

Artículos

Experiencias de un grupo telepsicoterapéutico durante la pandemia de COVID-19

Experiences of a Telepsychotherapeutic Group Through the COVID-19 Pandemic

Aimée Argüero Fonseca¹; María del Rocío Figueroa Fonseca¹; Iván López Beltrán²

1. Universidad Autónoma de Nayarit

2. Universidad Autónoma de Aguascalientes

Resumen

La presente investigación es un estudio cualitativo, cuyo objetivo fue analizar la experiencia de un servicio de atención telepsicológica implementado en una universidad pública mexicana a partir de las narraciones de un grupo de 39 psicoterapeutas, de los cuales 37 eran mexicanos de 7 estados diferentes de la república, con edades entre 23 y 57 años, siendo mayoría las mujeres (28). Se efectuó un análisis de contenido de la información obtenida de registros realizados en Google Forms como seguimiento a un programa de cuatro sesiones de psicoterapia cognitivo conductual breve a través de medios electrónicos. Estos registros fueron comparados con un cuestionario breve acerca de las experiencias personales en el servicio de los voluntarios, quienes fueron divididos en dos grupos dependiendo de su edad (mayores y menores de 30 años). Los resultados apuntaron a que, conforme avanzaban las sesiones, se percibió una mejora significativa en la mayoría de los pacientes respecto a emociones, pensamientos, conductas, somatizaciones y relaciones interpersonales; obteniendo con esto la motivación suficiente para continuar con su labor voluntaria. Respecto a su experiencia personal, los psicoterapeutas mayores de 30 expresaron la necesidad de mayor retroalimentación y reconocimiento, mientras que los menores señalaron que les gustaría tener acceso a más pacientes.

Palabras clave: telepsicología, psicoterapia, voluntarios, análisis cualitativo de contenido, COVID-19

Aimée Argüero Fonseca. Programa Académico de Psicología, Universidad Autónoma de Nayarit
María del Rocío Figueroa Varela. Programa Académico de Psicología, Universidad Autónoma de Nayarit
Iván López Beltrán. Universidad Autónoma de Aguascalientes
Autor para correspondencia: recio.figueroa@uan.edu.mx

Abstract

The objective of the present qualitative research study was to analyze the narrative experiences of a group of volunteer psychotherapists offering telepsychological care in a public university in Mexico. The sample consisted of 39 psychologists (all but 2 of which were from Mexico) representing 7 states throughout the country. The majority of the participants were women (n=28) ranging from 23 to 57 years of age. An information content analysis was performed based on follow-up responses (entered into Google Forms) to a program of four brief virtual cognitive behavioral psychotherapy sessions. Results were compared with a short questionnaire regarding personal experiences from 18 of the psychotherapists, divided into two groups based on age (over and under 30 years). The results indicate that a significant improvement was perceived in most of the patients as the sessions progressed regarding emotions, thoughts, behaviors, somatizations, and interpersonal relationships, thereby obtaining sufficient motivation to continue with their voluntary work. Psychotherapists over 30 expressed the need for more feedback and recognition, while the younger cohort indicated that they would like access to more patients and needed greater supervision.

Keywords: telepsychology, psychotherapy, volunteers, qualitative analysis of content, COVID-19

DOI <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i1.423>

Recibido 09 de Abril de 2021

Aceptado 03 de Noviembre de 2021

Publicado 09 de Diciembre de 2021



Introducción

La pandemia de COVID-19 cambió la vida de las personas, principalmente, la de los pacientes y sus familiares, pero el personal médico también ha sido gravemente afectado, por lo que esta pandemia se ha descrito como el evento que más ha alterado el servicio en el tratamiento de la salud mental dentro de la historia moderna (Pierce *et al.*, 2021).

Desde la Organización Mundial de la Salud (WHO), se crearon múltiples estrategias para mitigar los efectos de la pandemia. La experiencia previa en situaciones de desastre, así como en otros eventos de emergencia sanitaria, sugieren la inclusión de estrategias de atención psicosocial, muchas de ellas basadas en el trabajo voluntario. A través de la Inter-Agency Standing Committee (IASC), se delinea que para el trabajo voluntario atendiendo aspectos psicosociales se incluyan profesionales que estén capacitados para dar atención de emergencia (World Health Organization, 2007); si bien puede haber numerosas personas que estén motivadas para apoyar, esto podría ser contraproducente y crear efectos negativos tanto en quienes apoyan como en los que se pretende apoyar.

Por ello, es importante identificar por qué o para qué se hace un trabajo voluntario, qué mueve a una persona a prestar sus servicios en forma altruista, comportamiento que es considerado prosocial. En el trabajo de Amaya y Vera (2020), se evidenció a través del análisis de un grupo de voluntarios que los factores más influyentes en la motivación para realizar estas conductas están asociados con el aprendizaje, con el interés por vivir experiencias nuevas y compartir la actividad con amigos. De acuerdo con Feigin *et al.* (2014), los modelos teóricos para entender el altruismo provienen de entender la conducta de ayuda como pseudoaltruista o altruista. La diferencia reside en que en el pseudoaltruismo la conducta de ayuda proviene de un sistema de recompensas interno en donde hay un reforzamiento social. En cambio, la conducta altruista implica la empatía así como la subsistencia de una idea de justicia en la distribución de los recursos, además de rasgos de personalidad que conforman una identidad, y por lo tanto, una asociación con personas afines.



Por su parte, Telle y Pfister (2015) aportan que la motivación para tener conductas prosociales se basa en la empatía, la cual es regulada por la respuesta vicaria entre apoyado-apoyador, esto es, la persona a la cual sentir esa empatía, de tal forma que se puede experimentar si una persona está en un estado afectivo y otra persona es isomórfica con dicho estado. El estado emocional es provocado por la observación del estado afectivo de la otra persona, y por tener conciencia de que proviene de la otra persona. La recompensa de tener una conducta prosocial no siempre es un objeto específico, está demostrado que el solo obtener una sonrisa es suficiente para seguir presentando un comportamiento de ayuda. Así, la percepción de que se pueda mejorar el malestar emocional de otra persona detona una conducta prosocial que a su vez llena de emociones positivas y gratificantes a quien realiza estas acciones (Telle y Pfister, 2015).

Aunado a lo anterior, según Farfallini *et al.* (2008), si se comienza la práctica clínica en la juventud temprana, la motivación y energía inherentes a la edad facilitarían en gran medida el desarrollo de una actitud empática y altruista.

Azzolini *et al.* (2017) comentan que la empatía facilita las interacciones sociales cotidianas y promueve las acciones de ayuda a otros. En caso de desastres o emergencias, la empatía es entonces una característica necesaria para el desempeño cuando voluntarios proporcionan primeros auxilios psicológicos, puesto que se entiende que el voluntariado, al ser conducta prosocial, es entendido como un conjunto de conductas voluntarias —ayudar, compartir, alentar, comprender, ponerse en lugar de, etc.— dirigidas a establecer relaciones positivas, empáticas, cooperativas y socialmente responsables con el fin de beneficiar a otro; conductas que son valoradas como deseables y se esperan en personas que hacen voluntariado, en especial, cuando se está en situaciones de emergencia sanitaria como lo es la pandemia por COVID-19.

