Mujer	Totales
1. Mensajes amenazantes o insultantes.	4%	5%	4%	7%	1%	4%
2. Colgar o enviar imágenes más insultantes o feas.	3%	3%	3%	4%	1%	2%
3. Enlaces o imágenes insultantes, desagradables más para ser vistas	2%	1%	2%	4%	0%	2%
4. Escribir o difundir bromas, rumores, para poner en ridículo.	4%	7%	6%	7%	2%	5%
5. Enlaces donde aparecían rumores, chismes etc. sobre mí	3%	3%	3%	4%	1%	3%
6. Conseguir mi contraseña para acceder a redes sociales y enviar mensajes en mi nombre	2%	2%	2%	4%	0%	2%
7. Grabarme o tomarme fotografías con el celular haciendo yo el ridículo	3%	0%	2%	3%	0%	1%
8. Colgar esas imágenes más en las redes sociales	2%	2%	2%	4%	0%	2%
9. Grabarme o tomarme fotografías con el celular mientras alguien me pega	2%	0%	1%	2%	0%	1%
10. Colgar esas imágenes más grabadas en las redes sociales	2%	0%	1%	2%	0%	1%

Tabla 1. Porcentajes de las frecuencias de los distintos tipos de cybervictimización y de realizar el cyberbullying según género y totales en adolescentes.

Pregunta	Victimización			Cyberbullying		
	Varón	Mujer	Totales	Varón	Mujer	Totales
11. Difundir secretos, información o imágenes comprometidas sobre mí.	3%	5%	4%	3%	2%	2%
12. Dejarme afuera adrede de un grupo en una red social	4%	5%	5%	5%	2%	4%
13. Grabarme o tomarme fotografías mostrando un comportamiento sexual.	1%	0%	0,5%	3%	0%	1%
14. Colgar imágenes mías mostrando comportamientos sexuales para ser vistos	1%	0%	0,5%	4%	0%	2%

La cybervictimización es un importante factor de riesgo para los problemas emocionales, tales como ansiedad, baja autoestima global y depresión (Kowalski et al, 2014). En casos extremos, la cibervictimización crónica puede llevar al suicidio, como fue el caso de Amanda Todd. Amanda fue una adolescente de Canadá quien sufría de bullying, cyberbullying y -antes de suicidarse- subió un video -que se viralizó- contando su desgarradora historia en el año 2012.

En la viñeta 3 se muestra un caso de cómo el cyberbullying puede ir aumentando en su virulencia y sus nefastas consecuencias para la víctima.

Viñeta 3. Un caso de cómo se desarrolla progresivamente el cyberbullying y sus graves efectos en la salud mental de la víctima.

Laura es una adolescente de 13 años algo retraída y con un cuerpo robusto. En la escuela no es muy popular y habitualmente está sola en los recreos. Sus compañeros de curso se le burlan diciéndole “gorda” y la dejan de lado todo el tiempo. Sin embargo, el mayor acoso que sufre es en las redes sociales y el celular donde todo el tiempo le llegan mensajes anónimos donde le dicen “gorda” y le envían fotos de cerdos con su nombre. Últimamente, el cyberbullying sufrido se ha incrementado notablemente y cada vez recibe mayor cantidad de mensajes humillantes; además, le han creado perfiles falsos en redes sociales con la foto de Miss Piggy. Aunque trata de ignorar dichos agravios, cada vez le afectan más y, desde entonces, cada día está más triste y le cuesta concentrarse en la escuela. Si bien las cyberagresiones son anónimas, está casi segura de que quienes se las envían son Lidia y Sofía quienes son las líderes del curso y vienen de una familia con padres profesionales de gran éxito y renombre. Por lo cual, son sumamente respetadas en la escuela por sus logros académicos y deportivos, ya que juegan al básquet en un reconocido club. En las últimas semanas, ellas se ríen al verla e, incluso, le han dicho “oik”, “oik” a sus espaldas. Cada vez se siente más angustiada e impotente porque no sabe cómo manejar la situación. A veces, ha pensando en hablar con su madre o algún docente, pero teme que si habla la situación empeore. Además, su madre está sumamente ocupada cuidando a su hermano de cinco años y viene agotada de su trabajo como enfermera. Sus problemas financieros aumentaron luego de la muerte de su padre. Por otra parte, hablar con un docente de la escuela sería en vano ya que no tiene pruebas del cyberbullying —el acoso es anónimo— y, al mismo, sabe que la escuela no hará nada porque sus acosadores son personas de gran prestigio. Desde hace una semana pensamientos horribles y extraños vienen a su mente: “ojalá desapareciera de la tierra” y “me gustaría desaparecer para siempre”. Hace dos días en el colegio jugaron al amigo invisible. El regalo que recibió le hizo tripas su frágil corazón. Adentro de una caja cuidadosamente envuelta y con un moño encontró un pedazo de grasa porcina -alrededor de un kilo- con una pequeña vela de cumpleaños y un sádico cartel que decía: “feliz día del amigo, gorda. Con esto seguro te alegramos el día, oik, oik”. Por primera vez en su vida sintió que no tenía más fuerzas. Lo peor fue que todo el curso estaba mirando mientras ella abría el regalo con algo de desconfianza. Todos rieron con crueldad al ver cómo ella quedó paralizada por la desagradable sorpresa. Sin poder contener su desazón, dos lágrimas brillantes corrieron por sus mejillas. Eso no evitó que se sigan burlando y que Sofía y varias compañeras más grabaran el hecho para luego subirlo a las redes sociales. A los pocos minutos pudo comprobar con su propio celular cómo el video se había viralizado y cómo los comentarios iban aumentando el nivel de agresividad: desde “pensé que iba a tener lágrimas de leche chocolatada” a “llora porque ese pedazo de carne era su hermana”. Secando sus lágrimas que aún están caliente, cierra sus redes sociales y busca en Google “métodos seguros para suicidarse”.

Si bien aquí se trató el cyberbullying en adolescentes, este puede darse en otros contextos y en todas las edades. Un tema de gran relevancia, pero escasamente estudiado, es dicha conducta en el contexto de la pareja amorosa. Un estudio llevado a cabo por el

presente equipo de investigación en la Argentina con adultos emergentes -el primero en su tipo en este país- halló que quienes sufrían de él presentaban una mayor depresión, ansiedad y mayores niveles de estrés. A su vez, las formas más comunes de cyberbullying sufridas eran que la pareja había controlado las actualizaciones subidas en redes sociales, controlar la última hora de conexión, controlar los amigos que se agregan en las redes y haber revisado el celular sin permiso.

Cabe resaltar que muchas de estas conductas problemáticas estudiadas en los adolescentes están asociadas y una de ellas puede conllevar a otros riesgos o abusos online: por ejemplo, el sexting en un adolescente puede dar lugar que los pares le hagan cyberbullying a dicho o joven o que el contenido caiga en manos de un adulto y sea objeto del *grooming*. Al mismo tiempo, sufrir *grooming* puede llevar a una mayor desinhibición y esto puede dar lugar a mayor sexting.

Cyberstalking en adultos: un poco de celos significa que te quiere

Como se ha mencionado anteriormente, todos los avances tecnológicos han dado nuevas oportunidades para que viejos comportamientos, antes realizados cara a cara, ahora puedan ser tener un espacio de manera online. Entre estos, se encuentra el cyberstalking, una conducta derivada del tradicional acecho o stalking. El stalking tradicional es una conducta cara a cara que incluye la vigilancia, la búsqueda de un contacto persistente sin permiso, que puede o no incluir amenazas para manipular y controlar a la víctima (Purcell et al. 2001). El cyberstalking da un paso más, utilizando herramientas tecnológicas para realizar este comportamiento, como el ocultar cámaras, celulares, dispositivos de GPS, *malware* y *spyware* (dos tipos de programas/códigos maliciosos), para monitorear el comportamiento y las acciones de las víctimas (Marcum et al. 2017). Se ha encontrado evidencia de que un mayor tiempo destinando a navegar en internet se correlaciona con un aumento en la posibilidad de realizar este comportamiento. Además, los perpetradores de cyberstalking, pueden exhibir niveles de uso problemático de internet y otras conductas también asociadas, como el sexting. Sin embargo, cabe destacar que, si el cyberstalking es una forma nueva o solamente una extensión del tradicional stalking, es un debate que se está llevando a cabo en la actualidad (Worsley et al 2017).

Por otro lado, al realizarse en un contexto online, es mucho más fácil para los perpetradores ocultar su identidad, aprovechando esta ventaja para su beneficio. Se ha encontrado que, en su mayoría los perpetradores son jóvenes bien educados y con un conocimiento medio alto de las nuevas tecnologías (Navarro et al. 2016).

Los estudios realizados sobre el cyberstalking muestran que tiene un alto impacto negativo en la salud mental de las víctimas, pudiendo resultar en síntomas de ansiedad, depresión, estrés, cambios en el sueño y en sus hábitos de alimentación, donde en casos muy severos, se encontró sintomatología similar al estrés postraumático. También, se ha encontrado relación con la ideación suicida. Sumado a esto, y dejando de lado las consecuencias psicológicas de sufrir cyberstalking, otros estudios han establecido que esta conducta tiene varias consecuencias negativas en la esfera social y la financiera (Short et al. 2015).

Dentro de los diferentes tipos de cyberstalking, sin duda uno de los más nocivos es el realizado por parejas íntimas, denominado stalking de pareja íntima o Intimate Partner Stalking (Smoker y March, 2017). A diferencia de otros tipos, los perpetradores de este tipo son más intrusivos, actuando más violentamente que los stalkers sin relación de intimidad, tomándose -a su vez- más tiempo para acechar e intentar controlar la conducta de la víctima sin que esta tenga conocimiento de esto. La evidencia sugiere que el realizado por una pareja íntima se está volviendo cada vez más frecuente, atribuido al fácil acceso a los datos por su disponibilidad online, la naturaleza de su relación y conducido por un miedo al rechazo de una pareja romántica actual, anterior o potencial. Muchos de los perpetradores de estas conductas aprovechan su condición de pareja romántica, sea cual sea su estado, y aprovechan este vínculo para explotar y manipular más fácilmente a sus víctimas.

En la Argentina nuestros estudios con adultos emergentes y jóvenes indicaron niveles preocupantes para el cyberstalking hacia la pareja. Por ejemplo, un 27% señalaba “He comprobado los mensajes de mi pareja (celular o redes sociales) sin que él o ella lo sepa” y un 17% indicaba que “Le he pedido a mi pareja que quite o bloquee a ciertas personas (celular o redes sociales) o lo hice yo mismo”, sin distinción de género.

El cyberstalking es una problemática que está presente en nuestra sociedad actual y que causa varios problemas a nivel psicosocial, como se ha reportado aquí. Es una conducta que debe continuamente estudiada y en la cual se debe hacer hincapié en la prevención y psicoeducación. Poullet et al. (2009) ofrecen algunas pautas para prevenir el sufrir esta conducta, como, por ejemplo:

- Evitar usar nombres reales en plataformas online,
- Ser cautos a la hora de compartir información personal en plataformas online, considerando las ramificaciones y el impacto que pueden tener en los escenarios presenciales,

- Tener en cuenta que la información compartida de manera *online* puede ser diseminada rápidamente a través de internet,
- En el caso de ser contactados, cortar comunicación inmediatamente con el perpetrador,
- Guardar registro de todas las comunicaciones realizadas con el *cyberstalker*,
- Reportar el caso a las autoridades.

Teniendo en cuenta que todas estas estrategias deben evolucionar acompañando los rápidos cambios tecnológicos de los cuales somos parte, el prevenir de forma eficiente y efectiva el *cyberstalking* asegura detectar interacciones online inapropiadas, mejorar los procedimientos y las técnicas de seguridad. El *cyberstalking* es un fenómeno complejo, donde se da un entrecruzamiento entre las particularidades de las personalidades de las víctimas y los stalkers con las plataformas online, como así también con el ambiente social y legal, como señalan muchos especialistas en el tema. En la viñeta 4 se muestra un caso que refleja la complejidad de esta conducta dentro de la pareja amorosa y la vulnerabilidad que puede sentir quien lo padece.

Viñeta 4. Un caso de *cyberstalking* en el noviazgo que muestra su complejidad.

Pedro de 18 años siempre ha sido algo posesivo, pero a partir de la pandemia se ha vuelto más controlador con respecto a su novia Carina con quien están en pareja desde hace un año, más aún, luego de que él perdiera su empleo debido al aislamiento social. Ahora su único pensamiento era ir al gimnasio y el amor de su vida: Carina. Aunque le ha reclamado que no sea tan celoso y que ella solamente lo quiere a él, Pedro no puede controlar sus celos enfermizos. Todo el tiempo quiere saber dónde está, con quién sale, a qué hora vuelve, etc. También está muy pendiente de las cosas que ella sube en sus redes sociales, a qué hora se conecta, si está en línea en el celular, a quiénes agrega como contacto, entre otras conductas intrusivas. Hace poco él le apareció en su casa a las 23 horas porque ella no le contestó cinco mensajes que envió en el lapso de una hora. Además, no respondió a ninguna de sus ocho llamadas. Ella estaba estudiando para un examen de ingreso de la carrera medicina que tenía al día siguiente. Su madre atendió el llamado a la puerta. Los gritos desaforados de Pedro la sobresaltaron de su atención en sus fotocopias de Anatomía. Su madre abrió la puerta con desesperación diciendo en voz baja: “ahí está tu novio. Esta re-sacado”. Aunque trató de explicarle que había silenciado el celular para poder concentrarse, fue imposible hacerlo entrar en razón. Cualquier intento de explicación de su parte era recibido con un insistente “

Aunque trató de explicarle que había silenciado el celular para poder concentrarse, fue imposible hacerlo entrar en razón. Cualquier intento de explicación de su parte era recibido con un insistente “¡¡Dale!! Decime con quién te están viendo p***. Luego de dos horas de discusión en la puerta de su casa con todos sus vecinos observando la bochornosa situación, pudo contener la ira de Pedro quien se quedó a dormir con ella en su cuarto. Quería que se fuera, pero cada vez se estaba poniendo más violento y llegó a temer que la golpeará luego de ver cómo le dio una piña a la puerta de su casa. Pensando que no tenía más alternativa, lo invitó a que se quedase en su casa. Fue tan desagradable e impactante la situación, que no pudo dormir en toda la noche ni repasar. Nuevamente, falló en su examen de ingreso. A los tres días un compañero de la facultad llamado Martín -quien ya estaba cursando tercero- le dijo que la iba a ayudar a estudiar. Ella aceptó con agrado y muy feliz le contó la buena noticia a Pedro. Al otro día, Martín la eliminó como amiga de Facebook e Instagram. Al mandarle un mensaje de celular, él respondió que no quería problemas con su novio. Pedro le había mandado mensajes amenazantes diciendo que lo iba a matar a golpes si se volvía a acercarse a ella. Cansada de sus constantes celos enfermizos bloqueó a su novio de las redes sociales. Deseaba con todo su ser terminar la relación, pero tenía miedo de cómo lo tomaría. Un mes atrás había pensado en dejarlo luego que le tomara su celular sin permiso y le leyera sus mensajes de *WhatsApp* y en las redes sociales. Hasta se había hecho pasar por ella y había hablado con su amiga Ana, una ex compañera de la escuela secundaria, para tratar de sacarle información sobre qué habían hecho el fin de semana pasado cuando salieron a bailar. A pesar de que sus amigas le aconsejaron en varias oportunidades que terminase la relación, siempre le volvía a dar una nueva oportunidad luego de sus constantes promesas de cambiar su conducta. Los primeros meses de relación fueron maravillosos: era amable, atento, siempre le daba todos los gustos, nunca la dejaba volver de noche sola a su casa, la llamaba todos los días, la acompañaba a cualquier lado que ella deseara, incluso a ver obras de teatros, aunque él lo detestara y le pareciera “cosas de mujeres”... Era cómo un cuento de hadas. Pero, al pasar el tiempo, ese Príncipe Azul de mirada inocente, bíceps marcados y ojos marrones se había transformado en un monstruo. Ese *Jekyll* atento y educado era una máscara superficial que ocultaba a un *Hyde* celoso, posesivo, obsesivo, inseguro y que nunca aceptaba un no como respuesta. A los cinco minutos de eliminarlo de sus redes sociales, su celular empezó a sonar. Era Pedro. No quería atenderlo, aunque sabía que, si no lo hacía, sería peor. No alcanzo a decir hola, que escuchó sus reclamos irracionales: “¿viste que sos una p****? ¿por qué me bloqueaste? ¿con quién te estás viendo? Si no te estás viendo con nadie, ¿¿qué estás ocultando??”. Inmediatamente cortó la conversación y lo bloqueó de sus contactos de celular. Al contarle a su madre, ella le dijo que debía hacer una denuncia. Estaba pensando qué hacer cuando le llegó la solicitud de amistad en Facebook de un tal German que no tenía foto de perfil ni portada ni ningún amigo para mostrar. Por las dudas, no la aceptó. A los dos minutos, recibió una solicitud de un tal Pablo que tenía las mismas características sospechosas. Le mandó un mensaje a su mejor amiga Claudia preguntando si había recibido alguna solicitud de amistad con dichos nombres. Ella confirmó que minutos atrás las había recibido y las rechazó. Un minuto después tenía una solicitud de mensaje del supuesto Pablo. “Decime con quién te estás viendo p**** o te voy a hacer la vida imposible”, decían los conocidos y amenazantes mensajes.

Su amiga Ana le mandó un mensaje preguntando si un contacto -que se hacía llamar Pablo- no era el celoso de su novio porque le había enviado mensajes llamándola prostituta -tiempo atrás lo había tenido que bloquear por el mismo hecho-. “Dios mío. ¿Qué voy a hacer?”, pensó completamente desesperanzada. Una nueva notificación le llegó a su Facebook. Esta vez, en cambio, el supuesto Pablo derrochaba afecto por doquier: “Perdón mi amor. Es que te amo con todo el corazón. Dame otra oportunidad, amor”. “Dios mío... ¿Qué voy a hacer?... Hacer una denuncia... Se me va a reír en la cara la policía... Y la vergüenza que voy a pasar...”. El timbre de su casa sonó con fuerza y la sacó de sus angustiosas cavilaciones. “Por favor, que no sea él”, suplicó casi sin fuerzas y sollozando.

Trolling: ¿un juego inofensivo y divertido?

Una de las conductas que más se ha escuchado en los últimos años es el Trolling, desde los ámbitos de los videojuegos y los foros de internet, hasta en la política, aunque de las conductas aversivas online sigue siendo de las que menos estudios científicos hay (Hardaker, 2013). El término Trolling proviene de jerga pesquera, refiriéndose a una técnica en la cual se arrastra un anzuelo desde una embarcación con el objetivo de engañar a los peces, y de la mitología escandinava, donde los Trolls eran unos seres sobrenaturales que vivían debajo de los puentes, similares a los duendes, se ocultaban para luego atacar a los viajeros desprevenidos (Resett y González-Caino, 2019). Dentro del contexto de internet, Buckels, Trapnell y Paulhus (2014) definen al Trolling como una conducta engañosa, sin un motivo instrumental, sino solamente el ser destructivo o disruptivo, poniendo el énfasis en general en el engaño y el humor a costa del sufrimiento de la víctima y en beneficio del perpetrador y de terceros espectadores. Cabe destacar que, a diferencia de otras conductas online que pueden resultar similares, el Trolling no tiene una víctima directa y determinada, como el cyberbullying, ni expresa un deseo genuino de hostilidad y agresión, como es el caso del Flaming, a la vez que posee su característica distintiva del engaño (Sest y March, 2017). Generalmente, los estudios han demostrado que el Trolling es perpetrado por adolescentes y jóvenes adultos de género masculino (Resett y González-Caino 2019).

