

# **TRABAJO FINAL MÁSTER**

**Máster en Psicología General Sanitaria**

**Curso 2020-2021**

## **Evaluación de la efectividad y la alianza terapéutica en la psicoterapia individual en formato online**

**Realizado por: Mònica Espinasa Busquets.**

**Tutorizado por: Dra. Clara Mateu Martínez.**

Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte, Blanquerna.

Universidad Ramon Llull

## Índice

Agradecimientos

Resumen y Abstract

1. Introducción
2. Marco teórico
3. Método
  - 3.1. Diseño
  - 3.2. Participantes
  - 3.3. Instrumentos
  - 3.4. Procedimiento
  - 3.5. Análisis de datos
4. Resultados
5. Discusión
6. Referencias

## Agradecimientos

En este punto, me gustaría expresar mi más sentido agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible este trabajo. Son muchas las personas que, a lo largo de nueve meses, se han cruzado en mi camino y hoy, quiero agradecerles la huella que han dejado en mí.

Primero, quiero agradecer a mi directora de TFM la Dra. Clara Mateu Martínez. Su profesionalidad, conocimientos, entrega y dedicación han sido mi guía y referencia a lo largo de este proyecto. Gracias por exigir lo mejor de mí, mostrarme tu confianza y proporcionarme tu pleno apoyo en todo momento. Me llevo la llave que permitirá abrir la ventana de mi nuevo futuro, espero encontrarnos muy pronto en nuevos proyectos.

También quiero dar las gracias a Marga Cano Vega, quien confió en este proyecto y, en mí para su realización, desde un principio. Marga, gracias por incitarme a perseguir mis ideas, proporcionarme el espacio para leer, crear e innovar y mostrarme tu plena confianza día a día; junto con la Dra. Tary Gómez Hinojosa, me habéis ayudado, orientado e incitado a iniciar este proyecto.

Gracias a la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna* y al *Consorti Sanitari del Maresme (CSDM)* para darnos - a los estudiantes de prácticas del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria (MUPGS)- la posibilidad de ejercer como psicólogos dotándonos de una autonomía completa, conocimientos y confianza para tal realización. Sin ello, esta investigación nunca hubiese existido.

En especial, quiero destacar el apoyo recibido por Ferran Aliaga Gómez, Marga Cano Vega, Dra. Núria Farriols Hernando, Dr. Álvaro Frías Ibáñez y Dra. Carol Palma Sevillano, quienes nos proporcionaron nuestros primeros pacientes y, también me

proporcionaron el espacio para la obtención de la muestra que concluyó con la elaboración de este estudio.

En especial, quiero mostrar mi más sincero agradecimiento a la Dra. Carol Palma Sevillano. Gracias por tu profesionalidad, esfuerzo, lucha constante, apoyo y confianza plena. Por todas las sesiones de supervisión realizadas y por tu disponibilidad constante. Has sido nuestra calma en momentos arduos y nuestro referente durante este año. Gracias por amar tu trabajo y sabernos transmitir esta pasión en nosotras.

No puedo olvidarme de mis compañeras de viaje, las estudiantes que, junto conmigo, dábamos un paso más en nuestra carrera profesional: Vera Baena, Clara Capdevila y Laura Susín. Gracias, por tanto. Sin vuestra ilusión, profesionalidad, entrega, conocimientos, ideas y motivación esto no hubiese sido posible.

Por último, aunque no menos importante, gracias a mi entorno personal, mis grandes pilares. A mis amigos, gracias por ser fuente de mis ideas, por los debates e hipótesis sobre temas diversos, por escucharme, distraerme y aconsejarme en todo momento. Daniel, gracias por mostrarme tu apoyo incondicional desde el primer momento, por escucharme, empatizar conmigo y ayudarme a encontrar el equilibrio entre mi trabajo y mi vida personal. Familia: Pare, Mare, Marta y Gloria. Gracias por saberme comprender, respetar y apoyarme incondicionalmente en mis decisiones. Todos, habéis sido mi red de apoyo todo este tiempo, gracias por mostraros tan cerca.

Llegados al final de esta experiencia, me doy cuenta de por qué una investigación siempre se escribe en plural. Sois muchos los que con vuestro granito de arena me habéis permitido construir este proyecto. Gracias a todos y cada uno de vosotros, por estar ahí, por dejar vuestra huella en mí y hacerme sentir que, en este trabajo, se encuentra una parte de mi vida.

## Resumen

El presente estudio tiene como objetivo principal, analizar y comparar la percepción subjetiva del establecimiento de la alianza terapéutica y su relación con la disminución de la sintomatología clínica, en aquellos pacientes que inician *Telesalud*. Se exploró, mediante un estudio longitudinal, la sintomatología clínica (pre-post a la psicoterapia), así como la evolución de la alianza terapéutica (4<sup>ta</sup> sesión, 6<sup>ta</sup> sesión y 12<sup>a</sup> sesión). Participaron 5 sujetos, distribuidos en la modalidad de *Telesalud* vía videoconferencia (n=3) y vía telefónica (n=2). La efectividad y la alianza terapéutica fueron evaluadas mediante los cuestionarios CORE-OM y WATOCI respectivamente, además de la elaboración de una entrevista *Ad-Hoc* semiestructurada que nos permitió recoger datos cualitativos acerca de la percepción subjetiva de la psicoterapia online. Los resultados mostraron una disminución de la sintomatología clínica ( $p=0.04$ ), así como el establecimiento de la AT y su relación ( $r=-.186$ ;  $p<0.05$ ). Además, se observó una percepción subjetiva de efectividad y satisfacción por parte de los participantes encuestados.