En estas circunstancias, la telepsicología ha sido una herramienta fundamental para el servicio de atención en salud mental. Si bien se discutía sobre la adaptación de la tecnología en la atención psicológica en las últimas décadas (Maheu *et al.*, 2012), ahora, en la situación actual de la pandemia, es la herramienta



por excelencia para brindar servicio psicológico, readaptando el espacio terapéutico (Traverso y Salem, 2020). Como señalan Argüero-Fonseca et al. (2020), lo que se consideraba como una aplicación futura se adelantó de manera inmediata por el confinamiento en casa.

La telepsicología se define como la prestación de servicios psicológicos utilizando tecnologías de telecomunicaciones (American Psychological Association [APA], 2021); por ejemplo, el correo electrónico, las llamadas telefónicas o las videoconferencias. A pesar de que la telepsicología no es una nueva especialidad, requiere que todo profesional amplíe sus habilidades, adapte la tradicionalidad de los servicios y asista a sus clientes de forma remota (Cooper *et al.*, 2019).

La intervención por telepsicología no está condicionada a una teoría o tratamiento específico, pero sí se busca cumplir con estándares tanto éticos como eficaces (Ramos *et al.*, 2019). Una corriente psicoterapéutica recomendada por su eficacia y evidencia es la terapia cognitiva conductual (APA, 2016), principalmente, porque se ha demostrado que la pandemia ha generado trastornos que se trabajan con este tipo de tratamiento, tales como el estrés, la depresión, la ansiedad, entre otros (Lozano-Vargas, 2020; Santamaría *et al.*, 2020).

La terapia basada en el modelo cognitivo conductual (TCC) es frecuentemente usada para la atención de padecimientos como la depresión, ansiedad y estrés (Argüero-Fonseca *et al.*, 2020). La TCC se define como una forma de tratamiento psicológico que asume la existencia de cogniciones distorsionadas y/o conductas disfuncionales que mantienen (o causan) el malestar asociado a los trastornos mentales (Fullana *et al.*, 2012). Scott et al. (2006, citado en Chávez *et al.*, 2014) mencionan que la TCC es una forma de psicoterapia breve y de objetivos limitados.

De esta forma, varios modelos de intervención breve toman a la TCC como una herramienta adecuada. En otros países, a partir de la pandemia de COVID 19, se han creado guías específicas para la atención telepsicológica, haciendo hincapié en que solo deben atender profesionales que tengan la



capacitación adecuada y el acompañamiento preciso para también dar la respuesta a la población atendida (Larroy *et al.*, 2020).

En este contexto, fue creada la Guía de Atención Psicológica Virtual para personas de Grupos Vulnerables en Crisis por la Pandemia Covid-19 (GAPV_COVID-19) en México. Se trata de un documento útil y práctico para los profesionales de salud y de la salud mental. Éste es resultado de la colaboración de varios investigadores y describe la intervención específica acerca de cómo se deben llevar a cabo las sesiones para los usuarios que demandan el servicio. La guía comprende cuatro niveles de acción: a) canalización, b) psicoeducación y orientación, c) primeros auxilios psicológicos e d) intervención breve cognitivo-conductual. Este último nivel es donde se ha profundizado para presentar hallazgos de las experiencias de profesionales voluntarios con título en psicología dentro del Servicio de Atención Telepsicológica (SATEP).

La aportación de este documento viene a abonar también a lo ya comentado por Arango *et al.* (2020) y Nieto *et al.* (2020), en el sentido de que si bien el uso de la tecnología se convierte en una opción viable para atender problemas de salud mental, especialmente en áreas rurales o donde no se cuenta con todos los servicios. También, se debe considerar que, a pesar de la urgencia para dar respuesta en esta situación, no se debe caer en el error de responder con medidas que no estén sustentadas en el conocimiento científico y, en el caso de la salud mental, sin estándares de calidad de los servicios implicados. Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es analizar la experiencia del grupo psicoterapéutico con servicio voluntario para la atención telepsicológica e identificar posibles nichos de acción, así como de mejora del servicio SATEP.

Metodología

Tipo de estudio

Este es un estudio con enfoque cualitativo, donde se analiza la experiencia del personal voluntario den un proyecto de mitigación de problemática de salud mental mediante un servicio de atención



telepsicológica. Según Taylor y Bogdan (1992), se trata de un estudio descriptivo de documentos, enviados como seguimiento a una intervención psicoterapéutica.

Participantes

El grupo de estudio incluyó las narraciones de 39 psicoterapeutas voluntarios del servicio de atención telepsicológica implementado en una universidad mexicana, de los cuales 28 eran mujeres y 11 eran hombres; de entre 23 y 57 años; 13 del estado de Nayarit, 8 del Estado de México, 5 de Michoacán, 4 de Jalisco, 4 de Baja California, 2 de Guanajuato, 1 de Sinaloa, 1 de Venezuela y 1 de Colombia. Se incorporaron profesionales de la psicología titulados, con formación en psicoterapia, capacitados en atención telepsicológica y en técnicas cognitivo-conductuales en un formato breve, con mínimo de un año de experiencia en psicoterapia. Asimismo, participaron extranjeros debido a que el servicio estaba diseñado para ofrecerse a nivel global con la única limitante de ser un servicio a hispanohablantes. Para la integración de participantes, se realizó una convocatoria cerrada, así como invitaciones directas a profesionales que cumplieran con los requisitos de formación profesional, acreditaciones solicitadas y experiencia. Una vez aceptada la participación por un grupo de investigadores principales, se sometían a un proceso de capacitación adicional para el correcto llenado de los formatos y para la puesta en común de los objetivos y procedimientos a implementar, que se concentraron en una guía a la que tenían acceso directo, con cuatro sesiones como mínimo y con un enfoque cognitivo conductual. Al finalizar, debían enviar sus observaciones y propuestas al equipo investigador.

El servicio se publicitó por diversos medios de comunicación. Los datos de los pacientes eran enviados por una persona vínculo, que atendía inicialmente la llamada, y alertaba a través de un mensaje a un grupo de chat telefónico donde estaban concentrados todos los psicoterapeutas voluntarios. Una vez hecho el vínculo, cada psicoterapeuta enviaba un mensaje al consultante para poder agendar la primera sesión



que podía ser llamada telefónica o por videollamada, según el procedimiento de atención de SATEP (Argüero-Fonseca *et al.*, 2020).

Como se entiende, toda la estrategia fue documentada, y en otros reportes se analizó el proceso de los consultantes y la efectividad del dispositivo terapéutico diseñado, pero para propósitos de este documento solo se reporta el proceso visto por el mismo grupo de telepsicoterapeutas. De este grupo se obtuvieron como unidades de análisis 121 viñetas que reflejaban las observaciones al caso atendido y el proceso registrado de sus consultantes. Además, se integró el análisis de la narrativa de su experiencia como voluntariado de 18 participantes que enviaron sus aportaciones a través del instrumento diseñado.

Instrumento

La información que aquí se reporta fue recolectada y registrada por cada participante voluntario en un formulario de Google al terminar cada sesión terapéutica con su consultante entre el 1 y 30 de octubre de 2020. Dicho formato incluía nombre tanto del consultante como del psicoterapeuta, motivo de consulta, número de sesión (1, 2, 3, 4), hora de inicio y final de la llamada. La consigna era que se enviaran viñetas que dieran cuenta de lo más importante, con frases recuperadas de pensamientos, sentimientos, conductas, somatizaciones y relaciones, así como las notas de sus percepciones respecto a la sesión realizada. Se tenía una sesión semanal de apoyo para el grupo psicoterapéutico con el fin de resolver dudas o problemáticas sobre el proceso.