Los problemas que estos causan pueden ser muy variados, desde atentar contra una discusión seria en un foro, desviando la atención o restándole importancia, hasta resultar en daños materiales. Por ejemplo, pueden hacer que un usuario novicio en tecnología baje material dañino para su dispositivo, resultando en la inutilización del mismo. Tampoco las marcas están indemnes del Trolling. Se ha reportado que, gracias a este comportamiento, los usuarios dejan los sitios de internet más rápido, dañando la reputación y la imagen de las marcas, llevando a daños financieros. Por otro lado, las víctimas de estos

comportamientos pueden desarrollar varias consecuencias psicosociales, como un severo estrés y perturbación, ansiedad o depresión.

En el caso de la perpetración de la conducta, los Trolls utilizan la anonimidad de Internet como un arma a su favor, a la vez que buscan autodefinirse como Trolls, disfrutando el humor a costa de otros y molestando activamente a otros usuarios (Phillips, 2015). Entre las técnicas que podemos encontrar, los Trolls suelen hacerse pasar por verdaderos usuarios, postear opiniones agresivas o poco empáticas en un tema de gran sensibilidad social, publicar información falsa, o divertirse ofreciendo ayuda cuando -en realidad- sólo quieren molestar. Su perfil psicológico es una de las dimensiones en las que más trabajos científicos se han enfocado, ubicando varias veces a la triada oscura de la personalidad como uno de los mayores predictores de esta conducta, especialmente a la psicopatía y al sadismo (Sest y March, 2017). Todo apuntaría a que los rasgos aversivos, especialmente los psicopáticos, son los que predominarían en la perpetración de la conducta de Trolling, como así evidencia un tipo de humor más agresivo, o un gusto por reírse a costa de otros.

En la Viñeta 5 se muestra un ejemplo de los rasgos aversivos de los Trolls y de cómo disfrutaban el molestar o incomodar a los demás, en ocasiones, haciéndose pasar por verdaderos usuarios de un sitio web. En este caso se trata de un Trolls que finge ser un usuario de un sitio de citas amorosas online.

Nuestras investigaciones en adultos indicaron que un 4% señalaba que le gustaba molestar a personas que no conocía en persona y un 6% señalaba que, aunque las personas pensaran que sus comentarios eran ofensivos, a él/ella le parecían divertidos. Un 27% estaba de acuerdo que “Yo digo lo que quiero en internet, y si la gente no puede manejarlo, es porque no puede manejar la verdad”.

El estudio de este comportamiento online debe ser estudiado en más profundidad por la comunidad científica, siendo un fenómeno que puede traducirse en pérdidas monetarias serias, como así también en un aumento de consecuencias negativas psicológicas. Cabe destacar que el Trolling -a su vez- podría perpetuar o amplificar otros tipos de comportamientos online aversivos, como el cyberbullying, apoyándose en ellos en búsqueda de burlarse de usuarios.

Viñeta 5. Un caso de trolling en un sitio de citas: algo más que una simple broma.

(Juana@-morocha aceptó tu solicitud de mensaje)
 Lucifer_66: hola. Gracias por aceptarme morocha.
 Juana@-morocha: De nada. ¿Cómo estás?
 Lucifer_66: Bien ¿vos?
 Juana@-morocha: Bien. Algo aburrida. ¿Primera vez acá?
 Lucifer_66: sí. ☺.

 Juana@-morocha: mhhh. Virgen. Me excita. Esta morocha te va a enseñar. ¿Qué te gusta hacer?
 Lucifer_66: Cualquier cosa. ¿Y a vos?
 Juana@-morocha: También... Me gusta experimentar. ¿Jugamos?
 Lucifer_66: dale
 Juana@-morocha: jugamos. Yo soy una enfermera que tiene que cuidar a los enfermos. ¿Te gusta?

 Juana@-morocha: hola

 Juana@-morocha: ¿estás?
 Juana@-morocha: ?????
 Juana@-morocha: ¿qué pasa?
 Lucifer_66: no puedo escribir
 Juana@-morocha: ¿por?
 Lucifer_66: soy un paciente ciego
 Juana@-morocha: ¿te estás burlando?
 Lucifer_66: es que eso elegí. Es mi primera vez.
 Juana@-morocha: bueno.... Probamos otra cosa. Ahora soy una madre con senos muy grande que está cuidando a su bebito. ¿Qué quiere ese nene que le haga mamá?
 Lucifer_66: gddsgsgsgsffshshsf
 Juana@-morocha: ahhh que lindo... ¿y que más quiere ese bebito?
 Lucifer_66: Faggshshshshs
 Juana@-morocha: pero decime que querés que te haga esta mamita
 Lucifer_66: Gdggdgdgdgd
 Juana@-morocha: ¿¿¿¿¿vos te estás burlando????? ¿qué querés?
 Lucifer_66: Gggsgsgsgsgs
 Juana@-morocha: ???!!!!!!
 Lucifer_66: soy un bebé. Bebé no sabe escribir
 Juana@-morocha: sos un i***** ¿Vos querés jugar en serio? ¿o viniste a hacerme perder el tiempo?
 Lucifer_66: perdón. Dale. Es que estoy nervioso. Nunca hice esto

Lucifer_66: perdón en serio. Estoy nervioso y quería hacerte réfr. No va a volver a pasar
Juana@-morocha: ok. Ultima vez o me voy. ¿Ok?
Lucifer_66: dale.
Juana@-morocha: ok. Ahora soy una joven que cuida a un señor anciano que está en el asilo.
Es hora de darle su baño señor. ¿No?
.....
Juana@-morocha: ¿quiere que lo jabone?
.....
Juana@-morocha: ¡otra vez te haces el payaso!
Lucifer_66: bnmvnbvvhdfsfdsdsdsds
Juana@-morocha: sos un p*****
Lucifer_66: Hahhahahanxvcxcxbmc7645454?¿??221"" @
Juana@-morocha: chau, p***** de m****.
Lucifer_66: es que este abuelito no encontraba sus anteojos para ver
.....
Lucifer_66: volvé, morocha. No dejes solo a este abuelito que no puede ir al baño solo.
(Juana@-morocha abandonó la conversación)
(Juana@-morocha ya no puede recibir tus mensajes)

Recomendaciones para la prevención de los riesgos asociadas a las TIC en niños y adolescentes

Entre las recomendaciones que deben transmitir los adultos a este respecto se hallan:

- No exponer a los menores a las TIC a edades antes de los dos años de edad, como recomiendan los especialistas. Los niños de edad escolar y adolescentes menores de 14 años no deben tener redes sociales y el uso de TIC debe ser supervisado. Por este motivo la edad de Facebook para abrir una cuenta es 14 años y para Instagram es 13 años.
- No aceptar a desconocidos en las redes sociales, por ejemplo, personas o perfiles con los cuales no existen amigos o contactos en común.
- Tener las redes sociales configuradas en privacidad para que los extraños o desconocidos no puedan ver nuestro perfil y roben información personal.
- No subir o compartir fotos o videos íntimos: ya que pueden viralizarse y caer en manos de desconocidos u otras personas a las cuales no conocemos bien. Tampoco compartir fotos o videos donde a otra persona la denigran.

- No colocar estados de *WhatsApp* íntimos –como fotos o frases- ya que esta información íntima se debe compartir con familiares o amigos, no con desconocidos.
- Usar contraseñas como un “cepillo de dientes”, como señalan los especialistas: no se comparten con otras personas, se cambian por otras nuevas con frecuencia y se emplean contraseñas que sean difíciles de adivinar. También colocar patrones de bloqueo al celular.
- Enfatizar que, si un adolescente desea enviar una foto íntima o hacer sexting -es algo, tal vez, inevitable-, que lo haga a una persona de confianza y que no mande fotos en la cual se ve su rostro u otra característica que lo identifique -por ejemplo, un tatuaje-.
- Nunca contestar mensajes de desconocidos en redes sociales o en el celular de cualquier tipo, por ejemplo, mensajes insinuantes o agresivos. Si el desconocido insiste, bloquearlo y avisar siempre a un adulto. Concientizar al menor qué es el *grooming*, en palabras que él o ella entienda y que este es un delito. No culpabilizar al menor, en caso de padecerlo.
- No contestar ningún tipo de agresión que se reciba en forma virtual. Muchas veces, quienes hacen *cyberbullying* o *trolling* están esperando que uno conteste para incrementar la agresión. Enseñar que, si uno recibe un mensaje agresivo, no se debe responder. Si el mensaje se vuelve a reiterar, bloquear al agresor y hablar con un adulto del tema. Si el acto ofensivo continúa, hablar nuevamente con el adulto para que tome medidas.
- Enseñar que no se debe hacer en la red, lo que no se haría cara a cara. Asimismo, no confiar en personas que solo se conocen online; no siempre las personas son quienes dicen ser en las redes sociales.
- Educar a los menores en guardar cualquier información que sirva de evidencia para comprobar el *grooming* u otras agresiones: mensajes, capturas de pantallas de los mensajes hirientes o fotos en la cual nos ridiculizan, entre otros.
- Hacer recreo de las TIC y monitorear su uso: no usarlas de noche o antes de dormir -ya que quitan el sueño-, no tener computadoras en el cuarto donde se duerme o en lugares en lo que es difícil su monitoreo. Evitar que los hijos tengan celular o tabletas a edades muy tempranas.
- Importancia de la educación sexual y una imagen positiva de la sexualidad, como también de que las TIC no son malas en sí, sino que dependen de cómo se usan.

- Tener en cuenta que es posible que un menor no le cuente a un adulto esta situación –por miedo o vergüenza-, por lo cual se deben tener en cuenta posibles indicios del *grooming* o el cyberbullying: dejar de usar las TIC repentinamente, nervios o ansiedad en un menor al recibir un mensaje en su celular, ocultar el uso de las TIC, cambios repentinos de comportamiento, entre otros.
- Ser realista –no se puede simplemente prohibir el uso de TIC- y transmitir confianza y seguridad a los niños y adolescentes. Alentar siempre el diálogo y, si se va a hablar de las TIC y sus riesgos, empezar con los aspectos positivos de ellas.
- Estas recomendaciones también pueden ser seguidas por los adultos para evitar los riesgos y peligros de un uso no responsable de las TIC.

El uso positivo de la tecnología

A pesar de lo mencionado anteriormente, la tecnología puede contribuir a que las personas desarrollen su potencial, su bienestar y su felicidad (Calvo y Peters, 2014). La tecnología es una herramienta que puede favorecer a un mayor y mejor bienestar y la Psicología Positiva puede colaborar con este fin, desarrollando sistemas y aplicaciones impulsen el crecimiento personal (Distéfano et al. 2015), ya que es posible combinar los conocimientos de la Psicología Positiva con las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) con el objetivo de mejorar las características de nuestra experiencia personal aumentando el bienestar y generando fortalezas en las personas, las organizaciones y la sociedad (Villani et al. 2016)

Debido al uso extendido que tiene la tecnología de la comunicación y la información en el mundo en el que vivimos, hay un interés creciente en mejorar el aprendizaje y el rendimiento de los estudiantes utilizando la tecnología como una herramienta para la enseñanza y el aprendizaje, y esto se está convirtiendo en un objetivo de formación y actualización docente y de las instituciones educativas (Costley, 2014). Aunque los cambios en los procesos educativos van ocurriendo lentamente, las tecnologías digitales han avanzado con rapidez, razón por la que las instituciones educativas han ido integrando estos recursos tecnológicos a las metodologías de enseñanza (González y Tudela, 2017). Las aulas alrededor del mundo han implementado muchas formas de tecnología para mejorar el interés y los logros de los niños y adolescentes, como herramientas complementarias para mejorar el aprendizaje de los contenidos de las materias, como así también en el desarrollo de valores, capacidades y aptitudes (Flanagan, 2008).

Algunos autores han clasificado las tecnologías positivas según sus efectos (Riva et al. 2020). Un tipo es el hedónico, que es la utilización de la tecnología para experiencias positivas y placenteras. Otro es el eudaemónico que colabora ayudando a las personas a alcanzar mayores niveles de compromiso y autorrealización. Por último, está el nivel social o interpersonal en el que la tecnología es usada para mejorar la relación entre las personas, promoviendo las intenciones colectivas, el compromiso social, la gratitud, la empatía y el altruismo (Riva et al. 2020).

En los últimos años, este campo de investigación ha atraído cada vez más a los académicos de distintas disciplinas, que se han focalizado en diseñar, desarrollar y validar programas digitales novedosos con el objetivo de promover las experiencias positivas, el flow, el significado de la vida, el compromiso y las relaciones positivas. Existen estudios que comprueban su aceptación y efectividad, prescindiendo de entrenar profesionales para esos abordajes (Schueller y Parks, 2012). El objetivo final es colaborar en que las personas sean más felices y plenas, fomentando el optimismo, la gratitud, la atención plena que conduce a la relajación y la serenidad, y el desarrollo de las fortalezas personales (Carrillo, 2018).

Existen diferentes programas de intervención para la promoción de la prosocialidad, es decir para fomentar los actos voluntarios y positivos con intención de ayudar o beneficiar a otra persona o grupo, que han demostrado su eficacia (Eisenberg et al. 2006). Sin embargo, la mayoría son de larga duración, implican una implementación presencial y se han llevado a cabo solo en el país en el que se desarrollaron (Mesurado et al. 2019b). Cabe señalar que la excepción es el programa CEPIDEA⁴, que se ha aplicado en al menos tres países diferentes: Italia (Caprara et al. 2014; Caprara et al. 2015), Chile y Colombia (Luengo-Kanacri et al. 2020). Hasta donde sabemos, el programa Héroe es el único programa corto con modalidad virtual cuya usabilidad y eficacia en la promoción de conductas prosociales ha sido estudiada (Mesurado, Distefano, Robiolo, y Richaud, 2019a).

El caso del programa “Héroe”

Mesurado et al. (2019a) desarrollaron un programa en línea, llamado Héroe (<https://www.herointervention.com/>), que se enmarcó en el campo de la Tecnología Positiva, que tiene como objetivo promover variables socioemocionales en adolescentes, tales como el

4 Promover las habilidades prosociales y emocionales para contrarrestar los problemas de externalización en la adolescencia (acrónimo italiano CEPIDEA).

comportamiento prosocial, conductas dirigidas a ayudar a otra personas como puede ser extraños, familiares o amigos, y las emociones positivas.

Héroe es un programa breve autoadministrado y guiado por un Sensei. Como se puede ver en la Figura 1, se ofrece a los participantes un viaje de aventura en el que visitarán a través de 5 islas, que configuran los módulos de intervención (Isla de la empatía, Isla de la gratitud, Isla de las emociones positivas, Isla del perdón e Isla del compromiso social).



Figura 1. Captura de pantalla del programa Héroe con las 5 islas de intervención.

Las 5 sesiones de intervención (representadas en forma de islas), se realizan en sesiones independientes con una duración aproximada de 30 a 40 minutos cada una y no se pueden repetir. Cada isla comienza con un video psicoeducativo en que se desarrolla y explica la variable a trabajar a la vez que busca motivar y comprometer al adolescente a reflexionar y profundizar en cada tema propuesto. Luego prosiguen distintas actividades para estimular cada variable incluyendo videos y diferentes actividades (por ejemplo, un libro de agradecimiento, ejercicios para promover la relajación y el reconocimiento de emociones, etc.). En investigaciones previas Héroe se implementó utilizando diferentes modalidades, desde el hogar en adolescentes argentinos (Mesurado et al. 2019b), y en la

escuela en adolescentes argentinos y uruguayos (Mesurado et al. 2020). Ambos tipos de implementaciones han mostrado un impacto positivo en el desarrollo psicoemocional de los adolescentes.

En estudios anteriores los resultados del programa “Héroe” indicaron que existe un crecimiento progresivo y lineal de cada una de las variables promovidas, esto sería un indicio de que las actividades incluidas en el programa parecen cumplir con el objetivo de promover la prosocialidad, así como cada una de las variables vinculadas empíricamente a ella como la empatía, la gratitud, la satisfacción y el perdón (Mesurado et al. 2019b).

El programa “Héroe” durante la pandemia

La pandemia de COVID-19 ha tenido un fuerte impacto en todo el mundo modificando nuestra vida social cotidiana y, en particular, las interacciones familiares y sociales. Los gobiernos han reaccionado de manera diferente a la pandemia; varios países latinoamericanos han decretado el aislamiento preventivo obligatorio para evitar la propagación del virus COVID-19. Argentina ha pasado por más de 7 meses de aislamiento preventivo obligatorio que incluyó cierres de fronteras, suspensión de clases presenciales en escuelas, restricción o cierre de lugares públicos, restricciones o prohibición de reuniones familiares o sociales. Este contexto social inusual y prolongado en Argentina propició un alto nivel de malestar psicológico. Estudios recientes han indicado que el 40% de los adolescentes tiene miedo de contraer el virus, el 35% de los adolescentes cree que la cuarentena tiene un impacto emocional en ellos mismos, entre el 20 y el 30% de los adolescentes reportaron niveles leves o moderados de ansiedad, mientras que el 37% informó algún síntoma de depresión (Canet-Juric et al. 2020). Debido a este contexto social, Argentina se ha convertido en un lugar propicio para implementar intervenciones basadas en la tecnología positiva con el fin de mitigar el malestar psicológico, mejorar el bienestar y promover actitudes colaborativas que contribuyan al buen clima familiar y social.

Un aspecto importante del bienestar psicológico es la promoción de la emocionalidad positiva. Para Fredrickson, las emociones positivas implican una interpretación personal positiva del suceso sea interno o externo. El significado que le demos a la experiencia puede ser consciente o inconsciente y traerá consigo un conjunto de cambios subjetivos a nivel fisiológico, psicológico, conductual e incluso social. En otras palabras, para que realmente vivencemos una emoción positiva no alcanza con la agradabilidad sensorial, sino que debe añadirse una interpretación personal positiva (Fredrickson y Cohn, 2008, Fredrickson y Joiner, 2018). Dado el contexto de pandemia actual, vimos la necesidad de

aplicar herramientas que permitan revertir el significado de las experiencias negativas actuales de los adolescentes reinterpretándolas de un modo más positivo y funcional para su desarrollo personal. Por otro lado, dado que la situación de confinamiento puede traer asociados altos niveles de conflictividad en las relaciones interpersonales entre de la familia e incluso con los pares y amigos (a través de redes virtuales). Por ello, es que vimos también la necesidad de promover conductas prosociales entre los adolescentes. Por conducta prosocial, se entiende todo tipo de conducta destinada a consolar, confortar o brindar algún tipo de ayuda material o emocional a otra persona o grupos de personas. Investigaciones previas han mostrado que la promoción de las conductas prosociales tiende a bajar los niveles de conflictividad, agresividad y también contribuye a generar ambientes cálidos en las relaciones interpersonales (Mesurado, 2020).

Los programas de intervención computarizados pueden ser una herramienta ventajosa en este contexto social porque están disponibles en cualquier momento y en cualquier lugar. Rompiendo de alguna manera las barreras temporales y acortando distancia con aquellos que se encuentran alejados físicamente de los desarrolladores o implementadores de las intervenciones.

Ante esta realidad el objetivo fue analizar la efectividad de la intervención Héroe en la promoción de las emociones positivas y el comportamiento prosocial hacia los extraños, los miembros de la familia y los amigos durante la situación de cuarentena obligatoria a causa del COVID-19 en adolescentes de Argentina. Además, se estudió el efecto mediador de las emociones positivas en la efectividad de la intervención en la promoción de la conducta prosocial.

Resultados obtenidos del programa “Héroe”

El estudio incluyó a 115 participantes en el grupo de intervención y 106 participantes en el grupo de control en lista de espera. El rango de edad de los participantes fue de 12 a 15 años, siendo el promedio de edad de 14 años. El 47% de los participantes eran varones. El porcentaje de deserción del programa fue del 20%. Los participantes fueron de nivel socioeconómico medio.