*Palabras clave: Psicoterapia, Telesalud, Alianza Terapéutica, Resultados terapéuticos, Investigación de proceso, Tecnologías Informáticas de la Comunicación.*

## Abstract

The main objective of this study is to analyze and compare the subjective perception of the establishment of the therapeutic alliance and his relationship with the reduction of clinical symptoms, in those patients who start *Telehealth*. It was explored, through a longitudinal study, clinical symptoms (pre-post psychotherapy), as well as the evolution of the therapeutic alliance (4<sup>th</sup> session, 6<sup>th</sup> session and 12<sup>th</sup> session). The main support of this study has been built around 5 subjects distributed in the *Telehealth* modality by videoconference (n=3) and telephone (n=2). The effectiveness and the therapeutic

alliance were assessment using the CORE-OM and WATOCI instruments. In addition to the development of a semi-structured Ad-Hoc interview that allowed us to collect qualitative data about the subjective perception of online psychotherapy. The results demonstrate the decrease in clinical symptoms ( $p=0.04$ ), as well as the establishment of AT and its relationship ( $r= -.186$ ;  $p<0.05$ ). Furthermore, a subjective perception of effectiveness and satisfaction was observed by the surveyed participants.

*Keywords:* Psychotherapy, Telehealth, Therapeutic Alliance, Outcome research, Process research, Information and Communications Technology.

## Introducción

La llegada de la COVID-19 a la sociedad ha impulsado la necesidad de un cambio estructural en la manera de impartir y/o ejercer la psicoterapia (Miró, 2007). Este cambio, producido gracias al avance constante de las Tecnologías Informativas de la Comunicación (TIC) y la accesibilidad de la población a ellas (de la Torre y Pardo, 2019), ha consolidado una psicoterapia de derecho propio basado en la modalidad online (Del Barrio et al., 2017). El contexto social de este último año, juntamente con la falta de estudios sobre la *Telesalud* nos evoca a preguntarnos sobre su efectividad en relación con la construcción de la alianza terapéutica. El presente estudio se ha podido realizar gracias a las prácticas del Máster General Sanitario en la entidad “Consorti Hospitalari del Maresme”, concretamente el Hospital de Mataró y el CAS de Mataró, con colaboración de la FPCEE, Blanquerna (Universidad Ramon Llull) que han permitido su realización en calidad de Trabajo Final de Máster.

El presente estudio, conocedor de la necesidad de aportar información y visibilidad sobre la *Telesalud*, tiene como objetivo principal analizar y comparar la percepción de los pacientes en relación con la alianza terapéutica en cuanto se realiza la terapia en formato digital mediante videoconferencia o de forma telefónica.

Para llevar a cabo este objetivo se ha conseguido un total de N=5 pacientes mayores de 18 años que iniciaron el proceso terapéutico individual en modalidad online en el Hospital de Mataró.

La metodología empleada consta de un protocolo de administración estructurado en cuatro fases teniendo como referencia el estudio de la alianza terapéutica realizado por Belles et al. (2008). Esta metodología será detallada en el procedimiento del presente estudio.

En conclusión, el presente estudio pretende aportar información relacionada con la efectividad y el establecimiento de la alianza terapéutica en la modalidad online, ofreciendo información sobre el establecimiento de la alianza y valorar el cambio sintomático producido tras la intervención.

## Marco teórico

La utilización de las Tecnologías Informativas de la Comunicación (TIC) ha generado una nueva forma de interacción social que afecta también a la realización de la psicoterapia (Gardner et al., 2020; Hedges et al., 20002; Miró, 2007). En 2017, el 26,66% de psicólogos sanitarios españoles utilizaban las TIC como herramienta complementaria a su trabajo terapéutico (del Barrio, et al., 2017), cifra con tendencia exponencialmente creciente en los últimos años (Barceló et al., 2002; Baños, et al., 2007) debido a un correspondiente aumento de la demanda por parte de los pacientes (Cabré y Mercadal, 2016), especialmente en el 2020 debido a la COVID-19 (Gardner et al., 2020).

Las TIC han estado presentes en la realización de la psicoterapia desde 1961 (Rohland, 2001). Su trayectoria se inicia como herramienta administrativa y procedimental (McMinn, 1998; como se citó en Miró, 2007), alcanzando un mayor impacto en la atención y promoción del bienestar psicológico de los pacientes (Miró, 2007), hasta llegar a ser consideradas un soporte necesario para la realización de intervenciones clínicas (Duncan y Nelson, 2015; Miró, 2007).

La amplia potencialidad de las TIC abre la puerta a una gran variedad de modalidades psicoterapéuticas, donde se destacan las de mayor uso entre los psicólogos clínicos, como por ejemplo, la terapia web, caracterizada por la posibilidad de ser realizada de forma automatizada o asistida con apoyo personal; la terapia virtual, conocida por los avances en intervenciones para trastornos fóbicos específicos (Baños et al., 2020) y comprendiendo la virtualidad tanto del terapeuta como del entorno psicoterapéutico; y la terapia online-también denominada terapia a distancia-caracterizada por el uso de la videoconferencia, teléfono, chat o email (Barak, et al., 2009; Del Barrio et al., 2017) y la posible realización de una

comunicación sincrónica (por ejemplo, videoconferencia o telefónica) o asincrónica (email) (Aguayo y Morón, 2018). A nivel español, el estudio realizado por Del Barrio et al. (2017), en el que se encuestó a 486 psicólogos de distintas orientaciones sobre la realización de la terapia online, mostró una utilización minoritaria de la modalidad online (26,66%), incidiendo en una mayor frecuencia de uso para la videoconferencia (90,77%), comunicación telefónica (37,16%) y email (30%).

La *Standing Committee of Family and Community Affairs* (1997; citado en Baños et al., 2007), ante el auge generado por esta nueva modalidad decidió denominar la práctica de la terapia online con la terminología *Telesalud*, denominación proveniente de Nickelson (1998, citado en Cabré y Mercadal, 2016) quién la acuñó con el fin de definir el uso de las TIC para promover el acceso a la salud física y mental, y que será usada en este trabajo. A pesar de ello, cabe destacar la no existencia de un consenso claro sobre su denominación (Cabré y Mercadal, 2016; Del Barrio, et al., 2017; Barak, et al., 2009; Miró, 2007; Jerome y Zaylor, 2000; Rees y Shore, 2005), hecho que no ha impedido la realización de los primeros estudios analíticos en referencia a las principales ventajas, inconvenientes y dificultades apreciadas, con el fin de validar la efectividad evaluativa, de intervención y de seguimiento psicológico (Baños, et al., 2007; Rees y Stone, 2005).