Se hizo con posterioridad una cuestionario virtual breve a los psicoterapeutas a través del mismo formato, con las siguientes preguntas: ¿Cuál es tu experiencia como voluntario en el servicio?, ¿qué ventajas percibiste durante tu experiencia? y ¿qué desventajas percibiste durante tu experiencia?



Técnica de análisis de información

Se efectuó un análisis de contenido y, en concordancia al método de Taylor y Bogdan (1992), se analizó la información mediante las fases de descubrimiento, codificación y relativización (Amezcuá y Gálvez, 2002) que se detallan en el procedimiento.

Procedimiento

Para la fase del descubrimiento, todas las viñetas se concentraron en una matriz de doble entrada, se realizó posteriormente una lectura horizontal de la información, buscando los temas emergentes e identificando las tipologías y conceptos relacionados de acuerdo con las dimensiones previamente establecidas de emociones, pensamientos, conductas, relaciones interpersonales y observaciones del terapeuta. Se efectuó lectura de material bibliográfico pertinente y se desarrolló un análisis previo, encontrando así diferencias en las observaciones de terapeutas según su experiencia en el trabajo terapéutico. Para la codificación, se categorizó la información y se separaron los datos de acuerdo con cada categoría conjuntando los trechos de información por tipología y dimensiones. Para la relativización, se realizó un análisis más detallado revisando la propia influencia del participante en su entorno terapéutico y contrastando con elementos teóricos o antecedentes reportados. Por último, como una triangulación inter-instrumental (Cabrera, 2005), se realizó una comparación entre las preguntas del cuestionario breve y la experiencia del servicio voluntario, todo esto se expone en la sección de análisis de las sesiones.

Resultados

A continuación, se presentan los hallazgos de la información recolectada. Primero, se identifican las ideas centrales o representativas de los fragmentos recuperados de los psicoterapeutas y, posteriormente, se contrasta con la literatura en concordancia al método elegido para análisis de la información.



Se recolectaron y analizaron 121 viñetas; se reportaron fragmentos de una primera sesión y son reportes de consultantes del sexo femenino en su mayoría, quienes en mayor proporción manifestaban malestar emocional relacionados con ansiedad, depresión, angustia, miedo y conflictos en sus relaciones de pareja, sobre todo, asociados a violencia o separación, como se puede ver en la tabla 1. Cabe aclarar, que de acuerdo con el protocolo SATEP, eran cuatro sesiones las que se deberían cubrir por consultante, sin embargo, se entiende que de 46 personas atendidas 21 terminaron este protocolo y por ende este estudio. Se revisan las observaciones de los psicoterapeutas durante este proceso.

Tabla 1

Frecuencia de fragmentos de sesiones terapéuticas reportados por psicoterapeutas

Consultantes Sexo/Causas de consulta	Viñetas de sesiones reportadas N=121			
	1a.Sesión n=46	2a. Sesión, n=31	3a. sesión n=23	4a. Sesión, n=21
Hombres	8	4	4	8
Mujeres	23	27	19	13
Malestar emocional	25	19	13	14
Relaciones de pareja	15	7	8	4
Alteraciones de sueño	3	4	2	2
Ansiedad por diagnóstico de COVID	1	0	0	0
Adicciones	1	0	0	0
Duelo	1	1	0	1

Fuente: Elaboración propia

De estos fragmentos, en la primera sesión se encontró la siguiente información referente a diversos aspectos reportados:

Emociones: La tristeza y ansiedad es la que más se registró, agregando que se acompañaba de estrés y sentimientos de soledad, por ejemplo, se anexan los fragmentos alusivos a que el paciente se siente “frustrado, deprimido, sin motivación, ansiedad, incertidumbre”. Cuando se refieren a problemática de pareja, adicionan que el grupo consultante experimenta coraje e impotencia, así como miedo ante la pérdida de la pareja aun cuando existan episodios de violencia “Me gustaría entenderlo; no le voy a estar rogando,



no quiero sentir culpa". Cuando hay malestar emocional derivado de otros problemas familiares o escolares comentan la aparición de la culpa y frustración en consultantes: "Me siento, triste, desesperado porque siento que no estoy mejorando".

Pensamientos: Informan que el grupo de consultantes hace uso de la negación de situaciones o de búsqueda de soluciones mágicas: "Ya no quiero esto", "me gustaría tener una varita mágica y que todo terminara", así como de ideas de pérdida de control de sí y de no poder superar la situación por la que se atraviesa: "qué va a pasar con mis proyectos", "no me puedo desconectar del problema". En la problemática derivada de las parejas, reportan rumiación para identificar en dónde o qué está haciendo la pareja, o bien, acerca de la causa de la problemática. Detectan autoculpabilización y otras creencias irracionales presentes en el discurso de los consultantes.

Conductas: En el discurso, manifiestan que les son reportadas conductas de trastornos del sueño y de la alimentación, cambios de rutina y desequilibrio de hábitos en lo general, que llevan a consultantes a tener problemas en otros ámbitos de su vida: "No me gusta ver la tarea". En las relaciones de pareja detectan discusiones frecuentes y violencia verbal: "Yo le grito y le he golpeado".

Somatizaciones: El grupo de terapeutas comenta que les han reportado síntomas de dolores de cabeza, opresión en el pecho y contracturas musculares, así como cambios significativos de peso corporal.

Relaciones: Detecta el grupo de terapeutas que quienes tienen familia mencionan su preocupación por ella, y el reconocimiento de esta estructura como un recurso de apoyo, que en este momento sienten distante, o bien, que no desean sobrecargarles: "Mis abuelos significan todo para mí", "no quiero preocupar a mi mamá porque le quitaron su vesícula". Pero lo más significativo en esta dimensión es que registran con mayor descripción a quienes tienen problemas de pareja, pues apuntan que los consultantes quieren, por un lado, romper la relación que consideran en sí misma violenta, pero al mismo tiempo, quieren tener estrategias para



realizar un cambio que les ayude a retenerles: “Ella se irá si no cambio, le gritó y la he golpeado”, “no sé qué es lo que expreso o porqué lo siento”.

Qué observaciones hacen los terapeutas: Hacen referencia a los datos de origen y generales de las personas, así como los síntomas manifestados. Se enfocan en identificar tanto la profundidad de la problemática así como de los riesgos de los consultantes: “Tiene ideas irracionales respecto a su sexualidad por creencias”. Se informa de instrumentos o técnicas utilizadas durante la sesión: “Se aplicó DASS 21 en la sesión, mostrando poca motivación”, así como del encuadre utilizado. Enfatizan el agradecimiento por la atención gratuita y expedita, y los objetivos terapéuticos delineados, anotando si seguirán o no en seguimiento: “Se trabajará autoestima”, “el paciente determinó el objetivo a trabajar: Término de relación”.

Análisis de primera sesión. El material enviado hace referencia a la necesidad del terapeuta de la validación de sus saberes y quehaceres, por lo que hace una descripción puntual de la alianza terapéutica con el consultante según los protocolos establecidos (Argüero-Fonseca *et al.*, 2020). Hay mayores descripciones en relación con la violencia de pareja y son más precisos al establecer asociación con los síntomas somáticos en los que deriva el malestar. Identifican, en esta primera sesión, los recursos y redes de apoyo que tienen los consultantes, así como el tipo de intervención de acuerdo con el protocolo que se está siguiendo; esto parece coincidir con técnicas de contención emocional que pueden apoyar al consultante a disminuir su malestar emocional.