Para acceder a los participantes, nos contactamos con instituciones educativas interesadas en el programa. Se incluyeron en el estudio 3 instituciones de Argentina. Se utilizó un ensayo aleatorio grupal con un diseño pre-test y post-test con grupo experimental y control. Los participantes incluidos en el grupo de control fueron puestos en lista de espera

para participar en el programa una vez finalizada la evaluación post-test. El programa se ofreció como una actividad extraescolar en los colegios. Los adolescentes accedieron al programa desde sus hogares una vez por semana durante el tiempo de aislamiento. Cada 10 alumnos se asignó un psicólogo entrenado previamente en el uso del programa, quien fue el encargado de implementar la intervención y asesorar a los adolescentes. La intervención consistió en 7 sesiones con una frecuencia semanal de ingreso al programa virtual: evaluación pre-test, 5 sesiones de intervención y una evaluación post-test.

Los resultados indicaron que Héroe fue efectivo en la promoción de las emociones positivas (alegría, satisfacción, gratitud, serenidad y simpatía) en los adolescentes que participaron del programa. Además, mostró un impacto positivo en el desarrollo de conductas solidarias destinadas a ayudar a personas extrañas, la familia y los amigos en los adolescentes de Argentina durante la situación de COVID-19. La eficacia del programa Héroe sobre la prosocialidad estaría moderada por la promoción de los estados emocionales positivos.

Comentarios finales sobre el programa

La situación de aislamiento social preventivo y obligatorio tuvo un impacto psicológico negativo en la población adolescente por la falta de interacción social, el miedo al contagio y el miedo o la pérdida de seres queridos. La implementación del programa Héroe en Argentina estuvo dirigida a mitigar el malestar y a promover las emociones positivas y las conductas prosociales hacia los extraños, la familia y los amigos de adolescentes.

Los resultados indicaron que Héroe fue efectivo en la promoción de las emociones positivas (alegría, satisfacción, gratitud, serenidad y simpatía) en los adolescentes que participaron del programa. Estos hallazgos son sumamente relevantes porque contribuyen a aportar evidencia sobre la eficacia del programa en la promoción del bienestar psicológico. Evidentemente, las actividades dirigidas a promover la relajación, el disfrute, las actitudes de agradecimiento hacia los otros y hacia las oportunidades recibidas, suscitaron un espacio de reflexión que contribuyó a generar mayores niveles de emociones positivas entre los participantes del programa.

Asimismo, Héroe mostró un impacto positivo en el desarrollo de conductas solidarias destinadas a ayudar a personas extrañas en los adolescentes de Argentina durante la situación de COVID-19. Este resultado es relevante porque investigaciones previas han mostrado que las conductas prosociales dirigidas hacia los extraños son más difíciles de

alcanzar que las dirigidas hacia los miembros de la familia o los amigos (Padilla-Walker y Christensen, 2011); pues en las conductas prosociales hacia personas conocidas media una relación emocional que contribuye al surgimiento de la conducta de ayuda. Por otro lado, el programa promovió las conductas prosociales hacia la familia y los amigos. Estos hallazgos van en la misma dirección que investigaciones previas realizadas en adolescentes de Argentina y Uruguay antes de la pandemia de COVID-19, la cual mostró la eficacia de Héroe en la promoción de las conductas prosociales en diferentes contextos relacionales (familiar, de amistad y comunitario) fuera de una situación de aislamiento social (mesurado et al. 2020).

La actual investigación agrega evidencia en la línea de que el programa Héroe no solo promueve de forma directa las emociones positivas y la conducta prosocial, sino que además muestra el efecto mediador de las emociones positivas en la promoción de la prosocialidad de los adolescentes. La eficacia del programa Héroe sobre la prosocialidad estaría potenciada por la promoción de los estados emocionales positivos en los adolescentes. Lo que sugiere que los estados emociones de gratitud, serenidad, satisfacción con uno mismo promoverían las conductas de ayuda de los adolescentes en los tres principales campos de su accionar como son el contexto familiar, de amistad y en el comunitario. Es así como los estados emocionales saludables crearían un ámbito propicio para el surgimiento de las conductas de ayuda.

Por otro lado, nuestros resultados indican que la implementación de programas de intervención virtual durante la situación de pandemia mundial podría ser un recurso valioso para la promoción de espacios de crecimientos personal entre los adolescentes. De este modo podrían ser un recurso que permita ya no sólo mitigar los efectos psicológicos negativos de la pandemia, sino también crear espacios propicios para la reflexión que posibiliten un desarrollo psicológico saludable. Asimismo, los resultados nos permiten pensar que el programa Héroe se presenta como una oportunidad positiva para acortar la brecha entre las características actuales del carácter de los adolescentes y las características potencialmente virtuosas de los adolescentes como propone Miller (2017) en su libro *The Character Gap*.

Por último, esta situación de pandemia mundial nos lleva a repensar el rol y el valor de las intervenciones virtuales en la promoción de la salud psicológica de la población. Si bien no sustituyen las interacciones e intervenciones presenciales pueden ser un buen complemento para la promoción del bienestar. De allí el interés de aplicarlas a diferentes contextos sociales y culturales con el objetivo de contar con herramientas de intervención sólidamente validadas.

Conclusiones

Las TIC son una herramienta que han traído notables beneficios, como rápido acceso al conocimiento, estar más comunicado, potenciar la creatividad o agilizar nuestras actividades. El mensaje para los menores debe ser hablar de sus beneficios, riesgos y cómo evitar sus aspectos negativos. Del mismo modo, se debe generar intervenciones empíricas a través de ellas para favorecer un desarrollo positivo de los niños y adolescentes.

Referencias

- Barrense-Dias, Y., Berchtold, A., Surís, J. y Akre, C. (2018). Sexting and the Definition Issue. *Journal of Adolescent Health, 61*(5), 544-554. DOI:10.1016/j.jadohealth.2017.05.009
- Bergen, E., Davidson, J., Schulz, A., Schuhmann, P., Johansson, A., Santtila, P. y Jern, P. (2014). The effects of using identity deception and suggesting secrecy on the outcomes of adult-adult and adult-child or-adolescent online sexual interactions. *Victims & Offenders, 9*(3), 276-298. DOI: <https://doi.org/10.1080/15564886.2013.873750>
- Buckels, E.E., Trapnell, P.D. y Paulhus, D.L. (2014). Trolls just want to have fun. *Personality and Individual Differences, 67*, 97-102. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.016>
- Calvete, E., Orue, I., Estévez, A., Villardón, L. y Padilla, P. (2010). Cyberbullying in adolescents: Modalities and aggressors' profile. *Computers in Human Behavior, 26*, 1128-1135. DOI:10.1016/j.chb.2010.03.017
- Calvo, R. A. y Peters, D. (2014). *Positive computing: technology for wellbeing and human potential*. The MIT Press.
- Canet-Juric, L., Andrés, M. L., y Urquijo, S. (2020). *Evaluación del Impacto Emocional del Aislamiento por COVID-19*. Informe de resultados primera corte. Retrieved from Mar del Plata, Buenos Aires. <https://acortar.link/iApp8>
- Caprara, G.V., Kanacri, B.P.L., Gerbino, M., Zuffiano, A., Alessandri, G., Vecchio, G., ... y Bridglall, B. (2014). Positive effects of promoting prosocial behavior in early adolescence: Evidence from a school-based intervention. *International Journal of Behavioral Development, 38*(4), 386-396. DOI:10.1177/0165025414531464
- Caprara, G.V., Kanacri, B.P.L., Zuffianò, A., Gerbino, M. y Pastorelli, C. (2015). Why and how to promote adolescents' prosocial behaviors: Direct, mediated, and moderated effects of the CEPIDEA school-based program. *Journal of youth and adolescence, 44*(12), 2211-2229. DOI:10.1007/s10964-015-0293-1
- Carrillo, J.A.O. (2018). Hacia una tecnología educativa positiva. *Etic@ net. Revista científica electrónica de Educación y Comunicación en la Sociedad del Conocimiento, 18*(1), 1-3. DOI: <https://doi.org/10.30827/eticanet.v18i1.11878>
- Cooper, K., Quayle, E., Jonsson, L. y Svedin, C.G. (2016). Adolescents and self-taken sexual images: A review of the literature. *Computers in Human Behavior, 55*, 706-716. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.10.003>

- Costley, K.C. (2014). The Positive Effects of Technology on Teaching and Student Learning. *ERIC Institute of Education Science*, 1, 1-11. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED554557.pdf>
- Crimmins, D.M. y Siegfried-Spellar, K.C. (2014). Peer attachment, sexual experiences, and risky online behaviors as predictors of sexting behaviors among undergraduate students. *Computers in Human Behavior*, 32, 268-275. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.12.012>
- De Santisteban, P. y Gámez-Guadix, M. (2017). Estrategias de persuasión en grooming online de menores: un análisis cualitativo con agresores en prisión. *Psychosocial Intervention*, 26, 139-146. DOI: [10.1016/j.psi.2017.02.001](https://doi.org/10.1016/j.psi.2017.02.001)
- Distéfano, M.J., O'Connor, J., Mongelo, M.C. y Lamas, M.C. (2015). Tecnología positiva. El uso de la tecnología para mejorar el bienestar personal y las interacciones sociales. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 15(1), 93-112. DOI: <https://doi.org/10.18682/pd.v15i1.485>
- Eisenberg, N., Fabes, R.A. y Spinard, T.L. (2006). Prosocial Development. En N. Eisenberg, W. Damon. y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (646-718). John Wiley & Sons Inc. DOI: <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0311>
- Facio, A. y Resett, S. (2012). Argentina. En J. Arnett (Ed.), *Adolescent Psychology around the World* (pp. 151-162). Psychological Press.
- Flanagan, J.L. (2008). *Technology: The positive and negative effects on student achievement*. Thesis Master of Science in Education. Department of Education and Human Development of the State University of New York College.
- Fredrickson, B.L. y Cohn, M.A. (2008). Positive emotions. En M. Lewis, J. Haviland. y L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3rd ed.). Guilford Press.
- Fredrickson, B.L. y Joiner, T. (2018). Reflections on positive emotions and upward spirals. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 194-199. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691617692106>
- Gámez-Guadix, M., De Santisteban, P. y Alcázar, M. (2017). The Construction and Psychometric Properties of the Questionnaire for Online Sexual Solicitation and Interaction of Minors with Adults. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 30(8), 1-17. DOI: [10.1177/1079063217724766](https://doi.org/10.1177/1079063217724766)

- Gámez-Guadix, M., De Santisteban, P. y Resett, S. (2017). Sexting among Spanish Adolescents: Prevalence and personality profiles. *Psicothema*, 29(1), 29-34. DOI: 10.7334/psicothema2016.222
- González, J.B.L. y Tudela, J.M.O. (2017). Cambios en la percepción del profesorado sobre la incidencia positiva de las tecnologías digitales en Educación Primaria y Secundaria. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 18. DOI: <https://doi.org/10.17561/reid.v0i18.3401>
- Hardaker, C. (2013). "Obvious trolls will just get you banned": Trolling versus corpus linguistics. *HardieA. LoveR. (Eds.), Corpus linguistics*, 3, 112-114.
- Jones, L.M., Mitchell, K.J. y Finkelhor, D. (2012). Trends in youth Internet victimization: Findings from three youth Internet safety surveys 2000-2010. *Journal of Adolescent Health*, 50, 179-186. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2011.09.015
- Kowalski, R.M., Giumetti, G.W., Schroeder, A.N. y Lattanner, M.R. (2014). Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological Bulletin*, 140(4), 1073-1137. DOI: 10.1037/a0035618
- Kowalski, R.M. y Limber, S.P. (2007). Electronic bullying among middle school students. *Journal of Adolescent Health*, 41(6), 22-30. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2007.08.017
- Luengo-Kanacri, B.P., Zuffiano, A., Pastorelli, C., Jiménez-Moya, G., Tirado, L.U., Thartori, E., ... y Martínez, M.L. (2020). Cross-national evidence of a school-based universal programme for promoting prosocial behaviours in peer interactions: Main theoretical communalities and local unicity. *International Journal of Psychology*, 55, 48-59. DOI: 10.1002/ijop.12579
- Manlove, J., Terry-Humen, E. y Ikramullah, E. (2006). Young teenagers and older sexual partners: Correlates and consequences for males and females. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38, 197-207. DOI: <https://doi.org/10.1363/3819706>
- Marcum, C.D., Higgins, G.E. y Nicholson, J. (2017). I'm watching you: Cyberstalking behaviors of university students in romantic relationships. *American journal of criminal justice*, 42(2), 373-388. DOI: 10.1007/s12103-016-9358-2
- Mesurado, B. (2020). *Diez Fundamentos Psicológicos de la Conducta de Ayuda*. EUNSA.
- Mesurado, B., Distéfano, M. J. y Falco, M. (2019a). Estudio de usabilidad y percepción de eficacia de los módulos que componen el Programa Héroe. *Estudios sobre Educación*, 37(1), 11-31. DOI: <https://doi.org/10.15581/004.37.11-32>

- Mesurado, B., Distefano, M. J., Robiolo, G. y Richaud, M. C. (2019b). The Hero program: Development and initial validation of an intervention program to promote prosocial behavior in adolescents. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(8), 2566-2584. DOI: 10.1177/0265407518793224
- Mesurado, B., Distefano, M. J., Robiolo, G. y Richaud, M. (2019). Hero. [Aplicación móvil] <https://www.herointervention.com/>
- Mesurado, B., Guerra, P., De Sanctis, F. y Rodriguez, L. M. (2019c). Validation of the spanish version of the prosocial behavior toward different targets scale. *International Social Work*. DOI: 10.1177/0020872819858738
- Mesurado, B., Oñate, M. E., Rodríguez, L. M., Putrino, N., Guerra, M. P. y Vanney, C. E. (2020). Study of the efficacy of the Hero program: cross-national evidence. *PloS one*. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238442>
- Miller, K. (2017). *The Character Gap: How Good Are We? (Philosophy in Action)*. New York: Oxford University Press.
- Navarro, J. N., Marcum, C. D., Higgins, G. E. y Ricketts, M. L. (2016). Addicted to the thrill of the virtual hunt: Examining the effects of Internet addiction on the cyberstalking behaviors of juveniles. *Deviant Behavior*, 37, 893–903. DOI: <https://doi.org/10.1080/01639625.2016.1153366>
- Padilla-Walker, L. M. y Christensen, K. J. (2011). Empathy and Self-Regulation as Mediators Between Parenting and Adolescents' Prosocial Behavior Toward Strangers, Friends, and Family. *Journal of Research on Adolescence*, 21(3), 545-551. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00695.x>
- Paullet, K.L., Rota, D.R. y Swan, T.T. (2009). Cyberstalking: an exploratory study of students at a mid-atlantic university. *Issues Informat. Syst.* 10(2), 640–649. DOI: https://doi.org/10.48009/2_iis_2009_640-649
- Phillips, W. (2015). *This is why we can't have nice things: Mapping the relationship between online trolling and mainstream culture*. The MIT Press.
- Pontzer, D. (2010). A theoretical test of bullying behavior: Parenting, personality, and the bully/victim relationship. *Journal of Family Violence*, 25, 259 –273. DOI: 10.1007/s10896-009-9289-5

- Purcell, R., Pathé, M. y Mullen, P. (2001). A Study of Women Who Stalk. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 2056-2060. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.12.2056>
- Quesada, S., Fernández-González, L. y Calvete, E. (2018). Sexting en la Adolescencia: Prevalencia y Asociación con la Victimización de Acoso Online y Violencia en el Noviazgo. *Psicología Conductual*, 26(2), 225-242. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/09/01_Quesada_26-2.pdf
- Resett, S. (2020). Sexting en adolescentes argentinos: su asociación con los problemas emocionales y la personalidad oscura. *Escritos de Psicología*, 12(2), 99-102. <https://dx.doi.org/10.24310/espisiesepsi.v12i2.10060>
- Resett, S. (2021). Grooming online, sexting and emotional problems in Argentinean adolescents. *Ciencias Psicológicas*, 15(1), e2397. <https://doi.org/10.22235/cp.v15i1.2397>
- Resett, S. A. y González-Caino, P.G. (2019). Propiedades psicométricas de un Cuestionario de Trolling en una muestra argentina. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 11(1), 48-57. DOI: <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.20870>
- Rice, E., Rhoades, H., Winetrobe, H., Sanchez, M., Montoya, J., Plant, A. y Kordic, T. (2012). Sexually explicit cell phone messaging associated with sexual risk among adolescents. *Pediatrics*, 130, 667-673. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0021d>
- Riva, G., Mantovani, F. y Wiederhold, B. K. (2020). Positive technology and COVID-19. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(9), 581-587. DOI: <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.29194.gri>
- Schueller, S.M. y Parks, A.C. (2012). Disseminating self-help: positive psychology exercises in an online trial. *Journal of medical Internet research*, 14(3), e63. <https://www.jmir.org/2012/3/e63>. DOI: 10.2196/jmir.1850
- Sest, N. y March, E. (2017). Constructing the cyber-troll: Psychopathy, sadism, and empathy. *Personality and Individual Differences*, 119, 69-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.038>
- Short, E., Guppy, A., Hart, J. A. y Barnes, J. (2015). The impact of cyberstalking. *Studies in Media and Communication*, 3(2), 23-37. DOI: <https://doi.org/10.11114/smc.v3i2.970>

- Smith, P.K., Mahdavi, J., Carvalho, C. y Tippett, N. (2006). *An investigation into cyberbullying, its forms, awareness and impact, and the relationship between age and gender in cyberbullying*. Londres: A Report to the Anti-Bullying Alliance.
- Smoker, M. y March, E. (2017). Predicting perpetration of intimate partner cyberstalking: Gender and the Dark Tetrad. *Computers in Human Behavior*, 72, 390-396. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.03.012>
- Tokunaga, R. S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior*, 26, 277–287. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.11.014>
- Villani, D., Cipresso, P., Gaggioli, A. y Riva. G. (2016). *Integrating Technology in Positive Psychology*. IGI Global.
- Willard, N. (2005). *Educator’s Guide to Cyberbullying and Cyberthreats*. <http://new.csriu.org/cyberbully/docs/cbcteducator.pdf>
- Wolak, J., Finkelhor D., Mitchell K. y Ybarra M. (2007). Internet prevention messages: Targeting the right online behaviors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(2), 138-145. DOI: 10.1001/archpedi.161.2.138D
- Worsley, J. D., Wheatcroft, J. M., Short, E. y Corcoran, R. (2017). Victims’ voices: Understanding the emotional impact of cyberstalking and individuals’ coping responses. *SAGE Open*, 7(2), 1–13. DOI: <https://doi.org/10.1177/2158244017710292>
- Wurtele, S.K. y Kenny, M.C. (2016). Technology-Related Sexual Solicitation of Adolescents: A Review of Prevention Efforts. *Child abuse review*, 25(5), 332-344. DOI: 10.1002/car.2445
- Ybarra, M. y Mitchell, K. (2004). Youth engaging in online harassment: Associations with caregiver-child relationships, Internet use, and personal characteristics. *Journal of Adolescence*, 2(3), 319-336. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.03.007>

Introducción

La Psicología escolar atiende las necesidades crecientes de los estudiantes, familias y centros educativos y se enfoca en el bienestar y cumplimiento de los derechos universales de la niñez. El tema de niños y adolescentes en los entornos digitales en estos tiempos es central en el desarrollo, la educación y la salud mental infanto-juvenil. La familia y la comunidad tienen preocupaciones sobre la interacción de esta población en el mundo digital y falta la información basada en evidencia. Por otro lado, el desarrollo de nuevas tecnologías para la evaluación e intervención que facilitan las tareas del psicólogo escolar han transformado la manera en que se brinda el servicio. Esto ha provocado un cambio en la enseñanza universitaria de capacitación en Psicología escolar y la necesidad de adaptación de los que ya están en la práctica. Alsoqaih et al. (2017) mencionan que a medida que evoluciona el campo de la Psicología escolar, los psicólogos escolares se verán cada vez más llamados a integrar la tecnología en la prevención y la intervención.