Gran parte de la investigación sobre la eficacia de la *Telesalud* se origina en la Terapia Cognitivo Conductual (Aguayo y Morón, 2018; Del Barrio et al., 2017; Baños, et al., 2007; Barceló, et al. 2002; Lawlor-Savage y Prentice, 2014), aunque su interés y crecimiento se extiende a través de otras corrientes psicológicas como el Psicoanálisis (Czalbowski, Bastos y Roperti, 2014; citado en Del Barrio et al., 2017) y el Eclecticismo (Aguayo y Morón, 2018; Rees y Stone, 2005).

Independientemente de la orientación, los estudios realizados en cada una de ellas, proporcionan resultados esperanzadores por la efectividad mostrada en los tratamientos psicológicos dirigidos a trastornos de ansiedad (Cook y Doyle, 2002; Heimberg, 2001, citado en Barceló, et al., 2002), depresión (Del Barrio, et al., 2017), suicidio (Alvis, et al., 2020; Chermack, et al., 2015) tricicotilomanía (Haeger, et al., 2018), estrés post traumático (Lange, et al., 2000, citado en Cook y Doyle, 2002), tartamudez, déficits cognitivos y/o de atención (Barceló et al., 2002), obesidad mórbida, adicciones (Aguayo y Morón, 2018; Barceló et al., 2002), apoyo en el proceso de enfermedades médicas, estrés al cuidador (Aguayo y Morón, 2018), protocolos de prevención de la salud mental en adolescentes (Alvis et al., 2020), duelo por trastorno complejo y apoyo ante el proceso del duelo (Adlam, et al., 2020). Tales estudios, además de sustentar la efectividad de la *Telesalud*, ponen de manifiesto las grandes ventajas en el ámbito de la salud mental, de las cuales destacamos la reducción de costes y tiempo, así como una mayor accesibilidad a zonas rurales con carencia de recursos y/o profesionales (Aguayo y Morón, 2018; Baños, et al., 2020; Cabré y Mercadal, 2016). Cabré y Mercadal (2016) además, hacen hincapié en un mayor acceso a la vida personal y privada del paciente, debido a la obtención de información acerca de su domicilio o lugar elegido para la realización de las sesiones, así como la asistencia a terapia de aquellos con dificultades por pedir ayuda de forma tradicional, gracias a la percepción subjetiva de protección generada por la reducción de estigma (Baños, et al., 2020).

No obstante, *Telesalud* genera cierta controversia. En primer lugar, diversos autores especifican la falta de privacidad y custodia de los datos e información utilizados (Aguayo y Morón, 2018; Lawlor-Savage y Prentice, 2014). Dicha privacidad tiene que quedar garantizada por el psicólogo según las 8 directrices

establecidas por American Psychological Association Practice Organization (2010), recogidas a continuación: a) competencia del psicólogo; b) cumplimiento con los estándares de protección en la presentación de servicios de *Telesalud*; c) consentimiento informado; d) confidencialidad de datos e información; e) seguridad y transmisión de datos e información; f) eliminación de datos, información y tecnologías; g) pruebas y evolución; h) práctica interjurisdiccional. En segundo lugar, se destaca la inexistencia de un programa online común que permita formar, ejercer y proteger a los profesionales, lo cual promueve la inseguridad del terapeuta por el desconocimiento acerca del funcionamiento de las TIC (Chaplin, et al., 2008; Rochlen et al., 2004; Trujillo y Borrego, 2005) y dificulta la detección de *malapraxis* (Aguayo y Morón, 2018). Y, por último, se destaca la falta de conocimiento sobre el establecimiento de la alianza terapéutica (AT) en modalidad online (Cook y Doyle, 2002; Del Barrio, et al. 2017; Chaplin et al. 2008; Matthews, 2015, citado en Del Barrio, 2017).

Debido a que existen pocos estudios que analicen la AT en la modalidad online, consideramos relevantes a estudiar la construcción de dicha alianza, entendida como un factor común en la psicoterapia, independientemente de la orientación psicoterapéutica, que permite predecir resultados positivos en el proceso-efectividad de la psicoterapia individual, familiar y de pareja (Abscal et al., 2008; Belles et al., 2008; Del Re et al., 2018; Diamond et al., 2011; Knobloch-Fedders et al., 2007). A pesar de tales investigaciones, debemos destacar la limitación de estudios dirigidos a conocer la construcción de la AT en la *Telesalud*. Por ello, esta investigación pretende arrojar luz sobre la modalidad psicoterapéutica online a través de la aportación de información empírica en relación con la

disminución de la sintomatología clínica y el establecimiento de la AT, dando visibilidad a su efectividad terapéutica.

En las aportaciones sobre la conceptualización de la alianza terapéutica, destacamos las generadas por Luborsky (1976, citado en Belles et al., 2008; Del Re et al., 2018; Rees y Stone, 2005), definiendo la AT como el desarrollo de dos fases, especificando dos tipos de AT. El Tipo 1 se caracteriza por la percepción de ayuda, calidez y soporte del paciente hacia el terapeuta, sucediendo en las fases iniciales de la terapia (Luborsky, 1976, citado en Belles et al., 2008; Del Re, et al., 2018). El tipo 2 por la implicación, la fe y la sensación del trabajo en equipo del paciente durante el proceso terapéutico para alcanzar los objetivos marcados en la terapia (Luborsky, 1976, citado en Belles et al. 2008; Del Re, et al., 2018). Y la realizada por Bordin (1979), uno de los autores referentes en la actual conceptualización de esta y en el cual se sustenta la base de este estudio.

Bordin (1979) realiza una definición heurística y panteórica de dicho concepto. Entendemos siguiendo a Bordin que dicha AT está compuesta por los siguientes componentes:

1. El grado de acuerdo entre paciente y terapeuta en los objetivos y metas a alcanzar durante el proceso psicoterapéutico. Con ello, el paciente toma consciencia de tales objetivos identificándolos como aspectos explícitos o implícitos en la terapia.
2. El grado de acuerdo sobre las tareas a realizar para conseguir los objetivos propuestos en el tratamiento. Tales tareas son las actividades específicas realizadas durante el tratamiento y acordadas de forma mutua por el terapeuta y paciente en función de la accesibilidad de estas.