La psicología, como ciencia, forma entes sociales cuya misión trasciende lo fáctico y lo presente, por lo tanto, el voluntariado es una forma de accionar frente a un enemigo común: el virus. En consecuencia, salen a flote elementos de búsqueda de medios alternativos para entrar en acción respetando las medidas de distanciamiento social (Lorenzo-Ruiz, 2020).

Por otro lado, el que se haya proporcionado información mayoritariamente de mujeres, y con problemática de violencia, puede atribuirse a que eran mujeres la mayoría de los psicoterapeutas. De acuerdo



con Azzollini et al. (2017), los hombres tienden a ser menos efectivos en preocupación empática, en otras palabras, al ser mujeres atendiendo mujeres, la denuncia de estos hechos se facilitaba. Además, es necesario puntualizar que durante la pandemia, los medios de comunicación informaron sobre la alta tasa de violencia de género en México (González, 2020), por lo que esta situación también estaba en la conciencia de las psicoterapeutas.

Fragmentos de la segunda sesión atendida

Emociones: Del grupo de respuestas elegidas de los consultantes, en la segunda sesión se centran en definir aquellos que continúan con el malestar emocional e identifican que se siguen experimentando emociones de tristeza, abatimiento, enojo, especialmente en aquellas personas que mencionan tener problemas de pareja: "Me he sentido a veces feliz, a veces con coraje", "hubo momentos en los que me sentí bajoneada". Hay un enfoque también claro en reconocer con mayor precisión la relación violenta bidireccional en las parejas: "Me enojo conmigo porque me dejó controlar por mi novio", "tengo miedo a la muerte. De pronto comencé a sentirme muy triste, fue raro. Me sentí culpable por preocuparle. Supo que lo quería".

Pensamientos: Las respuestas expresan que se exploran pensamientos y creencias relacionadas a ideas de amor romántico y les hace continuar sometidos en codependencia o violencia psicológica, aspecto que se les cuestiona durante el trabajo terapéutico. También, relatan la desconfianza en delegar actividades de cuidado o laborales por parte de los consultantes, por lo que el grupo de terapeutas reporta haber utilizado estrategias de reestructuración de pensamientos e informan que los consultantes empiezan ya a dudar de esas autocríticas dañinas ya pensar que hay otras posibilidades de respuesta.

Conductas: Relata el grupo de terapeutas que ya se reflejan cambios en las conductas del grupo en la segunda sesión, lo cual ayuda a tomar otras acciones y resolver sus problemas como: "Realizó ejercicio", "dependencia hacia las parejas, no toma decisiones". Por lo tanto, reflejan que se incentivan y alienta a seguir haciendo este cambio de conductas: "Ha controlado el revisar sus redes sociales".



Somatizaciones: Al igual que las conductas, se sondea acerca de la problemática relacionada con somatizaciones e identifican que empiezan a notarse cambios en este aspecto, pero que aún no se presenta la erradicación de esta problemática. Por lo tanto, apuntan que los consultantes aún muestran síntomas sobre todo de cefalea y opresión en el pecho.

¿Qué observaciones hacen los terapeutas? Identifican si las tareas asignadas han sido cumplidas por el consultante y quiénes están utilizando estrategias que obstaculizan el proceso, por ejemplo: “Se identifica uso de mentira probablemente como medio de defensa. La tarea asignada sin elaborarse”, “se dio cuenta del detonante de su conducta, entendió la importancia de hacer cambios, comentó que se ha sentido mejor después de la primera sesión, la segunda sesión fue muy fructífera”. Revisan acuciosamente si reportan o no avance de acuerdo con el protocolo establecido en su manual de telepsicología.

Análisis de la segunda sesión: Dada la participación como voluntarios, se entiende el esfuerzo de los terapeutas para realizar no solo sus notas clínicas, sino también para enviar un reporte de lo más significativo de las sesiones realizadas. Esto da cuenta de su nivel de compromiso y de seguir apoyando en estas situaciones que pudieran considerarse una sobrecarga, dado que se ha reportado problemática de ansiedad y depresión, así como de agotamiento mental, derivado de ser personal de salud —sea o no de atención de primera línea en pacientes de COVID-19 (Evanoff *et al.*, 2020) —, que puede llevar hasta presentar síntomas de estrés postraumático (Luceño-Moreno *et al.*, 2020). De acuerdo con Feigin *et al.* (2014), este comportamiento está relacionado con uno de los modelos de altruismo, el cual hace alusión a los comportamientos sociales que se han internalizado y que en momentos de crisis surgen como una respuesta solidaria y empática. Lo interesante es preguntarse si ese altruismo es una forma de vida previa, o bien, es una forma de afrontamiento al estrés que se observa en momentos de crisis epidémica, como lo comentan Andreu-Periz *et al.* (2020).



Información sesión tres

Como ya se informó, sólo se enviaron 23 transcripciones de la tercera sesión. En esta sesión, ya se esperaba que la alianza terapéutica estuviera más consolidada y que se pudieran dar técnicas ya no de contención emocional, sino que las tareas y ejercicios hubieran dado frutos para reconfigurar y/o regular el malestar de consultantes.

Emociones: En esta dimensión, se encuentra una tendencia en reportar ya en el grupo de consultantes cómo van mejorando, por lo tanto, ya comentan que van poco a poco utilizando técnicas para la disminución de ansiedad, control y manejo del estrés, lo que disminuye el malestar significativamente, reportando una mejoría en este aspecto en el 50% del grupo consultante: “Se ha sentido mejor, más tranquilo”; el restante lo reportan con sentimientos de tristeza principalmente.

Pensamientos: En este aspecto, resalta que los reportes se enfocan en enfatizar que el 90 % de consultantes han hecho una reestructuración cognitiva, logran identificar elementos de sus propias críticas que les infravaloraban, y también, establecen objetivos aun cuando estos les sean dolorosos: “Ha estado más despejada, ocupará replantearse lo que quiere, por ejemplo, una relación amorosa más estable”, “considera que va bien en la relación”.

Conductas: Indican los voluntarios que al grupo que atienden se le refuerza que continúen haciendo actividades consideradas parte del protocolo y que se reconocen como elementos clave para disminución de estrés, como son el ejercicio físico, la relajación, la búsqueda de compañía de amistades o familiares, la reflexión, entre otras. Si bien están contenidas en la guía proporcionada para la atención, también son ampliamente retomadas en los procesos de formación terapéutica.

Somatizaciones: Exploran los síntomas que aún se presentan y anotan que han disminuido notoriamente, pues solo reportan ocho casos aún presentan síntomas de estrés como dolor de cabeza y bruxismo, sin embargo, los trastornos del sueño ya no los reportan en esta etapa del proceso.



Relaciones: En lo general, describen que las interacciones de los consultantes con su familia cercana han mejorado: “Se dio un acercamiento muy oportuno con su esposa, la percibe más honesta y segura. Mamá enferma, ha estado al pendiente de ella”, y en los casos de consultantes que indican relaciones violentas, se identifica que aún no salen de los círculos de violencia: “La paciente mencionó no poder encontrar una pareja igual que su ex”, aunque sepan que “no es una buena persona para mí”.