En este escrito se esboza el rol de la Psicología escolar en entornos digitales en la prevención, evaluación, intervención, consultoría e integración de familia y comunidad desde la teoría ecológica de sistemas de Bronfenbrenner. Se presentan temas pertinentes para atender las crecientes necesidades de la niñez, como los efectos de la pobreza, violencia, manejo de crisis, falta de servicios de salud pública, entre otras. Se plantean las oportunidades de los entornos digitales en la Psicología escolar, como el aumento en el alcance de servicios y la reducción del tiempo en tareas administrativas, que permite atender las necesidades del estudiantado a través del servicio directo.

Rol de la Psicología escolar en entornos digitales

La Psicología escolar atiende las necesidades crecientes de los estudiantes, familias y centros educativos y se enfoca en el bienestar y cumplimiento de los derechos universales de la niñez. El profesional de la Psicología escolar cuenta con unas competencias específicas

para los entornos de aprendizaje, como la (1) Evaluación y prácticas basadas en datos, (2) Asesoría y colaboración, (3) Intervención de salud mental, (4) Intervención académica, (4) promoción de ambientes conducentes al aprendizaje, (5) Prevención y manejo de crisis, (6) Integración y colaboración con la familia y la comunidad, (7) Promoción de prácticas equitativas para diversas poblaciones estudiantiles y respeto por la diversidad, y (8) Investigación y prácticas basadas en evidencia y práctica profesional ético-legal (NASP, 2020). Estas competencias preparan al profesional de la Psicología escolar a trabajar en un escenario dinámico y diverso.

Burns (2013) concluyó que, aunque es probable que existan múltiples atributos que hacen que el campo sea único, incluyendo la toma de decisiones basada en datos y la experiencia tanto en salud mental como en aspectos del aprendizaje, es la aplicación de una perspectiva ecológica a los problemas escolares lo que nos hace únicos. Esta perspectiva analiza el desarrollo de un niño dentro del contexto del sistema de relaciones que forman su entorno. La interacción entre aspectos internos del niño, su entorno familiar, comunitario y social, estimula y dirige su desarrollo. Para que se puedan crear situaciones donde se pongan en sintonía los contextos que favorezcan procesos educativos de enseñanza y aprendizaje es necesario que estos se reconozcan mutuamente (*“co-reconocimiento”*), se valoren y acepten positivamente, así como que realicen cosas conjuntamente (*“co-acción”*) (Monreal y Guitart, 2012).

Desde una perspectiva ecológica de sistemas, el estudiante es la prioridad, y para atender sus necesidades particulares, el profesional de la Psicología escolar debe trabajar con los demás sistemas que impactan la vida del estudiante. Con esto me refiero a que el trabajo del profesional de la Psicología escolar no se limita a las intervenciones académicas y emocionales que le proporciona al estudiante, sino que se extiende a la asesoría que le brinda al personal escolar para mejorar los entornos de aprendizaje, el apoyo que le brinda a la familia para comprender conductas y fomentar el aprendizaje, y a la colaboración con la comunidad. Entonces, el rol del profesional de la Psicología escolar en el desarrollo saludable de los niños y jóvenes es esencial en estos tiempos.

El tema del impacto de la tecnología en el desarrollo infanto-juvenil se ha discutido hace unas décadas. El avance acelerado de las nuevas tecnologías de la comunicación y la información (TIC de aquí en adelante) ha generado, además de innumerables beneficios a la sociedad, cambios en los hábitos de vida que no siempre se asimilan de forma saludable (Soto et al. 2018). De estos hábitos pueden desarrollarse malos usos de las TIC, llegando a situaciones en las que se puede hablar de una adicción comportamental. Las investigaciones indican que para que algunas personas desarrollen este comportamiento

adictivo el porcentaje es muy bajo (entre el 1 y el 3%), muchas otras están “en riesgo” de desarrollarlo, con niveles altos de abuso y mal uso (fácilmente por encima del 20%) (Soto et al. 2018). Establecen además que, detrás de estos trastornos poco visibles, se encuentra una grave problemática psicológica y sociofamiliar. En el contexto escolar, se usa tecnología para velar por la seguridad cibernética, pero les falta añadir estrategias de prevención de conductas adictivas.

Con estos avances tecnológicos que llegan con rapidez y se reciben con poco conocimiento, los estudiantes, las familias y educadores necesitan más apoyo y asesoría en la planificación, integración y uso adecuado. El profesional de la Psicología escolar está situado en un escenario propicio para brindar estos servicios.

En este capítulo presentaré los roles del profesional de la Psicología escolar, basado en las competencias mencionadas anteriormente y aplicadas a los entornos digitales y a las TIC. El objetivo de este capítulo es presentarles ejemplos de modelos de servicios utilizados en la Psicología escolar y cómo se pueden aplicar en los entornos digitales, enmarcado en los distintos roles y funciones de los profesionales de la Psicología que trabajan en ambientes escolares. También se incluye una discusión de aspectos profesionales y ético-legales relacionados a los entornos digitales desde nuestra profesión.

Prevenición y manejo de crisis

Quisiera plantear el concepto de prevención desde dos vertientes: la promoción de habilidades y conocimientos, y las intervenciones específicas a grupos de riesgo. En la promoción de habilidades y conocimientos, el profesional de la Psicología escolar planifica e implementa de forma colaborativa programas y actividades específicas, de intervención temprana que promueven el bienestar de todo el estudiantado. Aplicado a las TIC, se pudiera orientar a toda la comunidad escolar sobre el uso adecuado de las tecnologías. Esto puede incluir aspectos de la neurociencia para explicar el impacto del uso inadecuado de las TIC, el uso de éstas para aumentar conocimiento, organización y motivación para el aprendizaje, aspectos sociales del uso de las TIC como, por ejemplo, el ciberbullying.

Soto et al. (2018) sugieren que estos programas de prevención que desarrollen en las escuelas deben incluir objetivos aplicables a la prevención de adicciones conductuales, como la gestión emocional y la comunicación y educar sobre el buen uso de las nuevas tecnologías. También plantean que el tema debe integrarse en otras iniciativas de promoción de estilos de vida saludables, tomando como referencia conceptos y enfoques

como el de los activos en salud, la salutogénesis, la resiliencia, la enseñanza entre iguales, la crianza positiva, etc.

■ Prácticas basadas en datos y sistemas de apoyo de múltiples niveles

Propongo la aplicación del enfoque de sistemas de apoyo de múltiples niveles como marco para desarrollar programas de prevención y de intervención. El sistema de apoyo de múltiples niveles es un sistema basado en evidencia, que promueve la integración efectiva de diversos programas y servicios dirigidos a aumentar el aprovechamiento académico, atender la conducta y el bienestar socioemocional de los estudiantes (NASP, 2016). Está diseñado para ayudar a las escuelas a identificar más puntualmente las necesidades de los estudiantes e intervenir rápidamente (Rolón et al. 2021). Incluye tres niveles: la base siendo el nivel 1, el intermedio o grupal nivel 2 y el intensivo el nivel 3. Se teoriza que los programas universales previenen conductas de riesgo para la mayoría de los estudiantes en la escuela (80%) (Mayer y Jimerson, 2019). En el nivel universal se le proporciona la programación a toda la población objetivo, independientemente del estado de riesgo individual. En el nivel dos, se dirigen a los estudiantes que necesitan una intervención adicional para prevenir conductas de riesgo. El nivel tres es el más intensivo, dirigido a aquellos estudiantes que no han logrado adquirir o eliminar las conductas deseadas en las intervenciones anteriores y requerirán de servicios más específicos e individuales.

El sistema de apoyo de múltiples niveles permite la aplicación de programas de prevención en las escuelas de manera organizada, enfocado en las necesidades específicas del estudiantado, basado en el uso de datos y en la evidencia. Según Rolón et al. (2021), los profesionales de la Psicología escolar juegan un rol importante en facilitar la implementación del sistema de apoyo de múltiples niveles. El primero es actuar como agente de cambio de sistemas trabajando con la docencia y la administración para facilitar las actividades de prevención e intervención, así como las evaluaciones relacionadas a nivel universal (Nivel 1) y de grupos pequeños (Nivel 2). Además, puede proveer capacitación y asesoría, en varios niveles de grado y en salones individuales.

El profesional de la Psicología escolar puede identificar estudiantes en riesgo de uso inadecuado de las tecnologías y desarrollar programas y actividades específicas para estos grupos para reducir las probabilidades de que usen las tecnologías inadecuadamente. Un ejemplo de esto es integrar temas del uso de las TIC en intervenciones con grupos de estudiantes con problemas de conducta.

Estas intervenciones también pueden girar en torno al uso de las tecnologías con estudiantes en riesgo para mejorar su conducta y aprovechamiento académico. Un ejemplo de esto es el uso de la tecnología en los grupos en riesgo al fracaso escolar y con problemas de conducta. Esta programación debe incluir los diversos sistemas en su aplicación: estudiante, escuela, familia y comunidad.

Intervenciones académicas y de salud mental

La intervención psicológica en escenarios escolares incluye las áreas académicas, socioemocionales, de conducta, y de crisis y prevención de trauma. La tecnología nos ayuda a poder desarrollar intervenciones efectivas basadas en datos. Aquellos estudiantes que necesitan apoyo adicional más allá de la instrucción básica pueden beneficiarse de la tecnología para sus intervenciones. Hay muchas intervenciones mejoradas por tecnología bien construidas y basadas en la investigación que se enfocan en las necesidades de los estudiantes y permiten que se implementen de forma estandarizada. Estas tecnologías se pueden utilizar en intervenciones para el desarrollo de destrezas como, por ejemplo, de lectura y matemáticas. Estos programas tienen software interactivo que parece atractivo para los estudiantes, permite intervenciones automatizadas con poca supervisión y se puede utilizar para desarrollar habilidades y objetivos específicos. Estos avances tecnológicos también han aumentado la disponibilidad de herramientas para usar cuando se trabaja con estudiantes con diversidad funcional.

Por otro lado, en investigaciones recientes, se ha encontrado que el uso de software de videoconferencia para ayudar en la implementación de la observación sistemática directa también aumenta la viabilidad y la eficiencia con la que la observación sistemática directa se puede utilizar en la investigación y la práctica (Burns, s.f.). Los profesionales de la Psicología escolar suelen utilizar enfoques directos tanto naturalistas como sistemáticos para observar el comportamiento de los estudiantes. El objetivo de la observación directa sistemática es medir comportamientos específicos y el análisis de los datos es estandarizado y no varían de un observador a otro. La información sobre la conducta puede obtenerse a través de aplicaciones, que ayudan a medir tiempo de participación académica, la ocurrencia de comportamiento inapropiado y la ocurrencia de respuestas de administración de tareas (Burns, s.f.). Estos programas proveen información precisa sobre la frecuencia de ocurrencia de tipos específicos de comportamientos y sobre los tipos de factores contextuales asociados con la ocurrencia de cada uno. Por lo tanto, podrían usarse para brindar retroalimentación a los maestros sobre cómo mejorar su instrucción y el plan de estudios para mejorar el ambiente en el aula.

El uso de la tecnología hace que la recopilación continua de datos y la toma de decisiones basada en datos sea más factible. El uso de datos para desarrollar y monitorear las intervenciones aumenta su eficacia, lo que incide en unas intervenciones más breves, con impactos significativos en el estudiante.

Evaluación

La evaluación psicológica es una de las tareas más conocidas y utilizadas en la Psicología. En el quehacer de la Psicología escolar, la evaluación es un proceso extenso, de recopilación de datos de múltiples entornos, que guía las decisiones diagnósticas, de asesoría y el desarrollo de la intervención. Hace décadas se buscan nuevas tecnologías para hacer del proceso evaluativo uno más eficiente y confiable.

Desde los años sesenta se ha iniciado el mercado de administración y corrección de pruebas psicológicas utilizando computadoras (Naglieri et al. 2004). Eso evolucionó a sistemas de corrección y análisis en plataformas online. Recientemente, las pruebas han comenzado a ser accesibles en iPads. Pearson, por ejemplo, creó el *Q-Interactive*, un sistema de tecnología basado en tabletas para ayudar a los profesionales a administrar y calificar ciertas pruebas. El examinador y el examinado utilizan iPads sincronizados entre sí para que el examinador pueda leer las instrucciones de administración, medir el tiempo y recoger las respuestas, y ver y controlar el iPad del examinado. La tableta del examinado muestra estímulos visuales y captura las respuestas de la pantalla táctil. Se necesita más investigación no solo sobre la equivalencia de la prueba, sino también sobre cómo el formato de una prueba puede afectar el comportamiento de un examinado (Castro et al. 2019).

Dada la tecnología avanzada disponible en la actualidad, los niños pueden presentarse más atentos durante una sesión de prueba en un iPad y es posible que el formato de la prueba no provoque ningún cambio en el comportamiento. Según una encuesta completada por Pearson, se informaron altas incidencias en las que *Q-Interactive* aumentó la participación y atención de los examinados o no tuvo ningún efecto. (Castro et al. 2019).

La mayoría de las casas publicadoras de pruebas psicológicas tienen disponibles un sin número de escalas de evaluación de conducta, del desarrollo, entre otras, que el profesional de la Psicología las recibe corregidas una vez el cuidador, docente o estudiante las complete, y con el análisis estadístico listas para ser interpretadas e integradas al trabajo evaluativo.

Luego de múltiples adiestramientos, prácticas y varias sesiones de evaluación digital, comprendí lo mucho que facilitaba mi trabajo el uso de herramientas tecnológicas para el proceso de evaluación. Las TIC han reducido significativamente el tiempo que le dedicamos a la administración, corrección y análisis de los resultados de la prueba. Esto aumenta el tiempo que podemos dedicarle al servicio directo. Además, el acceso inmediato a datos permite compartir resultados preliminares con la familia y el personal escolar de forma más rápida y confiable, y desarrollar las intervenciones con prontitud.

Promoción de ambientes conducentes al aprendizaje

El profesional de la Psicología escolar debe promover el uso de estas herramientas que ayudan a mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje para todos los estudiantes, incluidos y quizás priorizados, los estudiantes con diversidad funcional.

Las TIC son herramientas muy prometedoras que se han convertido en un punto clave para la enseñanza-aprendizaje debido a su gran alcance de información, acortando distancias entre usuarios, y que permite interactuar de una manera rápida (Farias-Cedeño et al. 2019). Metaanálisis recientes encontraron efectos de moderados a grandes para varias tecnologías, incluidas computadoras personales, planes de estudio similares a juegos y simulaciones interactivas, lo que sugiere que las escuelas podrían usar la tecnología para mejorar los conocimientos básicos de la instrucción (U.S. Department of Education, 2014).

Existen diferentes herramientas tecnológicas que pudieran aportar a la inclusión y atender las necesidades diversas de cada estudiante desde modalidades del diseño universal. El Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA) representado en la Tabla 1, es un modelo de enseñanza que tiene en cuenta la diversidad del alumnado y cuyo objetivo es lograr una inclusión efectiva, minimizando así las barreras físicas, sensoriales, cognitivas y culturales que pudieran existir en el aula. De manera que favorece la igualdad de oportunidades en el acceso a la educación (CAST, 2021). Algunos ejemplos de cómo facilitar la inclusión y el diseño universal a través de las TIC se describen en esta tabla:

Tabla 1. Modelo de enseñanza DUA.

Tipo de tecnología	Uso
Sistema de administración de contenidos	Permite acceso a material educativo del curso en varios formatos (escrito, video, audio); accesible en cualquier momento. Facilita el diseño variado de formatos de evaluación de aprendizaje (foros, pruebas, trabajos escritos) y fomenta el uso de herramientas de evaluación objetivas (ej. rúbricas).
Vídeos en línea	Uso de formato visual con contenido educativo que provee cc para ser más inclusivo. (Ej. <i>You Tube</i>)
Co-construcción colaborativa de contenidos	Fomentan la participación de todos y todas, de forma escrita o vídeo a través de foros.
Creación y elaboración creativa y colaborativa de documentos	Formato en línea que permite el acceso de un documento de varios usuarios y facilita el trabajo colaborativo.
Medios de comunicación	Fomentan la comunicación para trabajos en grupo; facilita el apoyo del docente hacia el alumno fuera del salón.
Simuladores	Utilizan aspectos sensoriales, como la realidad virtual, para explicar componentes específicos educativos.
Tomar notas	Apoya a estudiantes con dificultades visomotoras, de aprendizaje y atencionales en la toma de notas.
Cognitivas/ Académicas	Facilita hacer cálculos, gráficos, presentaciones y textos.

Fuente: Farias-Cedeño et al. 2019.

En el ámbito educativo las TIC se han convertido en una ayuda para aquellos estudiantes que estaban rezagados, mejorando las competencias de expresión y creatividad, debido a la flexibilidad y a la variedad de recursos y el acceso a información, en diferentes formatos, vídeo, voz, imágenes, texto en grandes cantidades, con elevados parámetros de calidad y eliminando las barreras de localización y tiempo (Farias-Cedeño et al. 2019).

Promoción de prácticas equitativas para poblaciones estudiantiles diversas y respeto por la diversidad

Conuerdo con las autoras Carmona-Sánchez y Morales-López (2021) quienes expresan que la alfabetización digital, y la conectividad de las personas son grandes pendientes sociales en el país. Es importante considerar la situación de los estudiantes que no poseen las condiciones sociológicas como conectividad a internet, equipos tecnológicos, aunado a quienes poseen algún tipo de diversidad funcional que minimiza o impide su participación de un modo activo.

Según Hacker y Hayes (2017), la educación es importante para reducir las desventajas y los psicólogos y psicólogos escolares hacen contribuciones fundamentales para reducir la desigualdad y maximizar la movilidad social. Entonces, parte de la labor de la Psicología escolar relacionado a la promoción de prácticas equitativas para diversas poblaciones estudiantiles y respeto por la diversidad, incluye asegurar atender aspectos relacionados a la brecha digital. Mejor explicado por Quevedo-Álava et al. (2020) como: (1) Brecha de acceso, que se refiere a tener o no tener acceso a conexión y dispositivos tecnológicos, (2) brecha de uso que se refiere al tiempo de uso y calidad de este y (3) brecha escolar que se refiere a las habilidades del profesorado, disponibilidad de recursos y adecuación de plataformas online de apoyo a la enseñanza.

Asesoría y colaboración

La asesoría es un modelo de prestación de servicios indirectos, que permite compartir conocimientos y brindar apoyo de forma eficaz a las y los consultados (Fischer et al. 2016). En estos tiempos los educadores, los estudiantes y sus familias se enfrentan a una nueva forma de educación para la que no están plenamente preparados. En un corto tiempo el sistema ha tenido que enfrentar grandes cambios, como el paso de la educación tradicional a la online y, en algunos casos, la implementación de un modelo híbrido. Quevedo-Álava et al. (2020) proponen que los profesionales relacionados a la orientación en las escuelas deben emplear con mayor énfasis las TIC con la finalidad de realizar abordajes psicopedagógicos y crear una cultura de su uso de forma frecuente, apoyado por un proceso formativo sobre el manejo de las TIC, con fines educativos y psicológicos en favor del aprendizaje. Nuestro trabajo se debe orientar a potenciar el rol de las plataformas digitales como herramientas de apoyo pedagógico y de evaluación, al igual que apoyar a los estudiantes para fomentar la autonomía, y adaptación a entornos digitales (Tello y Besserra, 2021).