3. El vínculo emocional positivo y de confianza entre el paciente-terapeuta, que permite al paciente lograr los progresos terapéuticos acordados. En tal vínculo, se destaca la calidad afectiva, entendimiento mutuo, la actitud solidaria por parte del terapeuta, consiguiendo una percepción de apoyo y valoración por parte del paciente.

Otros factores involucrados en el proceso terapéutico y que median en la construcción de la AT son las características del paciente (motivación, estado de cambio, resiliencia, severidad sintomatológica, adquisición de responsabilidades y recursos individuales) y los factores extra terapéuticos, como, por ejemplo, el apoyo social, los factores de riesgo, la calidad de las relaciones interpersonales previas, y su implicación en la sociedad (Cook y Doyle, 2002; Duncan y Miller, 2000, citado en Escudero, et al., 2014; Blow y Sprenkle, 2004; Zetzel, 1956, citado en De Re, et al., 2018). Así, en el proceso del establecimiento de la alianza terapéutica se encuentran implícitamente la relación terapeuta-paciente, la relación del paciente con su entorno y con el *self* (Escudero et al., 2014). Una AT fuerte y estable permite predecir los resultados del proceso terapéutico (Artigas et al., 2018; Belles, et al., 2008; Flückner, et al., 2018; Izu y Montesano, 2016), incluso antes de alcanzar los primeros objetivos de la intervención psicológica (Lambert y Ogles, 2004, citado en Escudero, et al., 2014; Sparks, 2015), y recuperar también aquellos pacientes con riesgo de fracaso o déficit causado por una patología severa (Izu y Montesano, 2016). La llave de tales resultados se encuentra en la influencia mutua que ejerce la percepción de la AT y la sintomatología clínica del paciente, generando una correlación negativa entre ambas variables (Artigas, et al., 2018).

Teniendo todo esto en cuenta, es comprensible el debate y discusión generados en torno a la práctica de la *Telesalud* (Cook y Doyle, 2002; Chaplin, et

al., 2008; Lawlor-Savage y Prentice, 2014). Por un lado, uno de los principales convencimientos clínicos se centra en la dificultad por mantener una comunicación cálida, comprensión emocional y empática ante el distanciamiento físico generado por las TIC (Chaplin et al., 2008; Wray, 2003, citado en Rees y Stone, 2005), lo cual dificulta directa e indirectamente la observación y evaluación de la comunicación verbal (Cabré y Mercadal, 2016) y no verbal (Cestero, 2006). Concretamente, por un lado, se observa una emisión distorsionada de la tonalidad vocal que afecta a la elaboración y percepción de frases. La elaboración de frases más sintéticas genera una terapia de aspecto dialectico, donde priman los elementos racionales y teóricos a los emocionales y relacionales (Cabré y Mercadal, 2016; Viemberg, 2012). Por otro lado, se manifiestan dificultades ante la pérdida de percepciones olfativas y visuales, la falta de profundidad dimensional y el apoyo en la asistencia a la terapia (Cabré y Mercadal, 2016). A todo ello, se añade la dificultad en el manejo de situaciones de crisis y la elaboración del *setting interno* y *externo*, control delegado en el paciente, a diferencia de la terapia presencial (Aguayo y Morón, 2018; Cabré y Mercadal, 2016). Por todo ello, existe una percepción de disminución en la efectividad del tratamiento (Aguayo y Morón, 2018; Rees y Wray, 2003, citado en Rees y Stone, 2005).

Cabe añadir, la influencia que ejercen las variables del propio terapeuta, quienes pueden generar sentimientos de extrañeza, disgusto y/o inseguridad ante las TIC (Cárdenas, et al., 2020; Miró, 2007), debido a la falta de criterios unificados con relación a la terminología de *Telesalud* (Rochlen et al., 2004) y legitimización del trabajo terapéutico (Barak, et al., 2009). Todo ello, dificulta el establecimiento de la alianza terapéutica (Miró, 2007) validando los argumentos críticos en relación con la modalidad online.

Por otro lado, en el estudio realizado por Franco et al. (2010), no se encuentran diferencias significativas entre el establecimiento y desarrollo de la alianza terapéutica con o sin contexto online, descartando así el argumento principal para la no realización de la *Telesalud*. Se observa también la satisfacción experimentada por parte del terapeuta y el paciente en esta nueva modalidad terapéutica contribuyendo a las ventajas mencionadas con anterioridad (Bel Barrio, et al., 2017; Franco et al., 2010). En esta misma línea, Jerome y Zaylor (2002) refieren encontrar una falta de evidencia empírica para afirmar la incapacidad de establecer una buena alianza terapéutica dentro de la *Telesalud* y Barceló et al. (2002) concluyen que se mantiene la efectividad ecuaníme en los tratamientos tradicionales y mediante las TIC. Así mismo, situándose en el ámbito de la psiquiatría, encontramos el trabajo elaborado por Gardner et al. (2020) dónde se describen numerosos estudios enfocados a la comparación entre la realización de intervenciones con modalidad presencial y por videoconferencia, resultando una efectividad equivalente en ambas, y definiendo la *Telesalud* como una solución para la práctica de la salud mental en el marco hospitalario público en EEUU.

Johnstone et al. (2000), mediante un estudio con 98 pacientes con patología neurológica leve, establecieron dos grupos dónde se realizaron dos tipos de modalidad terapéutica, entrevistas en formato presencial (grupo control) y vía videoconferencia. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en relación con la satisfacción de los pacientes, a la facilidad de la comunicación, en la realización de técnicas de relajación ni en la alianza terapéutica. En esta línea, encontramos el estudio realizado por Cook y Doyle (2002) donde compararon el desarrollo de la alianza terapéutica en 40 mujeres, quienes 25 realizaron terapia presencial y 15 vía online (12 vía email y 3 vía chat). Los resultados mostraron

similitudes entre las participantes de ambos grupos, reflejando un sentimiento de colaboración, vínculo con el terapeuta y satisfacción con la metodología online.