Observaciones del caso por terapeuta: En esta tercera sesión, el grupo de terapeutas ya identifica con mayor claridad la problemática subyacente al síntoma inicial que propició la búsqueda de ayuda: “La paciente ocupa fortalecerse más a sí misma, pues no está del todo conforme con su relación de pareja actual pero tampoco está lista para irse”, “dado que en el rubro interpersonal se observan limitados, se trabaja sobre redes de apoyo”, “ha bajado su nivel de ansiedad y estrés, sin embargo, aún le causa conflicto aspectos del confinamiento y su relación de amistad”. En este sentido, en la tercera sesión fue cuando se expuso el tema del confinamiento, temática que no había sido reportada por el grupo terapéutico, por lo que se entiende que en las dos primeras sesiones la normalización de síntomas, contención emocional y búsqueda de estrategias había quedado subsumida a la circunstancia del aislamiento.

Análisis. En consonancia con Vásquez et al. (2020), la información recolectada apunta a que la sintomatología de insomnio, irritabilidad, ansiedad, angustia y sensación de pérdida de libertad se exacerbaba ante medidas de confinamiento, y que hay repercusiones de orden económico por la pandemia que también pueden incidir como estresores. Concordamos con Martínez (2006), quien considera que es necesario en la práctica psicoterapéutica ir más allá del motivo de consulta para revisar la demanda implícita en él, puesto que la demanda habla de la motivación y de los intereses subjetivos del paciente a implicarse en la solución de su malestar.

En este sentido, como lo menciona González (2009), la formulación clínica que hace de su caso cada psicoterapeuta voluntario le ayuda a identificar el funcionamiento del consultante así como el patrón de



comportamientos funcionales y disfuncionales que le sirven para planificar el tratamiento y la negociación de las intervenciones para obtener resultados instrumentales. Por lo tanto revisa y, en este caso, reporta los síntomas y problemas descritos por cada consultante, los estresores o eventos precipitantes, así como los predisponentes bajo un mecanismo teórico-conceptual que ofrezca una explicación, en este caso, desde una aproximación cognitivo-conductual en la que está situado el manual de intervención que se toma como guía. Todo esto se denota con claridad en la tercera sesión.

Cuarta sesión: su análisis

En esta sesión, los terapeutas ya indican que desde el inicio se estaban enfocando en el cierre. Por lo tanto, exploran si los objetivos se cumplieron, si continúa la mejoría y la prognosis del caso.

Emociones: Reportan que solo en tres casos no ha cambiado el malestar emocional, de todos los casos restantes se indica que hay una satisfacción con la regulación emocional de los consultantes: “Comenta que: me siento muy tranquila, estoy mejorando cada día”, “sí, siento como que a veces no puedo evitar situaciones, pero las controlo”.

Pensamientos: En esta área, los psicoterapeutas reportan que hay control de los consultantes sobre sus ideas y logran identificar, a través de las técnicas revisadas en sesiones anteriores, las cogniciones desadaptativas y el cuestionamiento de supuestos y creencias que daban soporte a su desregulación emocional, anotando que los consultantes expresan por ejemplo: “Es importante ser compasivo con uno mismo”, “ha sido una confrontación conmigo misma .Trato de enfocarme en mí”, “estuve considerando la visión panorámica”.

Conductas: Al igual que en pensamientos, identifican con claridad que cada consultante, incluso aquellos que aún manifestaban problemática emocional, estaban haciendo cambios comportamentales, que les ayudan a romper el ciclo. Las expresiones reveladas dan cuenta clara de los cambios positivos en los consultantes por ejemplo: "Hacer los ejercicios me ayuda", "mantenerme ocupado me ha servido como para sacudirme lo que traía".



Somatizaciones. Es notorio que el grupo psicoterapéutico no reporta ya que el estrés deriva en síntomas en los consultantes, señalando una gran mejoría en su proceso.

Relaciones interpersonales. A través de las viñetas compartidas por los terapeutas, se confirma que las redes familiares y sociales de apoyo están reforzando el bienestar obtenido: "Un amigo me hizo ver lo que usted, que yo ya soy lo mejor", "mi mamá me comentó que me notaba más feliz", "ha estado hablando más con su pareja, viendo opciones para generar más ingresos, por lo tanto está más tranquila en relación con él".

Notas finales del terapeuta: Las notas del psicoterapeuta versan sobre los logros obtenidos por los consultantes, así como las derivaciones pertinentes. También proporcionan información sobre la mejoría y proceso del consultante: "El paciente durante las cuatro sesiones se mantuvo muy comprometido y realizó sus tareas terapéuticas, por lo tanto tuvo muchos cambios y el evento precipitante ya es mucho más manejable"; "comentó estar satisfecha con el servicio. Lleva notas de las estrategias aprendidas y comenta que le serán funcionales en caso de sentirse con malestar. Comparte los cambios que ella percibe en su persona, y comenta que durante el proceso se sintió acompañada, escuchada, comprendida y agradece"; "se finalizaron las sesiones, sin embargo, se acordó en continuar con otro psicólogo para continuar trabajando aspectos que le hacen falta mejorar".

Análisis de viñetas de cuarta sesión

Díaz-Contreras y Díaz-Reséndiz (2017), al realizar el estudio sobre el perfil de estudiantes de psicología en fase de egreso, encontraron que se tenía a tener estabilidad emocional, confianza y autosuficiencia como rasgos de personalidad en el polo positivo; en el polo negativo, hay tendencia a la ansiedad y seguridad en sí mismo. En este sentido, las viñetas proporcionadas se pueden interpretar como una búsqueda de ratificación de la valía sobre el trabajo realizado y se explica que el tener el perfil antes mencionado, en su posterior como terapeutas cognitivo conductuales, va afianzando o aflorando estos rasgos



de personalidad. Ahora bien, este perfil tiene coincidencia con lo reportado por Azzollini et al. (2017) y Feigin et al. (2014), en relación con el perfil de personas altruistas que realizan voluntariado, por lo tanto, encontramos que el ser voluntario, más haber egresado de psicología, definen las capacidades y habilidades clínicas que debe desarrollar un psicoterapeuta desde su formación en pregrado, dado que es reconocido que este perfil va apoyar, o bien obstaculizar, la alianza terapéutica con un posible paciente, y por ende, la obtención de resultados en su salud mental (Johns *et al.*, 2019).

Por su parte, Villafuerte-Montiel (2016) ratifica la importancia de la supervisión clínica tanto en la formación como en la actualización psicoterapéutica, ya que esta práctica mejora las habilidades psicoterapéuticas de quien es supervisado y permite un control de calidad, incluso, tiene una función restauradora en tanto que el supervisado obtiene bienestar y crecimiento profesional, de tal forma que disminuye la ansiedad y mejora el sentimiento de autoeficacia. Sin embargo, en México no hay una reglamentación específica de quién tiene la acreditación para dar psicoterapia, recayendo en colegios de psicología la función de recabar información de desempeño profesional, pero no hay una conexión ético-legal ni para el ejercicio de la psicología clínica ni para la supervisión. Por consiguiente, se puede interpretar que el grupo de psicoterapeutas reafirma sus saberes durante su participación altruista en este servicio proporcionado a través de SATEP, y le proporciona satisfacción comentar que se están logrando los objetivos de su intervención, reforzando así también su labor.