Fischer et al. (2016) plantean que existen limitaciones prácticas que pueden restringir el alcance y la eficacia de los consultores escolares como, la demanda de recursos expertos y viajes que dificultan la disponibilidad cuando surgen las necesidades, especialmente en ubicaciones remotas o cuando la colaboración se produce a nivel internacional. Con los recientes avances en tecnología, ahora existen varias opciones viables para que los consultores escolares se comuniquen con los educadores a través de videoconferencias en línea sincrónicas sin la necesidad de equipos especializados.

La teleconsulta tiene el potencial de mejorar la provisión de servicios de asesoría aumentando la eficiencia de los psicólogos y psicólogas escolares y brindando a las personas, especialmente las de las zonas rurales, acceso a un mayor servicio. Los consultores escolares, en particular los que se encuentran en áreas rurales o de difícil acceso o con una gran cantidad de casos en varias escuelas, pueden considerar utilizar la tecnología para respaldar su participación en actividades profesionales esenciales (Fischer et al. 2016).

Los resultados de la investigación de Fischer et al. (2017) mostraron que los consultores pueden desarrollar una intervención conductual con un maestro e implementar de manera efectiva la intervención a través de la teleconsulta para mejorar los resultados de los estudiantes. Por otro lado, los maestros calificaron la teleconsulta como un medio aceptable para la prestación de servicios.

En Puerto Rico, en este año tras la pandemia, logré coordinar un servicio de asesoría a través de la videoconferencia para educadores. Aunque aún estamos recopilando los datos de la eficacia de la intervención, pudimos obtener datos cualitativos que resaltan el valor de conectar con expertos que les pudiera orientar en aspectos específicos relacionados a la pandemia, para los cuales no tenían las herramientas adecuadas. El formato individualizado y en videoconferencia, logró ser una herramienta adicional para acceder profesionales en Psicología escolar a distancia y en momentos de crisis.

La teleconsulta podría proporcionar un medio para aumentar la disponibilidad del servicio en áreas desatendidas, por ejemplo, zonas rurales, y el mayor uso de la teleconsulta podría beneficiar a estas personas al eliminar las barreras de distancia y tiempo de viaje para la prestación del servicio (Fischer et al. 2018).

Integración y colaboración con la familia y la comunidad

La integración de la familia en la escuela puede fortalecerse a través del uso de las TIC. Añadir estas tecnologías a las opciones para la asociación de la familia y escuela, facilita la comunicación bidireccional, empodera a la familia y fortalece el proceso de enseñanza-aprendizaje y desarrollo integral del estudiante. Los profesionales de la Psicología escolar deben promover el uso de las TIC para fortalecer esas asociaciones escuela-familia de forma diversa, asegurando atender las necesidades particulares de las familias.

Rolón et al. (2021) puntualizan que tanto la familia, la escuela y la comunidad no son entidades separadas sino, entrelazadas o conectadas y propone acercamientos para fortalecer la relación desde un espíritu de colaboración en asociación. La familia y la comunidad tienen preocupaciones sobre la interacción de esta población en el mundo digital y falta la información basada en evidencia. El profesional de la Psicología escolar a través de la asesoría y colaboración brinda información a la familia y educadores en cómo mejor abordar la tecnología para generar un aprendizaje significativo en el estudiante. Es necesario que el rol del profesional de la Psicología escolar trascienda el contexto escolar, para abordar en las comunidades, hogares, y focalizar la interconexión del aprendizaje con la realidad global (Quevedo-Álava et al. 2020).

Por otro lado, Reschly (s.f.) menciona que es necesario el coaprendizaje, la co-enseñanza y la co-toma de decisiones entre los estudiantes y las escuelas para los estudiantes que reciben intervención de Nivel 2 o Nivel 3. Propone que la tecnología puede ayudar con la toma de decisiones conjunta, ya que las herramientas de evaluación mejoradas por la tecnología generan informes con gráficos y otras cifras que facilitan la comprensión de los datos para los padres. Además, alienta a las escuelas a desarrollar métodos mejorados por la tecnología para la comunicación bidireccional. También anima a las escuelas a explorar las intervenciones basadas en la web que los padres podrían usar en casa, en colaboración con los maestros, para apoyar la instrucción diaria.

Capacitación en Psicología escolar y la necesidad de adaptación

Alsoqaih et al. (2017) mencionan que a medida que evoluciona el campo de la Psicología escolar, los psicólogos escolares se verán cada vez más llamados a integrar la tecnología en la prevención y la intervención. Esto requiere que las universidades actualicen sus programas para capacitar adecuadamente al futuro profesional de la Psicología escolar,

siendo las TIC un eje transversal en cada curso. También será importante capacitarlos en la promoción de los derechos de la niñez, para que puedan participar en espacios donde se producen las políticas públicas que impactan la educación.

Conclusión

Estos tiempos de pandemia han forzado a muchos a expandir o iniciarse en el uso de las TIC. Exhorto a que tomemos roles activos en el desarrollo de políticas públicas e iniciativas que salvaguarden los derechos de la niñez, incluidas el acceso y conocimiento de las TIC. Propongo investigar- desde una perspectiva centrada en la solución- lo que ha funcionado en nuestros espacios de trabajo, con las poblaciones a las que atendemos y continuar haciendo más de eso.

Referencias

- Alsoqaih, M.I., Elbedour, S. y Bastien, D.T. (2017). The Internationalization of School Psychology. *International Journal of Education and Human Developments*, 3(1). <http://ijehd.cgrd.org/images/vol3no1/1.pdf>
- Burns, M.K. (n.d.) *Using Technology to Enhance RTI Implementation*. <http://www.rtinetwork.org/getstarted/implement/using-technology-to-enhance-rti-implementation>
- Carmona-Sánchez, D.D. y Morales-López, H. (2021). Retos de la pedagogía en los tiempos de Covid-19. *Archivos en Medicina Familiar*, 23(2) 59-64. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2021/amf212a.pdf>
- Castro, C. J., Viesel, K., Dumont, R. y Guiney, M. (2019). Exploration of Children’s Test Behavior During iPad-Administered Intelligence Testing. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 37(1), 3–13. <https://doi.org/10.1177/0734282917729304>
- Center for Applied Special Technology (CAST). (2021). *About Universal Design for Learning*. <https://www.cast.org/impact/universal-design-for-learning-udl>
- Farias Cedeño, J. E., Íñiguez Auquilla, B. L. y Suárez Romero, M. D. (2019). Aplicación de las Tic’s en Psicopedagogía. (Spanish). *Revista Espacios*, 40(21), 1–11. <http://www.revistaespacios.com/a19v40n21/a19v40n21p09.pdf>
- Fischer, A. J., Dart, E. H., Radley, K. C., Richardson, D., Clark, R. y Wimberly, J. (2017). An Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of Teleconsultation. *Journal of Educational & Psychological Consultation*, 27(4), 437–458. <https://doi-org.ucapr.cobimet3.org/10.1080/10474412.2016.1235978>
- Fischer, A. J., Schultz, B. K., Collier-Meek, M. A., Zoder-Martell, K. A. y Erchul, W. P. (2018). A Critical Review of Videoconferencing Software to Support School Consultation. *International Journal of School & Educational Psychology*, 6(1), 12–22. DOI: 10.1080/21683603.2016.1240129
- Fischer, A. J., Dart, E. H., Lehman, E., Polakoff, B. y Wright, S. J. (2019). A Comparison of In-Vivo and Videoconference Momentary Time Sampling Observations of On-Task Behavior. *Assessment for Effective Intervention*, 45(1), 3–13. DOI: 10.1177/1534508418777846
- Hacker, A. H. y Hayes, A. (2017). Within and beyond: Some implications of developmental contexts for reframing school psychology. *Psychology in the Schools*, 54(10), 1252–1259. <https://doi-org.ucapr.cobimet3.org/10.1002/pits.22074>

- Mayer, M. J. y Jimerson, S. R. (Eds.). (2019). *School safety and violence prevention: Science, practice, policy*. American Psychological Association. <https://doi-org.ucapr.cobimet3.org/10.1037/0000106-000>
- Monreal, M. G. y Guitart, M. E. (2012). Consideraciones Educativas De La Perspectiva Ecológica De Urie Bronfenbrenner. *Contextos Educativos*, 15, 79–92.
- National Association of School Psychologists (NASP). (2020). NASP 2020 Domains of Practice. <https://www.nasponline.org/standards-and-certification/nasp-2020-professional-standards-adopted/nasp-2020-domains-of-practice>
- Naglieri, J. A., Drasgow, F., Schmit, M., Handler, L., Prifitera, A., Margolis, A. y Velasquez, R. (2004). Psychological Testing on the Internet: New Problems, Old Issues. *American Psychologist*, 59(3), 150–162. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.3.150>
- National Association of School Psychologists (NASP). (2016). *Every Students Succeeds Act opportunities: Multi Tiered Systems of Support*. https://www.nasponline.org/Documents/Research%20and%20Policy/ESSA_MTSS_Members.pdf
- Quevedo-Álava, R. y Corrales-Moreno, L. Palma-Delgado, G. y Mendoza-Suárez, G. (2020). Psicopedagogía y TIC en período de COVID-19. Una reflexión para el aprendizaje significativo. *Episteme Koinonía* 3, pp. 202. <https://doi.org/10.35381/e.k.v3i5.769>
- Reschly, A. (n.d.) *Schools, Families, and Response to Intervention*. <http://www.rtinetwork.org/essential/family/schools-families-and-rti>
- Rolón Martínez, M., Martínez Plana, M. y Moreno Torres, M.A. (July, 2021). La Psicología escolar como agente de cambio y promotor del bienestar social en la comunidad escolar. [Manuscript submitted for publication].
- Soto, A., de Miguel, N., y Díaz, V. P. (2018). Abordaje de adicciones a nuevas tecnologías: Una propuesta de prevención en contexto escolar y tratamiento de rehabilitación. An approach to addiction to new technologies: A proposal for prevention in the school environment and rehabilitation treatment. *Papeles Del Psicólogo*, 39(2), 120–126. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2867.pdf>
- Tello, A. y Besserra, D. (marzo, 2021) *El rol de los psicopedagogos en el segundo año de la pandemia*. <https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/el-rol-de-los-psicopedagogos-en-el-segundo-ano-de-la-pandemia/NOO6GX7K2VAIVL7FOJIXO7AJPU/>
- U.S. Department of Education. (2014). *Learning Technology Effectiveness*. <https://tech.ed.gov/wp-content/uploads/2014/11/Learning-Technology-Effectiveness-Brief.pdf>

Natalia Aristizábal-Henao y Clara Isabel Vélez González

Introducción

Desde tiempos inmemoriales, se sabe que los procesos propios de la mujer en su curso de vida, incluyen el desarrollo, la construcción de la identidad, la elección de género, las elecciones frente a la sexualidad, la gestación, el parto, el puerperio y la transición a la maternidad; estos procesos son complejos en la dimensión fisiológica y sus correlatos psicológicos y subjetivos, motivo por el cual deben ser abordados con miradas igualmente complejas, considerando variables externas como la contemporaneidad y el contexto, y variables internas como la subjetividad. La reinterpretación de la teoría del dimorfismo sexual en humanos, propone que más allá del orden dicotómico y biológicamente justificado para diferenciar hombres y mujeres (Ciccia, 2021), existe la necesaria comprensión histórica, social, contextual y subjetiva de las construcciones de lo femenino y lo masculino, de ser mujer o ser hombre, y por supuesto de la maternidad y la paternidad. Sin embargo, en el ámbito de la salud mental perinatal, no podemos obviar las diferencias existentes entre los sexos con respecto al pensamiento, la conducta y la manera de representar las emociones; ya se sabe que en el proceso de transición a la maternidad, la etapa perinatal representa un riesgo, un factor de vulnerabilidad para la mujer en su curso de vida, predisponiéndola a condiciones como la depresión y ansiedad perinatal.

En este capítulo de libro, pretendemos traducir lo que otros a su vez han descubierto o re-interpretado, a través de la descripción del desarrollo de la Psicología Perinatal, y su objeto de estudio, la salud mental de la familia en el curso de vida y continuum desde la vida intrauterina hasta la crianza temprana; en el contexto del advenimiento de las tecnologías del bienestar y la telemedicina, y una nueva propuesta, la telepsicología.

Situación actual de la ciberpsicología

Los medios de comunicación se han transformado, las redes sociales son un medio de expresión, difusión de noticias, fuente de información, y desde hace algunos años, medio para llevar a cabo prácticas de cuidado y acompañamiento, especialmente en los últimos meses cuando los retos del aislamiento para evitar contagios por el coronavirus, han llevado a las familias en su etapa de fecundidad, gestación y puerperio, a buscar orientación, apoyo y terapias para facilitar la transición y adaptación a la mater-paternidad en tiempos de pandemia.

Los psicólogos, y los equipos de salud en general, nos hemos visto en la obligación de ajustar nuestra forma de trabajo al nuevo contexto que dista de ser pasajero en el corto plazo, para seguir acompañando a las familias y ajustarnos a reinterpretar las necesidades de una familia en este curso de vida para que su experiencia sea gratificante. Sin embargo, no siempre los medios virtuales cumplen con la función de informar hechos basados en la evidencia, también han servido para que se difundan ideas erróneas, falsas teorías y altas expectativas de la maternidad y la etapa perinatal, dichas expectativas poco realistas, que además se consideran uno de los tantos factores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades mentales perinatales.

Por medio de estos medios virtuales las familias también han expuesto su intimidad y han tomado decisiones cuestionadas por muchos con respecto a la aparición de sus hijos nacidos o no en redes sociales y medios masivos de comunicación, cuando estos no cuentan con el desarrollo cerebral y maduración, necesario para tomar esta decisión.

Aun no se cuenta con la información suficiente para conocer las secuelas clínicas de este reto de adaptación a las nuevas sociedades digitales, tanto para los pacientes como para los terapeutas. Porque la adaptación al entorno clínico digital, no es solo vernos frente a una pantalla, es el aprendizaje que nos supone reconocer al otro detrás de la pantalla, desarrollar y usar las estrategias adecuadas para que esta nueva forma de relación terapéutica se traduzca en el bienestar de los pacientes, logrando cambios (cognitivos, emocionales y comportamentales) profundos y duraderos en los pacientes (Beck, 1995)

Es entonces cuando nos encontramos con la importancia de la formación en competencias digitales como terapeutas y guías del acto clínico por medio de herramientas virtuales, dentro de estas competencias podemos reconocer (Maheu, 2018).

- Los conocimientos informáticos
- El correcto uso de internet
- Las herramientas necesarias para utilizar la videoconferencia en el contexto de la práctica clínica.

Hacer sostenible la atención perinatal online nos llama entonces a generar espacios que transmitan bienestar que se traduzcan en alianza y vínculo terapéutico, aspectos fundamentales, mas si entendemos que el terapeuta que atiende a una mujer en etapa perinatal materna a su vez a la nueva madre.

Salud mental perinatal: la re-gestación y el re-nacimiento de un campo de la Psicología

El ser humano es un ser aprendiente y sensible al mundo desde la gestación. La primera escuela es el vientre materno. La segunda escuela es el contacto piel a piel. La tercera escuela es la matriz relacional, y el tejido de relaciones que establece con sus cuidadores y el mundo desde que nace (Chamberlain, 2013; Verny 2009). Por esto se hace importante un acompañamiento continuo orientado por las necesidades de la familia gestante, de la familia en trabajo de parto y de la familia en el puerperio y la crianza. La brújula es la mujer, su bebé y su entorno. El equipo de salud acompaña y hace lo posible -basado en la evidencia y en la práctica- por evitar que los riesgos se expresen, pero, sobre todo, por potenciar los factores protectores, desde una mirada y unas prácticas “salutogénicas”, enfocadas en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, donde la educación basada en la transformación de prácticas es fundamental.

La Psicología perinatal comprende, desde la perspectiva del bebé, las experiencias perinatales y su influencia en la programación-reprogramación epigenética y el origen del psiquismo. Desde la perspectiva de la madre la transición a la maternidad con sus sorpresas, vicisitudes y satisfacciones. El cuerpo de la mujer en sus dimensiones física y emocional, es el hábitat imprescindible en el que se desarrolla un ser humano e inicia su viaje de programación metabólica y psicológica, interacción con el ambiente y constitución de la identidad y el lugar en el mundo. Por todo esto, cuidar la vida perinatal es por excelencia una acción de atención primaria en salud (Fernández y Olza, 2020). Esta disciplina, como cuerpo de conocimientos y técnicas, se orienta a la prevención, el cuidado, el apoyo, el

diagnóstico y la intervención en las familias durante el proceso de la fecundidad, es decir la concepción, embarazo, parto, nacimiento, posparto, puerperio y crianza, incluyendo infertilidad, esterilidad, muerte gestacional, neonatal o de niños pequeños.

Como principio para el trabajo en Psicología perinatal, está la perspectiva salutogénica (enfocada en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la educación para la salud, el fortalecimiento de habilidades, capacidades y prácticas de cuidado de la salud), en la que una vez reconocidos los factores de riesgo que ponen en desbalance la salud y el bienestar, la mirada se enfoca en los factores protectores, los aspectos que, si se cuidan, refuerzan y cultivan, pueden generar mejoría en el estado de salud de la mujer, su bebé y su familia (Fernández y Olza, 2020; Ramírez, 2020).

Aunque la propuesta es pararse en la promoción de la salud, toda acción de detección temprana desenlaces poco favorables para la diada, en un trabajo preventivo con las madres desde la preconcepción, es de fundamental importancia para la salud materno-infantil. La orientación a la mujer y su familia se focaliza en la promoción de la salud mental en el continuo vital y a la prevención de psicopatología durante la gestación y el puerperio (García y Valdés, 2017).

Es así como la Psicología perinatal aporta las herramientas pertinentes para la prevención primaria y secundaria del sufrimiento parental y de las desarmonías en las relaciones familiares en etapa perinatal. El adecuado acompañamiento en la vida perinatal, sobre todo en situaciones difíciles, va a facilitar el establecimiento de un vínculo saludable entre la madre y el bebé (García y Valdés, 2017); contribuye a que se sienten las bases de una estructura psíquica saludable y las bases del desarrollo cognitivo y socioemocional (Sierra-García y Carrasco, 2019). Poder acompañar e *intervenir* en este periodo tan sensible para el desarrollo psíquico es la mejor labor preventiva a nivel de salud mental que se puede realizar. Cuando ya estamos el campo, ya sea en prácticas o en la vida laboral, tener en mente los aspectos psicoafectivos que se relacionan con las etapas de preconcepción, concepción, embarazo y parto, posparto y crianza temprana nos permite tener una mirada diferente, una mirada ecosistémica de la persona y la familia, y si trabajamos con familias en la vida perinatal estaremos más conectados con temas que marcan hitos en la vida humana como los problemas de infertilidad, los trastornos afectivos en la gestación y puerperio, la ansiedad durante la gestación o tras el parto, los traumas en el parto, las muertes perinatales, la adaptación a la maternidad y la paternidad, o la vinculación con el nuevo bebé y la adaptación de la familia, entre otros.

Hablar de Psicología Perinatal como un campo disciplinar (con objetos-sujetos de estudio, marco conceptual y técnico), contribuye a crear espacios reflexión y de acción sobre el

acontecer psíquico en la vida perinatal, reflexionar sobre el efecto iatrogénico de algunas intervenciones, sensibilizar y formar a profesionales sobre el manejo de situaciones complejas como la infertilidad, la muerte perinatal, la depresión posparto. Para la salud pública siempre será importante trabajar con grupos de familias para que puedan tejerse los vínculos sociales necesarios para crear una red desde todos los ámbitos donde se fomente la salud mental en el curso de vida.