En conclusión, la literatura actual muestra una evidencia exploratoria que avala el establecimiento de la alianza terapéutica y la efectividad del tratamiento en modalidad online (Adlam, et al., 2020; Cook y Doyle, 2002; Franco et al., 2010; Dages, et al., 2002; Johnstone, et al., 2000; Day, 1999, citado en Rees y Stone, 2002). Esto nos indica la importancia de realizar una mayor investigación relacionada con el avance de las nuevas tecnologías, la alianza terapéutica y la efectividad en la *Telesalud*. De manera específica, se requiere una mayor investigación de la efectividad de la modalidad online. En concreto, mayor evidencia en formato videoconferencia con el fin de mitigar las dudas en relación con esta práctica, y ante la falta de investigaciones en *Telesalud* impartida vía telefónica.

Por ello, este trabajo tiene como objetivo analizar cómo la percepción de la alianza terapéutica positiva contribuye a una disminución en la sintomatología, en un *setting* de *Telesalud*, con el fin de aportar datos descriptivos sobre la efectividad de tal modalidad de psicoterapia.

## Objetivos e Hipótesis

Analizar y comparar cómo la percepción positiva de la Alianza Terapéutica influye en una disminución de la sintomatología clínica del paciente al final del proceso, en base a la modalidad psicoterapéutica *Telesalud*.

Por ello, los objetivos específicos de este estudio son:

1. Realizar un análisis descriptivo longitudinal (pre y post) en relación con el bienestar psicológico individual de cada uno de los participantes mediante la administración del cuestionario CORE-OM al inicio y final del proceso psicoterapéutico.
2. Evaluar la calidad del establecimiento de la Alianza Terapéutica mediante un análisis longitudinal durante el proceso psicoterapéutico (en concreto: sesión 4, sesión 8 y sesión 12) a través del cuestionario WATOCl.
3. Realizar un análisis predictivo en relación con el efecto de la percepción positiva de la Alianza Terapéutica en el paciente sobre la disminución de la sintomatología clínica durante el proceso terapéutico.
4. Realizar un análisis exploratorio y descriptivo en relación con la percepción subjetiva de los pacientes ante la realización de psicoterapia en formato online, determinando variables y características percibidas como relevantes para la elaboración de psicoterapia en tal modalidad a través de una entrevista semiestructurada.

## Hipótesis

*Hipótesis 1: La realización de la terapia en modalidad online generará una disminución de la sintomatología clínica.* Basándonos en los resultados de los estudios realizados hasta el momento (Adam et al., 2020; Baños et al., 2017; Barceló et al., 2002; Chemarck et al., 2015; Cook y Doyle, 2002; Day, 1999, citado en Rees y

Stone, 2002; Del Barrio et al., 2017; Dages et al., 2002; Franco et al., 2010; Johnstone, et al., 2000; Kincaid et al., 2020) la efectividad de la terapia es igual a las intervenciones psicoterapéuticas realizadas en formato presencial.

*Hipótesis 2: La terapia online contribuirá a una construcción positiva de la alianza terapéutica.* Hipótesis basada en los metaanálisis desarrollados por Franco et al. (2010) y Jerome y Zaylor (2002), y los estudios realizados por Barceló et al. (2002), Johnstone et al. (2000) y Cook y Doyle (2002), que nos permiten concluir en la no existencia de dificultades ante el establecimiento inicial de la alianza terapéutica, siempre y cuando no existan variables como la inseguridad o prejuicios del terapeuta que puedan dificultar el proceso de establecimiento (Cárdenas, et al., 2020; Miró, 2007).

*Hipótesis 3: La percepción positiva de la alianza terapéutica generará una disminución de la sintomatología clínica.* La hipótesis es formulada en base a los estudios presentados por Artigas, et al. (2018), Belles, et al. (2008), Flückner et al. (2018), Izu y Montesano (2016) y Lambert y Ogles (2004) quienes confirman la posibilidad de evaluar los resultados del proceso terapéutico mediante la evaluación de la alianza terapéutica, debido a la correlación negativa de las variables de la alianza terapéutica y la disminución de la sintomatología (Artigas, et al., 2018).

*Hipótesis 4: La Telesalud será valorada como una modalidad positiva para los pacientes.* Hipótesis formulada mediante los estudios realizados por distintas orientaciones (Barceló et al., 2002; Gardner et al., 2020), que indican una percepción positiva de la satisfacción de los participantes al finalizar la terapia en modalidad online.

## Método

### Diseño

Este estudio es una investigación aplicada, descriptiva y longitudinal de inicio prospectivo (pre y post) y exploratorio. Debido a las características de la investigación, tomamos como marco de referencia el estudio realizado por Belles et al. (2008), quienes exploraron el establecimiento de la alianza terapéutica y su correlación con la sintomatología clínica en terapia presencial. Con este diseño pretendemos aportar información sobre el fenómeno causa-efecto generado por la percepción de la alianza terapéutica y la sintomatología clínica subjetiva del paciente al encontrarse en un *setting* externo inusual, en concreto, en formato online: *Telesalud*.

### Participantes

La selección de los participantes se llevó a cabo mediante un muestreo causal. Se seleccionaron inicialmente N=8 participantes (n=5 mujeres [56%] y n=3 hombres [44%]) quienes recibieron tratamiento psicoterapéutico individual y en modalidad *Telesalud* (una vez por semana), en el Consorci Sanitari del Maresme (España). Durante el proceso psicoterapéutico, 2 de ellos fueron excluidos debido a la derivación a un nuevo psicólogo que impidió el estricto cumplimiento del estudio e hizo un total de N=5 participantes finales (n=4 mujeres [80%] y n=1 hombre [20%]). El proceso terapéutico tuvo una duración aproximada de siete meses, realizando sesiones de 45 minutos, una vez por semana, haciendo un total de 16 sesiones.

Los participantes habían de cumplir los siguientes criterios de inclusión para formar parte del estudio: 1) cumplir con la mayoría de edad; 2) iniciar un proceso de psicoterapia individual en formato *Telesalud*; 3) capacidad de lectoescritura y comprensión verbal (ver Tabla 1).

La edad media de los participantes fue de 53,60 años ( $SD= 8,68$ , rango 44-67), de los cuales el 100% nunca había realizado *Telesalud* y era la primera vez que iniciaban psicoterapia con los respectivos terapeutas. El 60% de los participantes realizó *Telesalud* a través de la videoconferencia, mientras que el 40% lo realizó vía telefónica por la no disposición de una conexión correcta vía Internet, permitiéndonos así establecer una posible comparación con ambos grupos, similar a la realizada en el estudio de Cook y Doyle (2002).