El relato de la experiencia por el grupo psicoterapéutico

Para hacer el análisis de las narrativas del proceso experimentado por los terapeutas, se dividieron en dos grupos por edades, dado que emergió la diversidad de respuestas de acuerdo con la edad y experiencia profesional, considerándose como supuesto que a menor edad la experiencia como profesional es menor y viceversa. Así, también se contrastaron las viñetas reportadas por el grupo y se identificaron con las etapas de desarrollo de un psicoterapeuta según el modelo de Rønnestad y Skovholt (2003) en donde se establecen



seis etapas por las que pasan las personas para convertirse en terapeutas con alto reconocimiento: a) fase del ayudante lego, b) fase del estudiante principiante, c) fase de estudiante avanzado, d) fase de noviciado, e) fase de profesional experimentado y f) fase de profesional senior o de alta cualificación.

Siete de los psicoterapeutas eran mayores de 30 años de edad (con un rango entre 34 a 52 años) y ya tenían experiencia psicoterapéutica. En cuanto a su experiencia como voluntarios, comentan que fue especialmente enriquecedora, aunque manifiestan la necesidad de tener retroalimentación de su actuación: “Considero que sería de apoyo o motivación poder tener retroalimentación de la evaluación del trabajo por parte de los pacientes atendidos”. Se sintieron integrados en un equipo de trabajo, aunque uno de ellos percibió cierta desorganización en las actividades planeadas.

Ante todo, identifican que ayudaron a un sector poblacional vulnerable a través de medios accesibles. Reconocen por otra parte que hay dificultades en el seguimiento de consultantes y consideran que faltaron recursos tecnológicos para subsanar las dificultades de la atención a distancia.

El tener ya un bagaje profesional les da mayor certeza de su quehacer, saben de sus esquemas y sus habilidades, lo cual les proporciona autoconfianza y percepción de competitividad. Por lo tanto, reconocen las implicaciones de los objetivos y tareas que demandan a consultantes, por ende, les ayuda a darse cuenta de sus propias creencias y reacciones ante la no adherencia al tratamiento y, en un punto dado, a identificar si la relación y el curso de la terapia se afecta. Por ello, acuden a la autorreflexión como terapeutas e identifican errores en su juicio clínico, coincidiendo con lo ya documentado por Haarhoff y Kazantzis (2007). Según el modelo de Rønnesta y Skovholt (2003), se ubican en la fase 5 de profesionales experimentados, pues entienden que sus autopercepciones, intereses, valores y actitudes inciden en la relación terapéutica, pero saben perfectamente cuál es su rol y lo interpretan realizando precisiones más objetivas del proceso. Aunado a esto, se puede revisar en sus viñetas que ya tienen un adecuado manejo de sus técnicas, pero no



son manejadas en forma rígida, sino que las adaptan tanto a sí mismos como a la problemática de los consultantes, confiando en sus propios juicios antes que seguir al pie de la letra un manual.

Este grupo confirma lo que ya habían comentado Anderson et al. (2009) en el sentido de que tener buena empatía y adecuada alianza terapéutica — particularmente la capacidad de dar mensajes interpersonales y la facilidad para entender y reflejar los pensamientos y emociones del consultante — son habilidades predictivas de los efectos positivos de la psicoterapia, y quienes tienen mayor experiencia y edad tienen mejores recursos y resultados que los más jóvenes. De igual forma, la experiencia que tienen facilita el manejo de las llamadas, una cualidad útil, pues como se observó al inicio, se presentaron procesos de ansiedad y depresión detonados por las medidas de confinamiento. Son precisamente estas medidas de distanciamiento social las que colocan al paciente en la posición de pedir ayuda al incrementarse su problemática, coincidiendo con Tukington et al. (2020) al hacer su análisis del comportamiento de personas que llaman a servicios de telepsicología.

En cuanto al grupo de psicoterapeutas más jóvenes con un rango de edad entre 22 a 29 años, la experiencia relatada tiene un sentido diferente, ya que hacen alusión a que quisieran atender más pacientes para tener así más oportunidad de reafirmar aquello en lo que fueron capacitados: “Es regular puesto que no he atendido a los pacientes como yo quisiera hacerlo y siento que me falta explotar mis habilidades al igual que potenciarlas y aprenderlas”; “pude comenzar a brindar psicoterapia a larga distancia gracias a las capacitaciones que nos daban, me resultó un reto pero algo de constantes aprendizajes profesionales, un gran aporte a mi formación”. Ahora bien, hacen alusión a que el consultante puede sentir menos presión que cuando se está en la atención cara a cara, e implica ventajas de organización de tiempos para el terapeuta: “Es práctico, muy cómodo y seguro el atender desde casa y en forma de llamada el paciente puede sentirse menos presionado y cómodo en sus sesiones, al igual que la facilidad para agendar a los pacientes”.



En cuanto a las ventajas de la telepsicología, mencionan aspectos relacionados con la capacitación y disponibilidad: “Que son horarios accesibles, y por lo tanto cada voluntario se puede acoplar de acuerdo a sus horarios para brindar una adecuada atención”; “otra es que es cómodo trabajar de esta manera, ya que todo es por medio de llamadas telefónicas”; “que recibimos capacitación clara y constante”.

Es contrastante que este grupo de psicoterapeutas más joven tiende a percibir como una desventaja de este modelo de atención la distribución “inequitativa” de consultantes: “ Los chicos vincula no los conozco mucho y si ellos no me pasan pacientes a mí no puedo atender como se debe”; “que no todos los voluntarios del nivel 4 están recibiendo pacientes, por lo tanto, unos están adquiriendo más experiencia que otros, es decir, no es equitativo”. Además, una de las psicoterapeutas destaca que no se les capacitó en violencia de género, aspecto que en párrafos anteriores se analizó; y dos de ellos consideraron que era necesario cambiar el modelo de capacitación para que fuera más corto y con retroalimentación más expedita.

Este grupo parece coincidir con los hallazgos de Pesqueira y Banderas (2018), en el sentido de que la supervisión ante el trabajo psicoterapéutico incide para mostrar efectos positivos en quien se supervisa, pues se aumenta la autoconciencia, el conocimiento sobre los tratamientos, la adquisición y la utilización de habilidades clínicas, además del incremento de la sensación de autoeficacia. De igual modo, este grupo de profesionistas —según el modelo de desarrollo de terapeutas de Rønnestad y Skovholt (2003)— manifiesta las dificultades de la fase de profesionales novicios, típicas de desconfianza en su actuar, con ansiedad por no poder tener un efecto directo en la tragedia de la vida que les es compartida e incluso con irritación cuando el paciente bloquea su propio tratamiento, por lo tanto, pueden sufrir periodos de desilusión con el entrenamiento y consigo mismos, ya que los casos no son exactamente como lo definen los manuales, por lo que se lucha entre los límites de la regulación y en determinar metas realistas sobre el bienestar de la otra persona.



No obstante, en este grupo de terapeutas novicios se refleja la necesidad ya comentada de la supervisión clínica, especialmente en la terapia cognitivo conductual. Como señalan Lambert y Ogles (2011), si bien hay consenso de que las actitudes y comportamientos del terapeuta facilitan u obstaculizan los propósitos de la psicoterapia —sobre todo en las fases iniciales del desarrollo profesional—, si hay supervisión las habilidades mejoran, en especial en los aspectos relacionados con el manejo de la empatía; siempre y cuando no derive en una sobrecarga por compasión. Coincidén así los psicoterapeutas con Lambert y Ogles (2011), respecto a la importancia de la retroalimentación para que el psicoterapeuta siga mejorando sus habilidades, pues hasta un entrenamiento de corto periodo demuestra una mejoría en las habilidades, como lo fue en este caso, el utilizar manuales y protocolos que sirvieron de apoyo didáctico para este grupo novicio.