Depresión perinatal

Las condiciones como el estrés perinatal, los trastornos del estado de ánimo pueden generar complicaciones en el trabajo de parto y en el posparto. Y si estas condiciones coinciden con pobres prácticas de autocuidado, se aumenta el riesgo de no asistir a los controles o educación prenatal, puede incrementar el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, mayor probabilidad de dificultades en el vínculo de apego, complicaciones obstétricas como parto prematuro o intervenciones innecesarias en el parto, bajo peso para la edad gestacional, y dificultades en el proceso de amamantamiento y prácticas de alimentación con el bebé.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales versión quinta (DSM-5), la depresión perinatal se describe como un episodio depresivo mayor con inicio en el periodo perinatal, es decir, durante la gestación o en las primeras 4 semanas tras el parto, aunque se debate sobre dicho periodo y se sostiene que la vulnerabilidad para la depresión puerperal se extiende hasta los 12 meses posparto, en tanto se sabe que los ajustes fisiológicos y psicosociales no se logran completamente en los primeros cuarenta días después del parto (Stuart y Vigod, 2017; Van den Bergh et al. 2017).

Los síntomas depresivos son frecuentes en la gestación y el puerperio. Durante el embarazo hasta el 70% por ciento de las mujeres puede experimentar síntomas como fatiga, irritabilidad y cambios en el ritmo de sueño sin llegar a considerarse un cuadro depresivo. Estas manifestaciones emocionales se pueden explicar por los cambios hormonales (DSM V, 2013).

Se ha descrito que la prevalencia de la depresión perinatal es del 14% al 23%, y se incrementa en las últimas semanas de gestación y en el posparto. Esta cifra es mucho mayor en los países de medianos y bajos ingresos, y entre adolescentes, alcanza hasta el 26% (Van den Bergh et al. 2017).

La depresión perinatal tiene consecuencias deletéreas tanto para la madre como para el recién nacido y la familia. Cuando se presenta en la primera mitad de la gestación, se aumenta el riesgo de parto prematuro, preeclampsia, bajo peso para la edad gestacional, bajo peso al nacer, bajo Apgar y menor perímetro cefálico (Grigoriadis et al. 2013). También se ha encontrado que la depresión materna se asocia significativamente con parto pre-término, bajo peso al nacer y succión débil del recién nacido. Adicionalmente, se sabe que puede haber deterioro en el autocuidado de las gestantes con síntomas depresivos, lo que se puede asociar con incremento de consumo de nicotina, alcohol y sustancias psicoactivas, poca adherencia a los controles prenatales, no tomar los suplementos vitamínicos prenatales, poca actividad física, cambios en el apetito y baja ingesta de alimentos.

Por otro lado, en mujeres con depresión perinatal, se ha demostrado que hay deficiencias en la relación de apego, llegando a afectar la relación afectiva en el binomio madre-hijo, el cuidado de bebé y la lactancia (Woody et al. 2017)

Pearlstein y otros (2009) describieron algunas manifestaciones que pudieran considerarse señales de alarma de depresión perinatal, indicando que se debe hacer una remisión oportuna a especialista en salud mental, Psicología y si es necesario tratamiento farmacológico con psiquiatría. Estas manifestaciones son los cambios significativos en los ritmos de sueño, alimentación y actividad de la madre; sentimientos de culpa, duda y desamparo; dificultades en la madre para interpretar las señales y necesidades de su bebé; y, un bebé irritable, con dificultades para calmarse, con llanto intenso, retraído o con dificultades para alimentarse o dormir.

El cuidado de la salud materna en general es importante para la mujer como individuo, pero es también de gran relevancia en la salud pública para el cumplimiento de la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Determinantes sociales de la salud: un enfoque necesario en el abordaje de la salud mental perinatal

Con el fin de disminuir las brechas de inequidad en salud, se plantearon estos objetivos, que a su vez tienen varias metas para ser cumplidas por los países. Dentro del objetivo número 3, de Salud y Bienestar, tenemos la tarea para el 2030, de reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos; poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos

los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos; y reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar. Muchos de estos indicadores son consecuencia de los defectos o insuficiencias en las prácticas de cuidado, autocuidado, las barreras en el acceso a programas de educación perinatal, barreras sociales o personales para acudir a los controles prenatales, trastornos del estado de ánimo y estrés perinatal no detectados a tiempo, ausencia de procesos de tamizaje en salud mental y redes de apoyo empobrecidas y potenciadas por las desventajas sociodemográficas y psicosociales.

Es así como las propuestas para generar y/o afianzar las políticas públicas en salud mental y en salud mental perinatal deben contemplar que las herramientas virtuales están disponibles, y si bien esto generaría la necesidad de formarnos en su uso y aplicaciones, permitiría llegar a un mayor número de personas, para utilizarlas como un recurso que permite educar a las sociedades de manera efectiva.

Rol del psicólogo perinatal en la era digital

El psicólogo en la etapa perinatal es en esencia un observador y guardián del proceso psíquico característico del embarazo y el puerperio, tanto en la madre como en el bebé, previniendo psicopatología materno-infantil y trastornos del vínculo. Educa, informa y acompaña en *acompañamiento* a través de la transparencia psíquica y la ambivalencia de la transición a la mater-paternidad en la gestación, el posparto y la crianza (Fernández y Olza, 2020).

Algunos de los casos en los que el psicólogo puede ofrecer apoyo y acompañamiento en este ámbito son: problemas de fertilidad, esterilidad, estrés perinatal, ansiedad y depresión perinatal, parto prematuro, parto traumático (intervenciones innecesarias, violencia obstétrica), duelos (muerte gestacional y neonatal, malformaciones congénitas), violencia intrafamiliar, interrupción voluntaria del embarazo, abuso sexual, adopción, entre otros (Fernández y Olza, 2020).

Los campos de acción dentro del campo ocupacional perinatal son el diseño de cursos de preparación para la mater-paternidad, participación en grupos interdisciplinarios de crecimiento y desarrollo, estimulación adecuada, unidades neonatales, programas y proyectos de ciudad, investigación y la práctica privada.

Se sabe que la atención virtual no irrumpe en la calidad del servicio, la psicoeducación propia para la etapa perinatal e incluso con la confianza y la relación entre paciente y terapeuta. Desde el año 2020, a causa de la pandemia y sus consecuencias, han surgido dos principios clave que guían el re-planteamiento de la atención prenatal: por un lado, el diseño de la prestación de los servicios esenciales, la implementación de la atención presencial para servicios que no pueden prestarse de forma remota, y ofrecer visitas de video para otros servicios esenciales; por otro lado, la creación de servicios flexibles para orientación anticipatoria y apoyo psicosocial que permitan a las pacientes adaptar el apoyo para satisfacer sus necesidades a través de programas de participación. Acorde a estos dos principios, los equipos de salud perinatal se vieron en la necesidad de transformar las formas de prestar los servicios a la población materna, descubriendo grandes ventajas en la atención virtual, ejemplo de ello es que disminuye los costos para quien presta el servicio y para quien lo recibe, se disminuye el riesgo de contagio de enfermedades transmisibles y en las familias perinatales aumenta la percepción de comodidad en la atención (cuando la mujer recibe la consulta psicológica desde casa, puede estar cerca a su bebé y evitar dejarlo con otras personas para asistir al compromiso). Sin embargo, queda propuesta la reflexión frente a las inequidades que representa este tipo de atención en los países de Latinoamérica, en donde es común que haya poblaciones o condiciones en las que el acceso a las tecnologías es limitado, por ejemplo en las áreas rurales, las poblaciones con bajo nivel educativo, condiciones de pobreza, inclusive fallas en la adquisición o sostenimiento de las conexiones de internet.

Otro reto para los terapeutas es el dilema ético de las intervenciones digitales. De hecho, hace algún tiempo se usan dispositivos y herramientas como el teléfono móvil, el computador, el correo electrónico, e-mails, redes sociales, para ampliar el entorno de comunicación entre terapeuta y paciente (Koocher, 2007).

Surgen las dudas entre la buena y la mala práctica ¿Cómo superar este reto?

- La adecuada y completa reglamentación y regulación de la tele consulta en Psicología
- Manteniendo la protección de la intimidad del paciente
- Asegurando que el consentimiento informado sea comprendido y aceptado por el paciente
- Formando y entrenando las habilidades que requiere la era digital.

No se debe permitir que la tele-consulta por tener características diferentes como es el tema de Lo Presencial no debe convertirse en un encuentro casual y poco riguroso.

Conclusiones

En el periodo perinatal la mujer afronta una serie de cambios que tienen que ver con su cuerpo físico, emocional y espiritual, así que todo lo que haga o deje de hacer puede tener consecuencias positivas o negativas en el desarrollo de su gestación y en la salud del bebé a corto, mediano y largo plazo.

El embarazo puede aumentar la vulnerabilidad de la mujer a trastornos del estado de ánimo como depresión perinatal. La transición a la maternidad conlleva responsabilidades que aumentan en la medida que es mayor el número de hijos. Es necesario el desarrollo de las competencias por parte de los profesionales psicosociales y de la salud para evaluar las dimensiones emocionales, cognitivas, comportamentales, *-y espirituales, si se quiere-*.

La posibilidad de atención virtual como medio masivo genera para algunos sectores de la población la posibilidad de acceso a servicios que de otra manera no recibiría o por lo menos no de parte de personal calificado en salud mental perinatal.

Es necesaria la intención del terapeuta de formar y formarse en las habilidades digitales, como garantes de la alianza terapéutica, y el desarrollo favorable del acto clínico.

Las brechas de inequidad son las que finalmente determinan el acceso al servicio de salud basado en las tecnologías, sin embargo, las tecnologías apuntan a que los servicios de salud adquieran la característica de universalidad.

Es así como bajo la lupa de la realidad actual vale la pena considerar el trabajo intersectorial; es decir que los programas de peri salud dialoguen con las políticas públicas existentes o por venir que permitan un acceso de carácter universal y que disminuya las barreras de acceso y faciliten la atención en salud de manera oportuna, eficiente y eficaz.

Así como la maternidad es un proceso ecosistémico, requiere políticas, planes, programas y proyectos ajustados a los determinantes sociales de la salud y de las necesidades contextuales de la familia en etapa perinatal.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition,
- Beck J. (1955). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona – España: ed. Gedisa S.A.
- Chamberlain, D. (2013). *La Mente del bebé recién nacido*. Editorial Obstore. España.
- Ciccía, L. (2021) Dimorfismo sexual, ¿natural? Una reinterpretación crítica de las diferencias biológicas. *Rev. Bioét.* vol.29 no.1 Brasilia Jan./Mar. 2021. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Fernández, P. Olza, I. (2020). *Psicología del Embarazo* Editorial Síntesis, España. ISBN: 978-8413570556.
- Forero, Y. (2012). *Las capacidades y oportunidades de las mujeres como protagonistas integrales en el desarrollo humano*. Criterio Jurídico Garantista. Año 4, No. 7. Jul.-Dic. de 2012. issn: 2145-3381. Fundación Universidad Autónoma de Colombia, Bogotá. <http://dx.doi.org/10.26564/21453381.412>
- García. E. y Valdés, M. (2017). *Manual de psiquiatría perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia*. Madrid – España: Editorial médica Panamericana. Asociación Española de Psicología Perinatal.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). *Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
- Grigoriadis, S., Vonder-Porten, EH., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, CL., Koren G., et al. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin sychiatry*, 115,1043-1051. http://fundacionenpantalla.org/attachments/The_impact_of_maternal_depression_in_pre.pdf DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.01752.x
- Koocher, Gerald P. (2007). Twenty- First Century Ethical Challenges for psychology. *Simmons College*, 62(5), 375-384. DOI: 10.1037/0003-066X.62.5.375
- Maheu, M.M., Drude, K.P., Hertlein, K.M. et al. Correction to: An Interprofessional Framework for Telebehavioral Health Competencies. *J. technol. behav. sci.* 3, 108–140 (2018). DOI: <https://doi.org/10.1007/s41347-018-0046-6>

- Maldonado-Durán, JM. (2011). *Salud Mental Perinatal* Organización Panamericana de la Salud: Washington.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Reduciendo las inequidades en salud a través de acción en los determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud> junio 22 de 2020
- Peahl, A. F., Smith, R. D. y Moniz, M. H. (2020). *Prenatal care redesign: creating flexible maternity care models through virtual care*. *American journal of obstetrics and gynecology*, 223(3), 389.e1–389.e10. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.029>
- Pearlstein T, Howard M, Salisbury A. y Zlotnick C. (2009). *Postpartum depression*. *American journal of obstetrics and gynecology*. 200(4). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033>
- Pérez, F. (2004). *El medio social como estructura psicológica. reflexiones a partir del modelo ecológico de Bromfenbrenner*. Universidad Camilo José Cela, eduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía, 3(2):161-177. <https://www.researchgate.net/publication/299656848>
- Ramírez, E. (2020). *Psicología del Posparto*. Editorial Síntesis: España.
- Rondon M. B. (2020). *Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in South America*. *BJPsych international*, 17(4), 85–87. <https://doi.org/10.1192/bji.2020.9>
- Sierra-García, P. y Carrasco, MA. (2019). *Psicología Perinatal: Vínculo Materno-fetal y apego*. Editorial Síntesis: España.
- Stewart, D. y Vigod, S. (2016). *Postpartum depression*. *New England Journal of Medicine*, 375(22):2177-2186. DOI:10.1056/NEJMcp1607649
- UNDP. *What are the Sustainable Development Goals? THE SDGS IN ACTION*. (2020). <https://www.undp.org/sustainable-development-goals> junio 22 de 2020
- Van Den Bergh, BR., Van Den Heuvel, MI., Lahti M., Braeken, M., de Rooij, SR., Entringer, S., Hoyer, D., Roseboom, T., Räikkönen, K., King, S. y Schwab, M. (2027). *Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 117, 26-64. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.07.003>

Verny, T. y Kelly, J. (1982). *La vida secreta del niño antes de nacer*. (24ª. ed.). URANO: Colombia.

Woody, CA., Ferrari, AJ., Sisking, DJ, Whiteford, HA. y Harris, MG. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*, 219:86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.00>

Paula Romina Putallaz y Karen Pérez M.

Introducción

Ante las situaciones a las que se vieron enfrentados muchos países con la crisis generada por COVID-19, gran parte de los profesionales de la salud mental debieron ofrecer su apoyo y orientación en acciones sustentadas con los principios de los primeros auxilios psicológicos (PAP).

A partir del desarrollo de este capítulo nos proponemos como objetivo orientar y dar algunas herramientas básicas para los abordajes psicológicos online aplicados a los PAP con el fin de brindar recursos para los colegas de la salud mental en la implementación ante intervenciones en los que sean requeridos. Por otro lado, el profundizar sobre los aspectos teóricos específicos, las consideraciones éticas y de buenas prácticas, considerando que la práctica de telepsicología implica considerar una serie de requisitos legales, estándares éticos, formación en nuevas tecnologías, políticas intra/interinstitucionales y otras limitaciones externas, así como las diversas demandas del contexto profesional específico. En ciertas situaciones, corresponderá a los propios psicólogos la responsabilidad de equilibrarlas adecuadamente (Macias Moron y Valeron Aguayo, 2018) motivo por el cual se requiere fundamentalmente de actualizaciones y formación continua de forma indispensable.

Para ejemplificar vamos a presentar el modelo del Programa “Calma” llevado adelante por un equipo de profesionales y voluntarios de la Universidad Continental (Perú) el cual puso en marcha un dispositivo de intervenciones de Primeros Auxilios Psicológicos Online, sustentado en los principios de la atención primaria de la salud, para los abordajes en crisis y emergencias ante la pandemia y aislamiento por COVID-19. Se define a las crisis como un “estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Slaikeu K., 1988, pp 16).

En la actualidad, existen múltiples términos para describir las intervenciones dirigidas a la salud física o psicológica a través del uso de recursos tecnológicos. Ante la diversidad terminológica es de destacar la definición de la American Psychological Association (APA, 2010), propone el nombre de intervenciones telepsicológicas definidas como la provisión de servicios psicológicos mediante tecnologías que permiten la comunicación no presencial, entre las que se incluyen el teléfono, email, texto, videoconferencia, aplicaciones móviles y programas estructurados en una web (APA, 2013; Rees, y Haythornthwaite, 2004, citado en De la Torre y Pardo Cibrian, 2018). Al contemplar esta definición es innegable que estamos ante una nueva configuración y forma de entender la comunicación entre usuarios y profesionales en salud que supone no sólo un desarrollo tecnológico, sino una nueva modalidad de abordajes, sustentada en una actitud positiva hacia la tecnología y un compromiso para mejorar la salud y la calidad de vida desde una perspectiva global y conectada e inclusiva.

El concepto de primera ayuda psicológica/primeros auxilios psicológicos de acuerdo a lo definido por la OMS (2012) es una respuesta humana, de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda.

Según el Proyecto Esfera (2011) y IASC - Comité Permanente entre Organismos (2007). La PAP tiene como ejes de intervención los siguientes puntos de relevancia:

- Brindar ayuda y apoyo prácticos, de manera no invasiva;
- Evaluar las necesidades y preocupaciones;
- Ayudar a las personas a atender sus necesidades básicas (por ejemplo, comida y agua, información);
- Escuchar a las personas, pero no presionarlas para que hablen;
- Reconfortar a las personas y ayudarlas a sentirse calmas;
- Ayudar a las personas para acceder a información, servicios y apoyos sociales;
- Proteger a las personas de ulteriores peligros.

Por lo tanto, los PAP-Online son una respuesta humana y profesional de apoyo a otra persona que está sufriendo y que necesita ayuda ante una situación inesperada, es decir ante una crisis de tipo intempestiva, considerada como situación de emergencia y que requiere de intervenciones urgentes mediante la incorporación y el uso de los recursos tecnológicos específicos para llevar adelante las intervenciones en crisis. Los

PAP están diseñados para reducir a corto y largo plazo la angustia inicial producida por eventos traumáticos y para promover el funcionamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento de la intervención.

Los objetivos centrales son proporcionar apoyo, facilitando que la persona se sienta escuchada y comprendida, facilitando la expresión de sentimientos y la ventilación de emociones negativas como el miedo, la tristeza, la angustia o el enojo. Entender que el suceso estresor puede generar situaciones violentas como agresiones a otras personas o a sí mismo; actuando en consecuencia para contenerlo o afrontarlo. Propiciar el desarrollo de la red de apoyo informal (familia, amigos, red asistencial, entre otros). Generar un nexo de unión con recursos de ayuda, proporcionándole información sobre los recursos necesarios y brindándole orientación sobre qué hacer y cómo hacerlo.

En los PAP se buscan ofrecer ayuda de manera práctica y no invasiva centrándose en las necesidades y preocupaciones inmediatas de las personas y atenderlas en la medida de lo posible; escuchar al afectado sin sobreestimar a hablar sobre el tema; reconfortar a las personas y ayudar a la calma con técnicas de relajación; y psicoeducar, entre otras actividades. Es de mucha importancia estar disponible para aquellos que necesiten apoyo y ayuda, de ninguna manera forzando u obligando a aquellos que no la necesitan o que se hayan negado a recibirla (OMS, 2012, citado en Cortes Montenegro y Cabello, 2015)

Considerando entonces, la confluencia entre la Psicología de la emergencia definida como el estudio del comportamiento humano antes, durante y después de situaciones de emergencia, es decir, ante situaciones que ocurren inesperadamente, cuya principales funciones en situación de emergencias y desastres son prevenir, planificar, intervenir y rehabilitar (Valero, 2001), y la atención telepsicológica por otro lado, es que proponemos esta forma de intervención como una herramienta valiosa desde el campo de la salud mental en este programa que surge desde el ámbito académico.