Las demandas de los participantes incluyeron crecimiento personal, reducción de la sintomatología clínica y bienestar psicológico. A través de la observación clínica y exploración psicológica mediante entrevistas se observó una prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor ( $n=3$  [50%]) [296.99 (F34.8)], seguido por el Trastorno de Personalidad Esquizoafectivo ( $n=1$  [17%]) [295.90 (F20.9)] y Trastorno de Personalidad Límite ( $n=1$  [17%]) [301.83 (F60.3)], según los criterios DSM-V (APA, 2014).

Las terapeutas de los casos fueron  $n=2$  mujeres psicólogas, estudiantes del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria con orientación integradora. Detallar que el presente estudio es realizado por  $n=1$  de las terapeutas principales en  $n=4$  de los sujetos de la muestra ( $N=5$ ) analizada. El rango de edad se encontró entre 23 y 50 ( $M = 36.5$ ,  $SD = 19.1$ ), en ambos casos con una experiencia inferior a 5 años tanto en la realización de psicoterapia como en *Telesalud*. Ambas estuvieron supervisadas por psicólogos del CSMA, concretamente se realizaron 27 sesiones de supervisión semanal con  $n=1$  psicólogo clínico residente especializado en Terapia Cognitivo Conductual y Mindfulness, y 11 sesiones quincenales con  $n=1$  doctorada en psicología clínica e interina en el Hospital de Mataró especializada en Trastornos Mentales Severos.

Tabla 1.

*Datos sociodemográficos*

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>Total</b>
		<b>(n=5)</b>
		<b>M (SD) o/ %</b>
<b>Género</b>		
Hombre	1	20.00
Mujer	4	80.00
<b>Edad (años)</b>	55.60	8.68
<b>Estado Civil</b>		
En pareja (conviviente)	1	20.00
Casado/a	2	40.00
Divorciado/a	2	40.00
<b>Nivel de estudios</b>		
Primarios	1	20.00
Secundarios (sin título de graduado)	2	40.00
Bachillerato o equivalente	1	20.00
Superiores (Universidad o Grado)	1	20.00
<b>Situación laboral</b>		
En activo/a	-	-
Incapacidad laboral (física)	2	40.00
Incapacidad laboral (psíquica)	2	40.00
Jubilado/a	1	20.00
<b>Diagnostico (según DSM 5)</b>		
Trastorno Depresivo Mayor	3	60.00
Trastorno de Personalidad	2	40.00
Sin diagnóstico previo	-	-
<b>Tratamiento farmacológico</b>		
Antidepresivos	3	60.00
Antipsicóticos	2	40.00
<b>Tratamientos psicológicos previos</b>		
Terapia individual	2	40.00
Terapia grupal	2	40.00
Ambas	1	20.00

**Instrumentos**

*Cuestionario datos sociodemográfico.* Para el estudio se elaboró un cuestionario *ad-hoc* con el fin de facilitar la adquisición de datos como la edad, sexo, experiencia

psicoterapéutica con el psicólogo y experiencia con *Telesalud*. Se elaboró con una estructura de 8 ítems autoadministrables y de selección única, que componían tres escaleras de evaluación: identificación anónima, proceso psicoterapéutico, fecha de realización y consentimiento informado (ver Apéndice 2).

*Clinical Outcomes in Routine Evaluation*, versión española (CORE-OM; Bados, et al., 2012), es un instrumento diseñado para la evaluación de los cambios a nivel individual durante el proceso terapéutico. El cuestionario de autoinforme se compone de 34 ítems que evalúan el malestar psicológico individual teniendo en cuenta cuatro dimensiones:

- **Bienestar subjetivo (W):** compuesta de 4 ítems que valoran el bienestar y malestar general.

- **Problemas/síntomas (P):** compuesta de 12 ítems destinados a valorar la ansiedad, la depresión, el trauma y los síntomas físicos.

- **Funcionamiento general (F):** compuesta de 12 ítems que valoran las relaciones íntimas, sociales y el funcionamiento cotidiano.

- **Riesgo (R):** compuesta de 6 ítems, de los cuales 4 son indicadores clínicos de autolesiones e intentos de suicidio y 2 son indicadores de agresión a terceros.

El valor de los ítems puede oscilar entre 0-4 siguiendo una escala de respuesta de tipo *Likert*. Incluye ítems de alta y baja intensidad con el objetivo de incrementar el nivel de discriminación, y está diseñado de manera que cuanta más puntuación mayor es el nivel de problemas o síntomas (Bados, et al., 2012). Muestra una alta fiabilidad con

un coeficiente alfa de Cronbach entre .75 y .95 (Bados, et al., 2012), y estabilidad test-retest de .91 (Trujillo, et al., 2016), su fácil aplicación y poco tiempo de realización, que es aplicable en cualquier orientación teórica y que permite la detección del cambio clínico; además, su elaboración de datos normativos para muestras clínicas y para la población general (Bados, et al., 2012).

*Working Alliance Theory of Change Inventory* (WATOCI; Duncan y Miller, 1999) versión española (Botella y Corbella, 2004). Inventario validado y desarrollado en función del modelo transteórico de alianza terapéutica de Bordin (1979), que permite evaluar el establecimiento de la alianza terapéutica mediante cuatro subescalas que engloban los factores básicos de la alianza terapéutica descritos por Bordin (1976, citado en Belles, et al., 2008; Botella y Corbella, 2004):

- **Acuerdo de tareas (T):** compuesta por 4 ítems, concretamente los ítems 1, 2, 8 y 12 centrados en la evaluación del grado de acuerdo en las tareas a realizar durante la psicoterapia para lograr los objetivos y las características racionales y alcanzables de éstas.
- **Acuerdo de objetivos (M):** compuesta por 4 ítems dedicados a la evaluación del acuerdo de objetivos generales del tratamiento. Se engloban en las preguntas 4, 6, 10 y 11 que permiten la obtención de información sobre la consciencia del paciente en aquellos objetivos relevantes y temas explícitos e implícitos durante el proceso terapéutico.