Conclusiones

Se analizaron las narraciones de un grupo de 39 psicoterapeutas voluntarios en un servicio de atención telepsicológica implementado en una universidad pública mexicana, efectuándose un análisis de contenido de la información obtenida. Los hallazgos apuntan a que se percibió una mejora significativa en la mayoría de los pacientes conforme avanzaban las sesiones respecto a emociones, pensamientos, conductas, somatizaciones y relaciones interpersonales, obteniendo con ello la motivación suficiente para continuar con su labor voluntaria. En cuanto a la experiencia personal, los psicoterapeutas mayores de 30 expresaron la necesidad de mayor retroalimentación y reconocimiento, mientras que los menores señalaron que les gustaría tener acceso a más pacientes y se encontró una mayor necesidad de supervisión.

La respuesta a este proyecto demuestra que el voluntariado en México sigue vigente cuando se presenta una emergencia sanitaria. En la historia de México, ha sido una tradición la respuesta solidaria que la población tiene entre sí cuando se está en crisis. Las diferentes sesiones muestran variaciones, aunque se puede notar que los recursos de intervención de los voluntarios han ido de menos a más.



Se puede concluir que cumplieron su propósito, por ejemplo, la primera sesión pretendía “establecer la alianza de trabajo a través de la confianza y la empatía para profundizar en el motivo de consulta del usuario” y es notorio su alcance por las experiencias descritas. Adicionalmente, se manifestaron nuevos logros, como la sororidad femenina presenciada desde la sesión uno, ya que las psicoterapeutas se esforzaron altruistamente por las usuarias cuando identificaban problemas de pareja como la violencia y otros malestares derivados de la relación. Las voluntarias realizaron esfuerzos por entenderlas y apoyarlas. Esto corresponde con la situación social que se vive en México respecto a los movimientos en favor de las mujeres. Pero también los profesionales responden a los conflictos que se originan debido al confinamiento durante la pandemia.

Se ha observado que la evolución de las sesiones permite claridad y precisión en la narrativa de los usuarios del servicio, esto, como se señaló antes, puede deberse al *rappoport* y alianza derivada de la primera sesión. Por ejemplo, en el caso de la segunda sesión de intervención, aparecen descritos malestares más específicos en los usuarios, pero en algunos también exhiben ciertas defensas o excusas para no reportar cumplimiento de tareas. Cabe mencionar que desde los primeros movimientos de intervención de los profesionales, se comprobó la capacidad para generar cambios a nivel emocional, de pensamiento y conducta. Lo que puede indicar un buen procedimiento en la capacitación, así como el compromiso de los usuarios para continuar reforzando sus cambios sesión tras sesión.

Quienes practican la psicoterapia desarrollan habilidades esenciales para el diagnóstico, evaluación con entrevistas o instrumentos, y para la intervención propiamente dicha. Por lo tanto, se consideran importantes las habilidades de comunicación, capacidad de autorreflexión y el reconocimiento de las necesidades de actualización e incluso de supervisión de su trabajo.



Se reconoce también que, desde el modelo cognitivo conductual, el psicoterapeuta mejora su sensibilidad y competencia al identificar cuál es su rol en el proceso terapéutico. El modelo relacional y la autoconciencia apoyan el autoconcepto y la autoeficacia, lo que a su vez mejora las estrategias del modelo.

Se precisa en este aspecto que los manuales son una herramienta importante de apoyo, principalmente para los psicoterapeutas noveles. Por otra parte, cuando se adhiere un participante a un voluntariado, la motivación para unirse hace referencia a esa necesidad de apoyar al mismo tiempo que a la búsqueda de gratificación o reconocimiento por ello.

Otro aspecto que resalta es que, aun durante la pandemia, el motivo de consulta de una persona es por un precipitante que no necesariamente es la causa de aquello que le produce malestar. Por ello, se entiende el esfuerzo de los psicoterapeutas de ir develando los síntomas y las creencias subyacentes para adquirir estrategias en procesos de confinamiento, medidas que se deben adaptar a lo establecido, incluso cuando se trate de un manual de atención. Así, los psicoterapeutas con experiencia pueden proporcionar estrategias diferenciadas a los consultantes derivadas de su práctica profesional experimentada. Desde su posición de voluntariado, los psicoterapeutas entienden que el participar les ayudará a actualizar su conocimiento al confrontar su experiencia con los avances teóricos que se tiene sobre la temática, pero aun así, ratifican la necesidad del reconocimiento.

El modelo de telepsicología implementado es una referencia exitosa en México, no sólo para la atención de una demanda poblacional de salud mental, sino también como una propuesta para la actualización y posible supervisión del profesional psicoterapéutico, pues hay que recordar que en México no hay elementos ético-legales para este proceso, que emerge como un elemento necesario a desarrollar.

Una recomendación derivada de este trabajo es seguir implementando programas de formación, actualización y supervisión mediante manuales o dispositivos específicos para apoyar la profesionalización y la psicología basada en evidencia científica. Como limitación de este estudio, se tiene el sesgo derivado



del propio análisis y la ausencia de retroinformación del proceso de los mismos psicoterapeutas; misma que en estudios cualitativos de mayor alcance podría llevarse a cabo.

Referencias

- Amaya, L. M. C. y Vera, M. F. (2020). *Caracterización del perfil del voluntario de la Cruz Roja, sede Bucaramanga*. [Tesis de Grado, Universidad Autónoma de Bucaramanga]. https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/11729/2020_Tesis_Laura_Maria_Catrina_Amaya_Garcia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- American Psychological Association (2016). *Psychological Treatments*. <https://div12.org/treatments/>
- American Psychological Association. (2021). *Guidelines for the Practice of Telepsychology*. <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>
- Amezcua, M. y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436. <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/colabora4.pdf>
- Anderson, T., Ogles, B. y Patterson, C. (2009). Therapist Effects: Facilitative Interpersonal Skills as a Predictor of Therapist Success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Andreu-Periz, Dolores, Ochando-García, Antonio y Limón-Cáceres, Enric. (2020). Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID-19 en España. *Enfermería Nefrológica*, 23(2), 148-159. <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842020022>
- Arango, C., Wykes, T. y Moreno, C. (2020). Mental Health Care and COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 7(12)1013. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30480-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30480-6)



Argüero-Fonseca, A., Cervantes-Luna, B. S., Martínez-Soto, J., Alva-Rangel, N. T., De Santos-Ávila, F., Espinosa-Parra, I. M., Parra-Jiménez, E. L., Aguirre-Ojeda, D. P., Gómez-Gloria, J., Díaz-Flores, D. P., López-Beltrán, I. y Bautista-Moedano, R. M. (2020). *Guía de Atención Psicológica Virtual para personas de grupos vulnerables en crisis por la pandemia COVID-19*. Universidad Autónoma de Nayarit.

<http://dspace.uan.mx:8080/handle/123456789/2335>

Azzollini, S., Pupko, V. B., Becerra, L. y Vidal, V. (2017). Perfil de voluntarios para la asistencia en emergencias y catástrofes: la empatía y el entrenamiento en primera atención psicológica. *Anuario de Investigaciones*, 24, 137-143.