De acuerdo con las directrices internacionales (OMS, 2019) estos servicios son necesarios a varios niveles —desde la asistencia básica hasta la clínica—, y la atención sanitaria debe dotarse de recursos para satisfacer de inmediato las necesidades de las personas que presentan determinados problemas urgentes de salud mental. La literatura nos dice que no todas las personas se afectarán de la misma manera ante una misma emergencia desastre, y que ello dependerá de varios factores, tales como el tipo de evento, cercanía física o psicológica, las capacidades de los afectados, el nivel de preparación, el tipo de respuesta inmediata, las estrategias de recuperación clínica, entre muchos otros (Goldmann y Galea, 2014).

¿Qué son los primeros auxilios psicológicos o PAP online?

Los PAP son una respuesta humana y profesional de apoyo a otra persona que está sufriendo y que necesita ayuda ante una situación inesperada, es decir ante una crisis de tipo intempestiva, considerada como situación de emergencia y que requiere de intervenciones urgentes, mediante la incorporación de los recursos tecnológicos específicos para llevar adelante la intervención.

Está considerada dentro del grupo de las intervenciones de primer orden de acuerdo a **(Véase Anexo I)**. El documento emitido por la OPS/OMS (2020) es muy claro cuando hace mención que ante la pandemia generada por el COVID-19 se deben priorizar las acciones en función de las necesidades detectadas en las comunidades por el aislamiento preventivo, y en particular las de los grupos más vulnerables en relación con los factores siguientes: el ciclo vital (adultos mayores, niños y adolescentes), el género, la etnia, la migración, las personas que viven en la calle, la privación de libertad, el internamiento en instituciones y albergues temporales, y la presencia de patologías preexistentes y crónicas. (SARE, 2020)

¿Cuáles son los objetivos que se proponen los PAP online?

- Proporcionar apoyo, facilitando que la persona se sienta escuchada y comprendida, facilitando la expresión de sentimientos y la ventilación de emociones negativas como el miedo, la tristeza, la angustia o el enojo.
- Entender que el suceso estresor puede generar situaciones violentas como agresiones a otras personas o a sí mismo; actuando en consecuencia para contenerlo o afrontarlo.
- Propiciar el desarrollo de la red de apoyo informal (familia, amigos, red asistencial, entre otros).
- Generar un nexo de unión con recursos de ayuda, proporcionándole información sobre los recursos necesarios y brindándole orientación sobre qué hacer y cómo hacerlo.

Es importante resaltar que en las situaciones de ayuda tienen en común: en todas hay alguien que sufre y que necesita ayuda; y en todas hay alguien que está dispuesta a darla.

Los PAP están diseñados para reducir a corto y largo plazo la angustia inicial producida por eventos traumáticos y para promover el funcionamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento. (* Ver Anexo 2) Los principios y las técnicas de los PAP se sostienen sobre cuatro requisitos básicos:

1. Estar a tono con la evidencia resultante de la investigación científica sobre el riesgo y la capacidad de recuperación después de un trauma.
2. Ser aplicables y prácticos en el ambiente real.
3. Ser apropiados para todas las etapas de desarrollo a través de la vida.
4. Contar con la información sobre las particularidades culturales y ser provistos de manera flexible

Además, deben ser prestados por trabajadores de salud mental o personal que proporcione asistencia temprana a niños, familias y adultos afectados, como parte de un esfuerzo organizado de respuesta ante un desastre. Cabe mencionar que no son un asesoramiento psicoterapéutico, es decir son intervenciones puntuales ante situaciones de emergencia, son intervenciones breves y efectivas para quienes están experimentando reacciones emocionales significativas; los equipos de respuesta, los trabajadores de salud y los de ayuda humanitaria deben estar preparados en técnicas básicas de primera ayuda psicológica (PAP). También es de especial importancia disponer de atención de salud mental con posibilidades de intervención en crisis en los principales centros de salud, creándose un dispositivo de atención para los familiares y acompañantes y personal de salud.

■ ¿En qué consiste o qué temas se puede trabajar con los PAP Online?

Desde este marco referencial histórico y considerando que la intervención psicológica en crisis se orienta hacia la expresión de los sentimientos y experiencias internas de la persona que se relacionan con el evento o eventos que provocaron el desajuste, facilita la elaboración del duelo ante la pérdida, en ocasiones de bienes materiales, pero en otros casos ante la irreparable pérdida de un ser querido (Gómez del Campo, 1994), consideramos que todas las personas tienen recursos de afrontamiento y capacidades para poder afrontar situaciones de estas características, por lo tanto es fundamental considerar que la implementación de los PAP Online ofrecen ciertos recursos como:

- Brindar ayuda y apoyo práctico
- Evaluar necesidades y preocupaciones
- Escuchar, observar y conectar con la persona que necesita de este recurso
- Contener a la persona y ayudarla a sentir calma
- Ayudar a la persona para acceder a información, servicios y apoyos sociales
- Brindar información clara de acciones sobre la emergencia sanitaria

La duración en tiempo de cada intervención debe ser considerada por el profesional, ya que dependerá de ir logrando prioritariamente que la persona baje sus niveles de angustia, ansiedad, miedo o despeje sus principales preocupaciones, intentando que recupere la calma y el equilibrio emocional.

■ ¿Qué no es un PAP Online?

- No es una evaluación de la persona para llegar a un diagnóstico
- No implica realizar sesiones o psicoterapia online.
- No es un tratamiento continuo.

■ ¿Que debe de considerar quien interviene en los PAP online?

Aquella persona quien ofrece ayuda debe considerar los siguientes aspectos:

- a. Profesional entrenado, capacitado para la atención online y formado en Primeros Auxilios Psicológicos, que además conozca recursos y procedimientos de las intervenciones online
- b. Identificar los aspectos éticos de los abordajes psicológicos online - **Ver Anexo *3 de Consentimiento Informado y Excepciones.**
- c. Aprender y conocer los diferentes temas vinculados a las situaciones actuales con abordajes en emergencias y crisis.

- d. Conocer los servicios y ayudas disponibles en su ciudad, o país.
- e. Aprender las reglas de seguridad, regulaciones y normativas de cada país.
- f. Conocer la accesibilidad a las redes de apoyo para pedir ayuda cuando se requiera.
- g. Contar con formación en trabajo interdisciplinario (psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, entre otros).

Las técnicas recomendadas para trabajar los PAP online pueden ser diversas, pero es fundamental que el profesional conozca las normas éticas y legales adecuadas a cada región para su implementación, que elabore un protocolo sencillo de consentimiento informado, y que por otro lado este capacitado para llevar a la práctica las PAP, ya que su encuadre se diferencia de los tratamientos psicoterapéuticos, precisamente por ser intervenciones puntuales en momentos de emergencia y crisis donde se apuntará a la recuperación del nivel de funcionamiento que se tenía antes de la crisis, restableciendo el equilibrio emocional y facilitando la activación de recursos de afrontamiento, definidos como el conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que la persona utiliza para gestionar demandas internas o externas que sean percibidas como excesivas para los recursos del individuo (Lazarus y Folkman 1986).

■ ¿Dónde deben realizarse los PAP Online?

Es importante asegurar la privacidad (auditiva y visual) y que ambos intervinientes puedan saber dónde están localizados. Cuando se trata de videoconferencia, se debe buscar visualizar el ambiente donde se encuentran, de manera lo más amplia posible, para conocer acerca del espacio en el que está el cliente y que se respete unas condiciones básicas para garantizar la seguridad y privacidad: la no presencia de terceras personas no implicadas en la intervención, como así también la no realización en lugares públicos que los expongan a perder la confidencialidad, como tampoco la grabación de la intervención. Considerando que en muchas situaciones el contexto ante una situación de emergencia y crisis no es el elegido, quien lleve adelante la intervención deberá considerar y guiar a la persona que necesitar de su ayuda para encontrar el lugar más adecuado, siempre teniendo como premisa el que mantenga la calma.

CALMA: una experiencia aplicada en línea

La carrera de Psicología de la Universidad Continental (Perú) desarrolló el programa de servicio de Primeros Auxilios Psicológicos en línea (PAP), denominado CALMA, cuyo objetivo es brindar ayuda psicológica a las personas que requirieron durante el periodo de emergencia sanitaria, producto del COVID-19. El servicio de PAP en línea, se diseñó en base a la guía técnica de primera ayuda psicológica, publicado por la OMS (2012) para ayudar y apoyar a las personas en graves situaciones de crisis.

El servicio de PAP en línea inició con la convocatoria y conformación de voluntarios (docentes, egresados de Psicología y estudiantes de los últimos ciclos de la carrera de Psicología), conformándose un equipo de 160 voluntarios para la atención en estos primeros 100 días.

Los voluntarios fueron capacitados por el equipo multidisciplinario de CALMA, sobre el modelo y proceso de atención del servicio online, y las técnicas de intervención en primeros auxilios psicológicos y prevención del COVID-19, en base a los protocolos y guía técnica (OMS, 2012).

Este servicio virtual de atención de PAP en línea tuvo como objetivo acercarse a las personas, escucharlas y ayudarlas, brindándoles soporte y contención emocional, a través de la psicoeducación en temas de ansiedad, depresión, duelo, estrés postraumático, crisis emocionales y de pánico, miedo, sentimiento de abandono, pérdida de iniciativa, entre otros; brindando ayuda y apoyo práctico, de manera no invasiva, orientado a las personas para acceder a información, servicios y apoyos sociales, sanitarios u otros.

El servicio de primeros auxilios psicológicos en línea consistió en brindar atención bajo un modelo de tele Psicología utilizando recursos tecnológicos para minimizar el contacto físico social, atendiendo a los beneficiarios través de la plataforma Blackboard Collaborate Ultra, haciendo uso de diferentes dispositivos que cuenten con cámara web, micrófono, audio, y conexión a Internet.

La atención se realizó dentro de las 72 horas a partir del envío del formulario, programando un encuentro por usuario de 60 minutos, bajo un modelo de atención práctica y de ayuda breve. Los usuarios tuvieron la posibilidad de solicitar y acceder a más de una cita en el caso que lo hubiera requerido, siempre respetando los principios fundamentales lo que son los PAP.

El servicio de primeros auxilios psicológicos en línea comenzó el 30 de marzo del 2020, 13 días posteriores al inicio del estado de emergencia sanitaria y aislamiento obligatorio en el país.

Sistematización de la experiencia: El programa CALMA

El servicio de PAP en línea surgió como un servicio de apoyo a través de una plataforma virtual para la atención de diversas manifestaciones psicológicas que se presentan durante y después de la emergencia sanitaria producto de la pandemia COVID 19. En la figura 1 se muestra el flujograma de implementación y desarrollo del servicio de CALMA: Primeros auxilios psicológicos en línea.

Los usuarios denominados beneficiarios que solicitaron el servicio ingresaron de manera gratuita al enlace <http://calma.ucontinental.edu.pe/>, que los direcciona a un formulario electrónico, desarrollado en Google Forms, en el que inicialmente se les informó sobre las características de la atención del PAP en línea. En este formulario electrónico se solicitaron los datos como correo electrónico y número de celular, datos básicos para la anamnesis electrónica como fecha de nacimiento, edad, sexo, grado de instrucción, ciudad de residencia habitual, estado civil, nivel educativo, profesión u ocupación, y el motivo de cita. También se les preguntó si alguna vez recibieron un servicio de PAP, para medir la penetración del servicio en época de pandemia por COVID-19.

Asimismo, se solicitó el consentimiento informado del beneficiario para recibir la atención de primeros auxilios psicológicos a través de un espacio virtual. No se solicitó datos como nombre y apellidos, ni número de identificación personal (DNI). Se obtuvo el consentimiento de uso y tratamiento de los datos de los participantes, a través del formulario desarrollado en Google Forms. El proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Humanidades de la Universidad Continental (Oficio N° 008-2020-CE-FH-UC).

El usuario/beneficiario seleccionaba el día y hora de la cita, dentro del rango de máximo 72 horas (3 días). El equipo de gestores (voluntarios) realizó la programación, asignándole un número PAP al beneficiario (por ejem. PAP N°350), y realizó la secuencia de pasos que concluyó en la asignación del voluntario, enlace de consultorio virtual, programación y confirmación de cita al usuario. Al finalizar la atención los voluntarios elaboraron un informe sobre la atención del servicio PAP realizado, con el objetivo de identificar el nivel de gravedad o necesidad de cada caso, y supervisar u orientar al voluntario. Las atenciones

se realizaron de manera simultánea, de lunes a domingo, en el horario de 8:00 am a 10:00 pm, y de manera gratuita. La Figura 1 muestra el flujograma de implementación y desarrollo del servicio de PAP CALMA.

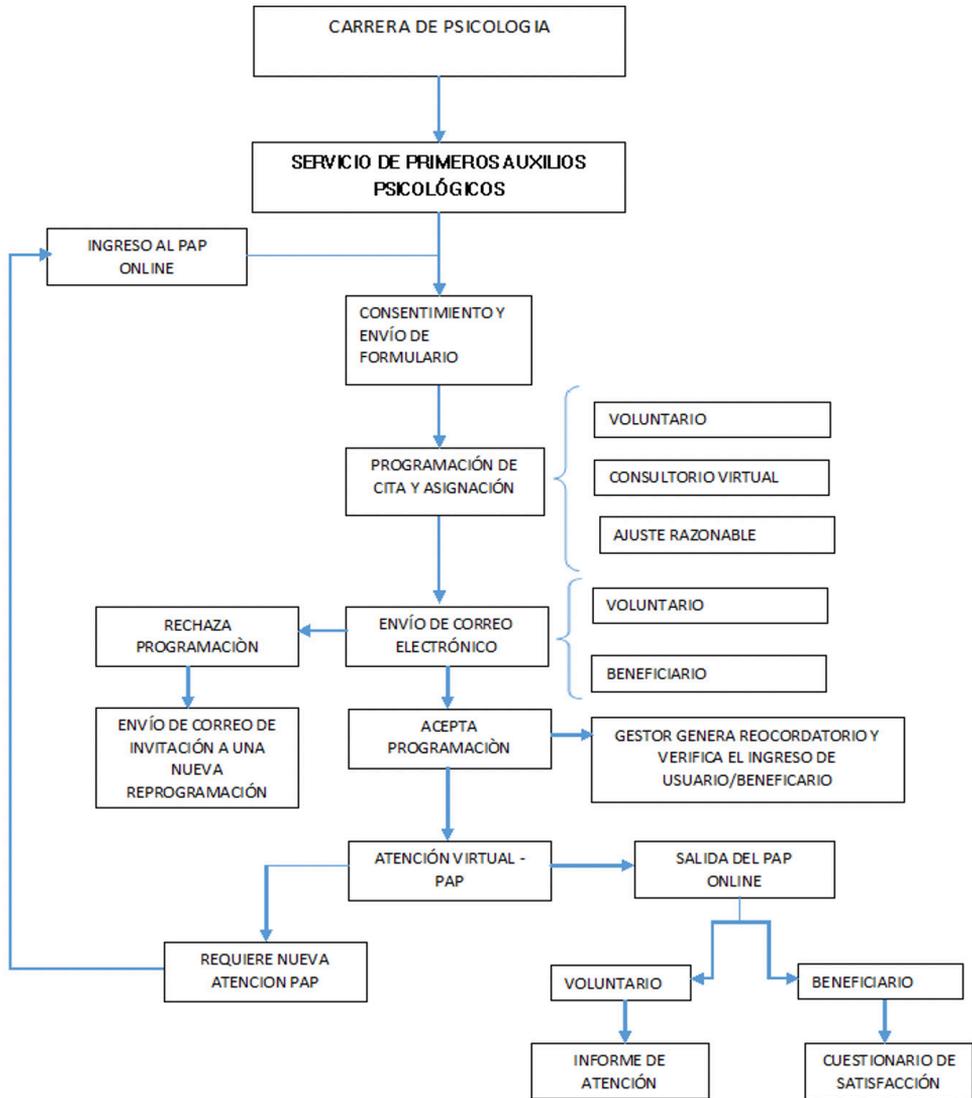


Figura 1. Flujograma de implementación y desarrollo del servicio de PAP CALMA.

Para el análisis de los datos, se depuraron los registros de beneficiarios con información incompleta, asimismo, se usó estadística descriptiva en tablas univariadas para calcular las distribuciones de los principales motivos de citas auto reportadas y las características demográficas solicitadas en el formulario.

Resultados a un año de implementación del programa CALMA

Durante el primer año de funcionamiento (del 30 marzo del 2020 al 30 de marzo del 2021), 2425 personas registraron información en el formulario del programa CALMA, e indicaron el motivo de cita para la atención en los servicios de primeros auxilios psicológicos.

Del total de personas registradas, 1716 (70.80%) fueron de sexo femenino y 709 (29.20%) masculino. La edad promedio de las personas que solicitaron atención fue 31,5±14,1 años; la mayoría fueron soltero/a 1793 (74%) y 536 (22%) casado/a. La mayoría reportaron estudios superiores universitarios y/o técnicos 1638 (67%) y con relación a la ciudad donde viven, 1411 (58%) personas fueron de Lima y Callao, y de la región Junín 254 (10%). En la Tabla 1 se observa la información de las principales características demográficas registradas.

Tabla 1. Características demográficas de los usuarios en servicios psicológicos CALMA durante la pandemia del COVID-19 en el Perú, marzo 2020 a marzo 2021 (n=2425).

Variables	n	%
Sexo		
Femenino	1716	70.80
Masculino	709	29.20
Rangos de edad		
Desde 5 a 18 años	242	10
De 19 a 40 años	1835	76
De 41 a 65 años	285	12
66 hasta 80 años	63	3

Tabla 1. Características demográficas de los usuarios en servicios psicológicos CALMA durante la pandemia del COVID-19 en el Perú, marzo 2020 a marzo 2021 (n=2425).

Variables	n	%
Edad promedio \pm D.E.	27.2	
Estado civil		
Soltero/a	1793	74
Casado (a)/conviviente	536	22
Divorciado (a)/separado	77	3
Viudo (a)	19	1
Nivel educativo		
Primaria completa/incompleta	42	2
Secundaria completa/incompleta	649	27
Técnico completa/incompleta	488	20
Universitaria completa/incompleta	1150	47
Postgrado	96	4
Ciudad dónde vive		
Lima / Callao	1411	58
Junín	254	10
Arequipa	158	7
Cusco	63	3
Trujillo	58	2
Otras regiones	445	18
Otros países	36	1

La Tabla 2, muestra los motivos de consulta auto reportados por los usuarios de los servicios de PAP CALMA. Así, 2425 personas fueron atendidas en el servicio de primeros auxilios psicológicos, las cuales fueron gestionadas por un equipo de 140 voluntarios, entre docentes, egresados y estudiantes de últimos ciclos de la carrera de Psicología de la Universidad Continental.

Se aprecia que los motivos más frecuentes de consulta fueron: pérdida de iniciativa 434 (17,9%); depresión 374 (15.4%); ansiedad 303 (12.5%) y miedos, sentimientos de abandono y vulnerabilidad 274 (11.3%)

Tabla 2. Motivos de consulta auto reportada en los servicios psicológicos CALMA durante la pandemia del COVID-19 en el Perú, marzo 2020 a marzo 2021 (n=2425).

Motivo de consulta de atenciones realizadas	N	%
Pérdida de iniciativa (falta de motivación, apatía, problemas de sueño, problemas de apetito, etc.)	434	17.9
Depresión	374	15.4
Ansiedad	303	12.5
Miedos, sentimientos de abandono y vulnerabilidad	274	11.3
Crisis emocionales y de pánico	187	7.7
Conductas negativas (violencia, abandono, egoísmo, entre otros)	133	5.5
Estrés peri traumático	107	4.4
Preocupaciones ante la necesidad de supervivencia (qué hacer, cómo actuar)	106	4.4
Duelos	69	2.8
Trastornos somáticos de origen psíquico (migrañas, problemas gastrointestinales, sudoración excesiva, otros)	51	2.1
Trastornos psíquicos preexistentes (antecedentes previos)	36	1.5
Adaptación a cambios en los patrones habituales de vida (aislamiento, uso de máscaras, aprendizaje de protocolos, etc.)	28	1.2
Otros	322	13.3

En la Figura 1 se presenta la distribución de las solicitudes durante el período marzo 2020 – marzo 2021, cuyos picos coinciden con el incremento de casos de covid-19 en la primera y segunda ola respectivamente (mes de abril del 2020 y febrero del 2021).