- **Vínculo emocional (V):** compuesta por 4 ítems encargados de evaluar la confianza y el apego entre paciente y terapeuta a través de las preguntas 3, 5, 7 y 9, indicadas para la evaluación de la comprensión mutua, actitud solidaria y percepción subjetiva del paciente hacia el terapeuta.
- **Teoría del cambio (TDC):** compuesta por 5 ítems correspondientes a las preguntas 13, 14, 15, 16 y 17 dedicados a la evaluación del acuerdo entre paciente y terapeuta.

En total, encontramos 17 ítems autoadministrables con respuesta tipo *Likert* de 7 puntos, los cuales oscilan entre 1 (nunca) y 7 (siempre) para la obtención de 1 puntuación general y 4 individuales relacionadas con cada una de las subescalas. Muestra una alta fiabilidad con un coeficiente de Alfa de Cronbach de .93 en la puntuación global y entre .91 – .82 en cada subescala (Botella y Corbella, 2004). El cuestionario se orienta a población adulta y el tiempo de administración se encuentra en 10 minutos o inferior.

Por último, *Entrevista semi-estructurada*. Se elaboró una entrevista *ad-hoc* semi-estructurada, para evaluar la percepción subjetiva del paciente al finalizar las 16 sesiones de *Teletesalud* teniendo en cuenta las características personales y extraterapéuticas del paciente que pueden interferir en el establecimiento de la alianza terapéutica (Cook y Doyle, 2002; Escudero, et al., 2014; Izu y Montesano, 2016; Sparks, 2015). Se compone de 7 ítems de selección dicotómica única y 3 preguntas abiertas para que el encuestado pueda incluir variables y/o percepciones subjetivas no incluidas en la propia entrevista y que considere importantes. Los ítems se agrupan en un total de 3

escalas correspondientes a los grupos: *Setting* externo subjetivo (ítems 1, 2 y 3, agrupadas en subescalas: *setting* e influencia del *setting*); Grado de satisfacción subjetivo (ítems 4, 6, agrupado en las escalas grado y cercanía) y Efectividad terapéutica percibida (ítems 5, 7, 8 y 9 agrupados en las subescalas efectividad, comparación y perpetuación). Finalmente, se añade un último ítem de respuesta libre (ítem 10) con el fin de obtener información acerca de variables no exploradas en la encuesta (ver Apéndice 3).

## **Procedimiento**

El estudio constó de tres fases, siguiendo el protocolo desarrollado por Belles et al. (2008) sobre la alianza terapéutica y la efectividad en el proceso terapéutico.

Antes de iniciar el estudio se expuso el propósito y desarrollo mediante correo electrónico a los profesionales del CSMA en el Hospital de Mataró, y se efectuó una conferencia realizada en junio de 2020 con el título: “Requisitos para la práctica de la psicoterapia online” en el CAS (Hospital de Mataró). Con ambos procedimientos, se presentó la investigación, las condiciones necesarias para participar, el protocolo de administración (ver Apéndice 1) y los criterios de inclusión al estudio, puntualizando una administración vía OneDrive y dónde la responsabilidad recaía plenamente en los investigadores.

Los pacientes fueron derivados por cuatro psicólogos clínicos del Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) del Hospital de Mataró, especializados en Mindfulness y de orientación Cognitivo-Conductual. Durante ese periodo, los participantes realizaron un mínimo de 4 sesiones individuales (n= 2), grupales (n=1) o ambas (n=2), dónde se realizó una primera visita, una exploración psicométrica, devolución e intervención psicológica en las terapias individuales, y ejercicios de Mindfulness en las sesiones

grupales. En el momento de la derivación los participantes se encontraban realizando un proceso de intervención psicológica espaciado (con un rango de visitas de 1 cada 2-3 meses). El objetivo de la derivación consistió en proporcionar una intervención psicológica más continua, concretamente en un rango de 1 (n=4) y 2 (n=1) sesiones semanales de 45 minutos en función de la gravedad del Trastorno Mental, la derivación fue comunicada previamente al paciente para obtener su acuerdo y voluntad. Tales intervenciones fueron realizadas por n=2 estudiantes del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria con experiencia inferior a 5 años, siendo supervisadas de forma semanal y quincenal por n=2 psicólogos clínicos con una experiencia superior a 15 años.

La primera fase del estudio se nombró fase basal, en ella se contactó vía telefónica con los posibles participantes con el fin de evaluar el cumplimiento de los criterios de inclusión y permitir su acceso al estudio. Una vez determinado que el paciente cumplía los criterios de inclusión, se les informaba de la investigación, haciendo hincapié en la participación anónima y voluntaria, el consentimiento informado y las condiciones necesarias para realizar las pruebas. Tales condiciones, consistían en comprometerse a seguir las instrucciones descritas con rigor, compromiso, responder a las preguntas con total sinceridad y procurar un clima de soledad y tranquilidad durante su realización. Una vez aceptado, se pedía a los participantes su correo electrónico con el fin de proporcionarles el link (<https://forms.gle/ziT9EHPatAS7DvJU7>) y acceder a la encuesta realizada con el programa OneDrive, donde se encontraban los cuestionarios (CORE-OM, WATOCl, Sociodemográfico y Entrevista Cuantitativa) y el consentimiento informado (ver Apéndice 4), especificando las condiciones y el trato de los datos extraídos según el Real Decreto 1720/2007.

La administración de los cuestionarios se inició una semana antes de la primera intervención psicológica online (*Telesalud*). En concreto, se enviaron un total de 25 links y se realizaron dos llamadas telefónicas, a aquellas participantes que no disponían de correo electrónico. En el primer contacto se administraron el cuestionario Sociodemográfico y CORE-OM (Bados et al., 2012). Una vez realizada la cuarta y octava sesión se repite el proceso especificado, administrando el cuestionario Sociodemográfico y el WATOICI (Botella y Corbella, 2004). Finalmente, en la doceava sesión se administran de nuevo los cuestionarios Sociodemográfico, CORE-OM, WATOICI y Entrevista Cuantitativa, con la finalidad de observar la evolución del proceso terapéutico. Hemos establecido tales intervalos para la evaluación del resultado y proceso terapéutico siguiendo los estudios sobre el ritmo del cambio terapéutico (Baños et al., 2020; Belles et al., 2008; Del Re, et al., 2018), quienes especifican que el 40% de los pacientes experimentan un cambio significativo en el establecimiento de la alianza terapéutica entre las sesiones 1- 3 y el 50% de los pacientes entre las sesiones 4 – 7 (Belles et al., 2008). Así, la entrevista cuantitativa se administra en esta última fase, coincidiendo con la sesión número 16, siguiendo los estudios publicados referidos a la percepción subjetiva de los pacientes en relación con la *Telesalud* (Barceló et al., 2002; Cook y Doyle, 2002).