<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369155966059.pdf>

Cabrera, F. C. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61-71.

<https://www.redalyc.org/pdf/299/29900107.pdf>

Chávez-León, E., Benítez-Camacho, E., Ontiveros, M. P. (2014). La terapia cognitiva conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*, 37(2), 111-117.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam142d.pdf>

Cooper, E., Campbell, L. F. y SmuckerBarnwell, S. (2019). Telepsychology: A Primer for Counseling Psychologists. *The Counseling Psychologist*, 47(8), 1074-1114. http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/plan-de-apoyo-a-personal-sanitario-covid19_compressed.pdf

Evanoff, B. A., Strickland, J. R., Dale, A. M., Hayibor, L., Page, E., Duncan, J. G., Kannampallil, T. y Gray, D. L. (2020). Work-Related and Personal Factors Associated with Mental Well-Being During the

COVID-19 Response: Survey of Health Care and Other Workers. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e21366.

<https://dx.doi.org/10.2196/21366>

Farfallini, L., Molinari, G., Espinoza, M., Ribera, C. S., Penedo, J. M. G. y Álvarez, J. F. (2018).

Construyendo una red de investigación orientada por la práctica de jóvenes terapeutas e investigadores en países de habla hispana: Por qué, quiénes y cómo. *Revista argentina de clínica psicológica*, 27(2), 203-228.

<https://psycnet.apa.org/record/2019-09239-005>

Feigin, S., Owens, G. y Goodyear-Smith, F. (2014). Theories of Human Altruism: A Systematic Review.

Annals of Neuroscience and Psychology, 1(1).

<http://dx.doi.org/10.7243/2055-3447-1-5>

Fullana, M. A., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A. y Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales .eficacia de la terapia cognitiva-conductual para trastornos mentales. *Clínica de Medicina*, 138(5), 215–219.

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>

González Bravo, L. A. (2009). Formulaciones Clínicas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 27(1), 93-102.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100009>

González, C. (2020). *Violencia de Género en tiempos de COVID-19*. CIDE.
<https://www.cide.edu/coronavirus/2020/05/11/violencia-de-genero-en-tiempos-de-covid-19/>

Haarhoff, B. A. y Kazantzis, N. (2007). How to Supervise the Use of Homework in Cognitive Behavior Therapy: The Role of Trainee Therapist Beliefs. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(3), 325-332.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.004>



Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S. y Saxon, D. (2019). A Systematic Review of Therapist Effects: A Critical Narrative Update and Refinement to Review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78-93.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>

Lambert, M. J. y Hawkins, E. J. (2001). Using Information About Patient Progress in Supervision: Are Outcomes Enhanced? *Australian Psychologist*, 36(2), 131-138.

<https://doi.org/10.1080/000500601082596459>

Larroy, C., Estupiña, F., Fernández-Arias, I., Hervás, G., Valiente, C., Ayuela, D., Lozano, B., Martínez, A., Pousada, T., Gómez, A., Asenjo, M., Rodrigo, J., Florido, R., Vallejo, M., Sanza, S., Martos, L., González, S., Anton, A., Jiménez, A., de Miguel, A...Pardo, R . (2020). *Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID-19 en la población general*. Universidad Complutense de Madrid.

https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1484/_guia-el-abordaje-no-presencial-las-consecuencias-psicologicas-brote-epidemico-co vid19-la-poblacion-general

Lorenzo, R. A., Arcaño, K. D. y Pérez, D. Z. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2).

<http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/839>

Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56.

<https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>

Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuerne, Y. y Martín-García, J. (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5514.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>

Maheu, M. M., Pulier, M. L., McMenamin, J. P. y Posen, L. (2012). Futuro de la telepsicología, la telesalud y diversas tecnologías en investigación y práctica psicológica. *Psicoterapia Profesional: Investigación y Práctica*, 43(6), 613-621.
https://www.academia.edu/30237274/Running_head_FUTURE_OF_TELEPSYCHOLOGY_TITLE_PAGE_1_Future_of_Telepsychology_Telehealth_and_Various_Technologies_in_Psychological_Research_and_Practice

Martínez Farrero, Pau. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(1), 53-69.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352006000100004

Nieto, I., Navas, J. F. y Vázquez, C. (2020). The Quality of Research on Mental Health Related to the COVID-19 Pandemic: A Note of Caution After a Systematic Review. *Brain, behavior, & immunity-health*, 100123.

<https://doi.org/10.1016/j.bbigh.2020.100123>

Pesqueira, M. I. y Banderas H. (2018). La supervisión de psicoterapeutas, desde una aproximación sistémica. Experiencias en el ámbito clínico chileno. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 8(15), 37-41.

https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/revistas/rev_elec_psico/REP_15.pdf#page=35

Pierce, B. S., Perrin, P. B., Tyler, C. M., McKee, G. B. y Watson, J. D. (2021). The COVID-19 Telepsychology Revolution: A National Study of Pandemic-Based Changes in U.S. Mental Health Care Delivery. *American Psychologist*, 76(1), 14-25. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000722>

Ramos, R., Aleman, J. M., Ferrer, C., González, G. M., Prieto, V. y Rico, C. (2017). *Guía para la práctica de la Telepsicología*. Consejo General de la Psicología.



<https://depositodeguias.wordpress.com/2018/08/17/guia-para-la-practica-de-la-telepsicologia-en-pdf/>

Rønnestad, M. y Skovholt, T. (2003). The Journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44.

<https://doi.org/10.1177/089484530303000102>

Santamaría, M. D, Etxebarria, N. O, Rodriguez, I. R., Albondiga-Mayor, J. J. y Gorrochategui, M. P. (2020). Impacto psicológico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles, *Revista de psiquiatría y salud mental* 14(2), 106-112.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Ediciones Paidós.

Telle, N. y Pfister, H. (2015). Positive Empathy and Prosocial Behavior: A Neglected Link. *Emotion review* 1(10), 00-00.

<https://doi.org/10.1177/1754073915586817>

Turkington, R., Mulvenna, M., Bond, R., Ennis, E., Potts, C., Moore, C., Hamra, L., Morrissey, J., Isaksen, M., Scowcroft, E., O'Neill, S. (2020). Behavior of Callers to a Crisis Helpline Before and During the COVID-19 Pandemic: Quantitative Data Analysis. *JMIR Mental Health*, 7(11), e22984.

<https://doi.org/10.2196/22984>

Vásquez, G., Urtecho-Osorio, Ó. R., Agüero-Flores, M., Martínez, M. J. D., Paguada, R. M., Varela, M. A., Landa-Blanco, M. y Echenique, Y. (2020). Salud mental, confinamiento y preocupación por el coronavirus: Un estudio cualitativo. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(2), e1333-e1333.

<https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i2.1333>



World Health Organization. (2007). Inter-Agency Standing Committee. *Iasc Guidelines on Mental Health*

and *Psychosocial Support in Emergency Settings.*

https://www.who.int/mental_health/emergencies/9781424334445/en/

Cómo citar este artículo: Argüero Fonseca, A., Figueroa Varela, M. del R., & López Beltrán, I. (2021). Experiencias de un grupo telepsicoterapéutico durante la pandemia COVID-19. *Psicumex*, 11(1), 1–32, e423. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i1.423>