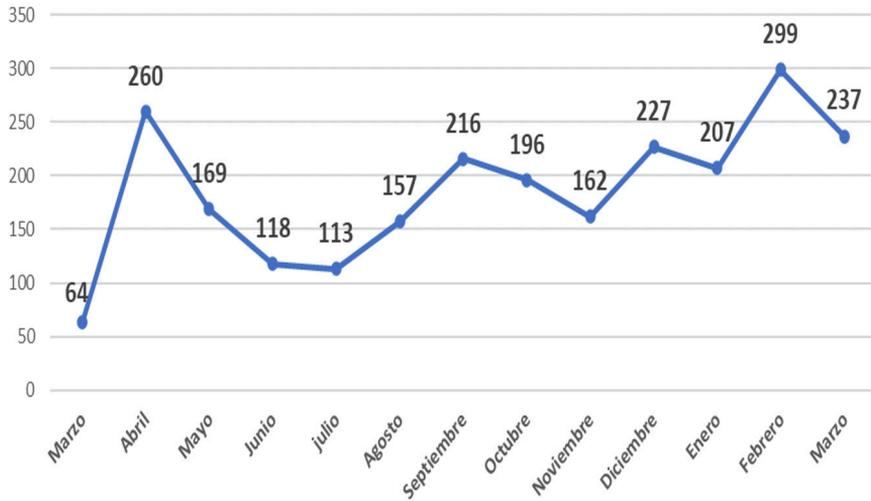


Figura 2. Solicitudes de los servicios psicológicos CALMA durante la pandemia del COVID-19 en el Perú, marzo 2020 a marzo 2021 (n=2425).

Conclusiones

A partir de la descripción de esta experiencia pionera, con la implementación de un servicio de Primeros Auxilios Psicológicos en línea en el Perú, que atendió a usuarios en situación de vulnerabilidad, incluyendo personas en situación de mayor riesgo como discapacidad, y personas desde niños a ancianos en el contexto de COVID-19, es importante considerar que los PAP están orientados a brindar atención a toda persona que lo necesita debido a algún estado de alteración emocional (ansiedad entre otros) afectadas por un evento adverso (OMS, 2012; OPS, 2016).

En ese sentido, se adaptaron los PAP a contextos donde ocurren las emergencias y/o desastres teniendo en cuenta el enfoque de género y la interculturalidad, a fin de fortalecer las intervenciones. Esta primera intervención puede darse de manera individual o colectiva según la situación, según lo establecido por el Ministerio de Salud del Perú (MINSa, 2019). Cabe señalar que en el contexto del COVID-19, el Ministerio de Salud del Perú publicó una guía técnica, establecida en la Resolución Ministerial N° 180-2020-MINSa, para el cuidado de salud mental en el contexto de COVID-19 donde se señala la importancia de la promoción de la atención en salud mental por medio de recursos tecnológicos en

diversos grupos vulnerables. Posteriormente, el Ministerio de Salud publicó la Resolución Ministerial N° 476-2020-MINSA que aprobó Guía Técnica de Primeros Auxilios Psicológicos, 116 días después del inicio del estado de aislamiento social obligatorio en el Perú.

Hasta nuestro conocimiento, el servicio de PAP en línea reportado en este estudio es la primera experiencia de este tipo a nivel nacional y previamente ha sido reconocida como una buena práctica por la Organización de Estados Americanos (2020) (Universidad Continental, 2020). Una de las fortalezas de este servicio de PAP en línea es que implementa protocolos diseñados para brindar el servicio de salud mental con accesibilidad y ajustes razonables para personas con discapacidad; y que surgió como respuesta de atención humana en tiempo de pandemia por el COVID-19 (Organización de las Naciones Unidas, 2020).

Asimismo, en otros contextos se plantea el servicio de primeros auxilios psicológicos en línea a fin de poder hacer frente a esta pandemia, que además obliga a una reestructuración de intervención y abordaje. De igual modo, se plantea estar preparados para nuevos desafíos, fortalecer y mejorar las conexiones de servicios de salud mental, tomar conciencia sobre prevención e intervención psicológica en crisis (Yang et al. 2020).

Considerando la magnitud de la pandemia de COVID-19 en China, Yang et al. (2020) decidieron implementar los primeros auxilios psicológicos de manera distinta a la que ocurrió para combatir el síndrome agudo de respiración SARS y el terremoto de Sichuan hace 17 y 12 años respectivamente. Dicha implementación se caracteriza en primer lugar, por crear una línea gratuita para la población como una respuesta rápida de intervención en crisis, se reclutan supervisores para la psicoterapia, consejo psicológico, trabajo social y otros voluntarios. Y a nivel educativo se despliega un programa de asistencia psicológica para maestros y estudiantes en todo el país. En segundo lugar, se implementa la respuesta inmediata de salud mental en todo el país, en tercer lugar, se demuestra la calidad profesional; donde los colegios profesionales emitieron guías o protocolos de intervención psicológica para diferentes poblaciones considerando características propias bajo la epidemia. En cuarto lugar, considera que la principal intervención psicosocial se contempla vía internet, dónde se maximiza a los beneficiarios de la intervención. El uso de red inalámbrica de cuarta generación 4G y quinta generación 5G, hacen posible la lectura, entrenamiento, supervisión y consulta de servicios médicos a través de sus aplicativos móviles. Las plataformas de telemedicina permiten consultar sobre servicios médicos y de salud mental al público. Así mismo. Las herramientas de sobrevivencia vía en línea, colecta gran información que se analiza rápidamente y permite establecer intervenciones precisas (Yang et al. 2020).

Así mismo, en Brasil, Loureiro y Freitas (2020) refieren que se desarrolla un programa de Primeros Auxilios para la Salud Mental y se considera una herramienta que, a nivel educativo, puede contribuir sustancialmente a incrementar los conocimientos sobre la salud mental de los jóvenes estudiantes de educación superior en esta pandemia.

Igualmente, a raíz de la emergencia por el COVID-19 en uno de los hospitales de Malasia, Francis et al. (2020) reportan la implementación de un módulo de salud mental de primeros auxilios psicológicos remoto para hacer frente a la angustia psicológica y agotamiento, y para limitar las consultas personales a fin de reducir el riesgo de transmisión.

En Australia, Kavour, Chakravarthy y Jhon (2020) refieren que, en algunos casos, la mayoría de los pacientes aceptaban la consulta telefónica como medio para acceder a servicios de salud mental, donde el cambio de modo de prestación de servicios de presencial a telemedicina permitió brindar atención y apoyo a quienes lo requerían minimizando el riesgo de exposición a pacientes.

Como próximos pasos, se espera extender el servicio de PAP en línea, de tal manera que a partir del informe de atención del PAP en línea emitido por el voluntario, se realizaría la derivación a servicios de consultorios psicológicos virtuales para un seguimiento integral. Estos funcionan a través de una plataforma especializada con uso en web y por app, con módulos para la gestión de pacientes, registros de información, videoconferencia, gestión de citas, escalas/instrumentos para la evaluación, y que cumplirían con estándares de seguridad para la protección de datos.

Respecto a los síntomas referidos en motivos de consulta auto reportada en los servicios de primeros auxilios psicológicos en línea “CALMA” durante la pandemia del COVID-19 en el Perú, se encuentra la ansiedad lo cual coincide con el estudio realizado por Huarcaya-Victoria (2020) donde señala que en una emergencia sanitaria la presencia de problemas de salud mental es innegable y se convierte en una barrera para las intervenciones del profesional médico y de salud; siendo la ansiedad, la depresión y la reacción al estrés síntomas presentes en la población general durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19.

De la misma manera, Maldonado et al. (2019) refieren que los psicólogos evaluaron a través de las entrevistas clínicas el motivo de los usuarios para pedir ayuda en Psicología y determinaron que la ansiedad era el motivo principal, seguido de la soledad, síntomas depresivos, miedo al contagio, síntomas de estrés, trastornos del sueño, trauma, enfermedad social, ideación suicida y agitación psicomotora. Ningún usuario expresó la intención de suicidarse.

El estudio de Wang et al (2020) infieren que, en China, la fase inicial de la pandemia perjudicó más de 1210 personas y se reveló que el 24,5% del total de personas presentaron un impacto psicológico mínimo; el 21,7%, un impacto moderado; y el 53,8%, un impacto moderado-grave. Esta pandemia también tiene un impacto psicológico en los estudiantes universitarios. Finalmente, Cao y Li (2020) estudiaron a 7143 estudiantes chinos de medicina durante la fase inicial de la pandemia y descubrieron que el 0,9% de ellos mostraron síntomas ansiosos graves; el 2,7%, moderados y el 21,3% leves.

En conclusión, se presenta la experiencia del desarrollo e implementación durante el primer año de un servicio de atención psicológica virtual con la participación de un equipo de profesionales capacitados para brindar atención con un enfoque inclusivo. Se espera que la descripción preliminar de este servicio pueda ayudar a los profesionales de la salud mental en entornos similares a desarrollar similares servicios considerando sus realidades locales para promover la salud y la resiliencia individual y comunitaria.

Anexos

Anexo 1. Adaptación de la pirámide de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes del 2007 (IASC, 2007).

PRINCIPALES INTERVENCIONES RECOMENDADAS EN SMAPS PARA LA COVID-19



Anexo 2. Ejemplo de un Modelo de Intervención en PAP Modelo de intervención ABC

En el modelo ABC (López y Costa, 2012) se presentan las bases de la interacción humana en situaciones de emergencia entre el/la profesional y la persona afectada.

Se describen los componentes y las dinámicas significativas básicas que pueden acontecer en dicha interacción.

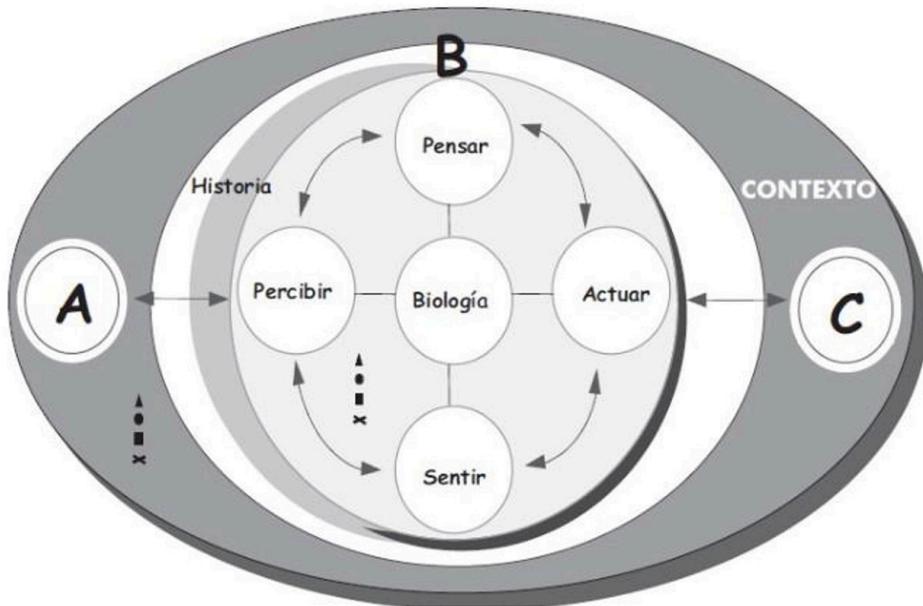
El modelo ABC, es de carácter biográfico y transaccional, nos facilita el análisis, el conocimiento y la comprensión del comportamiento de la persona afectada, y del nuestro como profesionales de la salud en la intervención.

Las letras del acrónimo ABC designan cada uno de los tres componentes estructurales del modelo:

A: Antecedentes: son aquellas circunstancias del contexto de la emergencia que influyen sobre la persona para que se comporte de una forma u otra.

B: Biografía de la persona: el comportamiento propiamente dicho, refleja cinco dimensiones o niveles de respuesta de la persona. Estas dimensiones son complementarias y están interrelacionadas (*percibir, pensar, sentir, actuar y biología de la persona*).

C: Consecuencias: Son los resultados que el comportamiento provoca sobre el contexto. Estos resultados, a su vez, dejan huella sobre la biografía de la persona. También se pueden convertir en antecedentes para una nueva secuencia de comportamiento



3. Anexo de Consentimiento informado

En el desarrollo del ejercicio profesional de la Psicología se ha hecho necesario la incorporación de nuevas normativas que regulen la profesión. Entre estas nuevas normas una de las más importantes es el consentimiento informado, que es un dispositivo legal, de conocimiento y cumplimiento obligatorio, que rige para todo tipo de intervención

profesional. Es el medio por el cual se le informa anticipadamente al paciente de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten y el proceso que seguirá el tratamiento. Como en los PAP no hablamos de tratamiento sino de intervenciones ante situaciones de emergencia, cabe aclarar que existen algunas excepciones e invalidaciones. Es fundamental que los profesionales sean competentes en el manejo de estas situaciones y esta ayuda debe ser protocolizada. (De la Torre y Pardo Cibrian, 2018). Las mismas se detallan a continuación:

➤ **Invalidaciones en casos de tratamientos**

El consentimiento informado queda invalidado si la persona pierde la lucidez durante el tratamiento o si la persona no se encuentra en condiciones legales, intelectuales o emocionales ya que no pueden firmar por sí mismos.

Personas en las que el estado mental se presenta alterado o en estado de inconsciencia. En los casos en que las personas no puedan brindar el consentimiento por sí mismas se obtendrá de los responsables legales; un representante, un familiar o los que el juez designe.

Personas menores de edad (de 0 a 18 años): en el caso de niños serán ambos progenitores quienes deberán autorizar las intervenciones, salvo en casos de que uno de los dos haya fallecido, haya perdido la patria potestad por resolución judicial o que no se conozca el paradero.

➤ **Excepciones**

Se contemplan excepciones en el requisito del consentimiento informado en casos de catástrofes, emergencias o situaciones de riesgo, es decir que los PAP quedarían exceptuados de la firma del mismo, igualmente el profesional a cargo y cuya modalidad será online, de manera breve debería de explicarle en qué consiste esta intervención.

Referencias

- American Psychological Association Practice Organization. (2010). Telehealth: Legal basics for psychologists. *Good Practice*, 41, 2-7. <https://www.apaservices.org/practice/good-practice/telehealth.pdf>
- Cao, W. y Li, T. (2020). COVID-19: hacia la comprensión de la patogénesis. *Cell Res* 30, 367–369 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41422-020-0327-4>
- Comité Permanente entre Organismos (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC..http://www.who.int/mental_health/emergencias/iasc_guidelines_spanish.pdf
- Cortés Montenegro, P. y Figueroa Cabello, R. (2015). *Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en crisis individuales y colectivas*. Pontificia Universidad Católica de Chile Escuela de Medicina, Departamento de Psiquiatría Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales. Santiago: Chile. https://www.preventionweb.net/files/59897_auxiliar.pdf
- De la Torre Marti, M. y Pando-Cibrian, R.(2018). Guía para la intervención Tele psicológica. Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid en colaboración con el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <https://www.psichat.es/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-2019.pdf>
- El Proyecto Esfera. (2011). Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria Ginebra: El Proyecto Esfera. <http://www.sphereproject.org>
- Francis, N., Dort, J., Cho, E. et al (2020). Recomendaciones de SAGES y EAES para cirugía mínimamente invasiva durante la pandemia de COVID-19. *Surg Endosc*, 34, 2327–2331. <https://doi.org/10.1007/s00464-020-07565-w>
- Goldmann, E. y Galea, S. (2014). Consecuencias de los desastres para la salud mental. *Revisión anual de salud pública*, 35, 169-183. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182435>
- Gómez del Campo, J. (1994). Intervención en las crisis: Manual de entrenamiento. Plaza y Valdés.
- Huarcaya-Victoria J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 37(2). <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>

- Inter-Agency Standing Committee.(2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Ginebra: IASC. <https://www.who.int/hac/techguidance/iascguidelinespanish.pdf?ua=1>
- Kavoor, A., Chakravarthy, K y John, T. (2020). Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102074. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102074>
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas. Nueva York: Martínez Roca.
- López, E. y Costa, M. (2012). Manual de Consejo Psicológico. Una visión despatologizada de la Psicología Clínica. Síntesis.
- Loureiro, L. M. de Jesus y Figueiredo Pinto de Freitas, P.M. (2020). Efetividade do programa de primeiros socorros em saúde mental em estudantes de enfermagem. Artigo De Investigação (Original) / Research Paper (Original). <https://doi.org/10.12707/RIV19078>
- Macías Moron, J.J y Valero Aguayo, L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 36(1-2), 107-113. <https://www.researchgate.net/publication/328307157>
- Maldonado, G.A., García, J., y Sampedro-Requena, B., (2019). The effect of ICT and social networks on university students. RIED. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 22(2), 153-176. DOI: 10.5944/ried.22.2.23178
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2020). Informe de políticas: el COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental. Nueva York: ONU. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional. OMS: Ginebra. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf?sequence=1

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Salud mental en las emergencias. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial durante la pandemia COVID-19. <https://www.paho.org/es/publicaciones/intervenciones-recomendadas-salud-mental-apoyo-psicosocial-durante-pandemia-covid-19>
- Slaikue, K. (1988) Intervención en Crisis. Manual para Práctica e Investigación (1988). El Manual Moderno.
- Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad. (SARE). (2020). Guía práctica de respuestas inclusivas y con enfoque de derechos ante el COVID-19 en las Américas [Publicado por la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos]. (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.D/XXVI.16). http://www.oas.org/es/sadye/publicaciones/GUIA_SPA.pdf
- Valero S. (2001). Psicología en emergencias y desastres Lima (Perú): Editorial San Marcos
- Wang Y, Zhang D, Du G et al. (2020). Remdesivir en adultos con COVID-19 grave: un ensayo multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. *Lancet* , 395, 1569-1578. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31022-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31022-9)
- Yang, L., Liu, S., Liu, J. et al. (2020). COVID-19: inmunopatogénesis e inmunoterapéutica. *Sig Transduct Target Ther*, 5, 128. <https://doi.org/10.1038/s41392-020-00243-2>

EXPERIENCIAS EN CIBERPSICOLOGÍA: HACIA UNA NUEVA ERA DE LA PSICOLOGÍA

COORDINADORES:
BERTHA RAMOS DEL RÍO - JUAN JOSÉ MARTÍ NOGUERA



En este libro asistimos a una obra colectiva de profesionales con trayectoria y recorrido de países hispanohablantes. Su aportación en los diferentes capítulos ofrecen una mirada del uso de la tecnología en la atención a la salud mental, al individuo digital y su aplicación en los ámbitos familiar, escolar y relacional comportamental. La finalidad es establecer una aproximación, basada en la evidencia, que permita a profesionales y estudiantes de la Psicología adquirir los conocimientos base en los cuales empezar a comprender la magnitud del fenómeno en este siglo XXI.

Invitamos a la lectura y reflexión sobre esta primera obra esperando que les sea de utilidad e interés en la práctica profesional.



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto.
Col. Ejército de Oriente,
Iztapalapa, C.P. 09230 Ciudad de México.
Campus III. Ex fábrica de San Manuel s/n,
Col. San Manuel entre Corregidora y Camino a Zautla,
San Miguel Contla, Santa Cruz Tlaxcala.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