### **Análisis de datos**

Para la realización del análisis de datos de este estudio se utilizó el programa estadístico informático: SPSS Statistics ® versión 27. En primer lugar, se procedió a la ejecución de la base de datos de cada una de las variables y los grupos de agrupación respectivos (Videoconferencia y Telefónica). Concretamente, se sumaron las puntuaciones extraídas en cada uno de los ítems del cuestionario WATOICI, con el fin de obtener la puntuación individual de la subescala WAI (Ítem

1- Ítem 12) y la puntuación global (Ítem 1- Ítem 17). Se siguió el mismo procedimiento para el cuestionario CORE-OM y las subescalas: Bienestar subjetivo (W), Problemas/Síntomas (P), Funcionamiento general (F), Riesgo (R) y Sin Riesgo. A continuación, se procedió a sumar cada una de las escalas y subescalas de los cuestionarios WATOCI y CORE-OM para la obtención de las medias (M) y desviación típica (*DS*) respectivas, lo cual permitió la elaboración de un análisis descriptivo que condujo a una fotografía general y detallada de la puntuación.

En segundo lugar, y por lo que respecta a la entrevista semiestructurada, se recogieron las puntuaciones de los ítems en escala Likert, permitiendo la realización de pruebas estadísticamente descriptivas (M y *SD*). Para el correcto análisis de los datos obtenidos en ella, se procedió a agrupar los ítems en las escalas mencionadas anteriormente. Con los ítems de respuesta libre (ítem 3 y 9, correspondientes a la escala de *Setting* externo y Satisfacción respectivamente), se analizaron las respuestas reportadas de cada uno de los participantes y se agruparon según semejanza. En concreto, el ítem 3 se agrupó en las opciones: implicación en la terapia, contexto de protección y asistencia a la terapia; el ítem 9 se agrupó en las respuestas comodidad, ayuda, cercanía y motivación. Añadir, la eliminación del ítem 10 de la entrevista semiestructurada, considerada opcional: “¿*Quieres comentar alguna observación sobre la terapia que no ha sido contemplada en las preguntas anteriores?*” debido a una dificultad de comprensión por parte de la mayoría de los participantes (n=4).

Seguidamente, la ejecución de la prueba estadística Shapiro- Wilk ( $N < 30$ ), confirmó la distribución normal de las escalas y subescalas evaluadas en la muestra (N=5) con un intervalo de confianza del 95%, en los cuestionarios: CORE-OM, WATOCI y la entrevista semiestructurada.

Se eligió el análisis de varianzas con medidas repetidas para evaluar el efecto de tres factores cuando uno de ellos es un factor intra-sujeto. En concreto, las variables se definieron mediante las variables independientes: un factor intra-sujeto (medidas repetidas) MOMENTO TEMPORAL DE LA TERAPIA (previo a su inicio, sesión número 4, sesión número 8 y última sesión); y dos factores inter-sujeto: PARTICIPANTES (n=5) y MODALIDAD (telefónica o videollamada online). Como variable dependiente para cada análisis de la varianza se seleccionaron las puntuaciones directas de las dimensiones del CORE-OM (Bados, et al., 2012) y WATOCI (Botella y Corbella, 2004).

Para mantener una homogeneidad entre las sesiones y poder aplicar correctamente las medidas repetidas, se eligió el análisis previo al inicio de la psicoterapia, la sesión número 4, la sesión número 8 y la última sesión en cada participante (n=5). Mediante la ANOVA se obtuvieron pruebas de efecto intra-sujeto con las combinaciones de las distintas variables. Posteriormente se realizaron pruebas estadísticas descriptivas [M y SD] y de dependencia lineal (Coeficiente de Correlación de Pearson) con medidas repetidas, así como análisis de varianza con pruebas paramétricas *t-student*. Para la realización de la *t-student* las variables a estudiar fueron 2 variables independientes cuantitativas de PUNTUACIÓN TOTAL CORE-OM (previo a la primera sesión y última sesión) que englobaban los resultados longitudinales de la variable cualitativa dependiente GRUPO PACIENTES. Finalmente, se elaboraron tablas para facilitar su correcta interpretación.

## Resultados

A continuación, se presentan los hallazgos obtenidos en el presente estudio, los cuales serán expuestos siguiendo el orden y elaboración de los objetivos e hipótesis especificados en apartados anteriores.

Para dar respuesta al objetivo 1, evaluar mediante un análisis longitudinal la evolución del bienestar psicológico de los pacientes, se procedió al análisis comparativo longitudinal entre las escalas y subescalas del cuestionario CORE-OM.

Como podemos observar en la Tabla 2, existen diferencias significativas en la sintomatología global de los pacientes antes y después del tratamiento con una significación de  $p=0.04$ . Se señala también una disminución significativa en las subescalas Problemas/síntomas ( $p=0.04$ ) y la escala global sin riesgo ( $p=0.02$ ). Por ello, se concluye un cambio positivo en la sintomatología clínica de los pacientes al finalizar la intervención psicológica. Especificamos también una disminución sintomatológica no significativa en las subescalas de bienestar subjetivo ( $[M=9.80, SD=4.14]$ ;  $[M=5.40; SD=4.56]$ ), funcionamiento general ( $[M=22.60, SD=10.06]$ ;  $[M=11.80; SD=8.67]$ ) y riesgo ( $[M=7.00, SD=6.16]$ ;  $[M=.00; SD=.00]$ ).

**Tabla 2**

*Estadísticos significativos relacionados con el antes y después de la terapia basados en la escala y subescalas del cuestionario CORE-OM.*

<i>Variables</i>	Pre-terapia	Post-terapia	<i>T</i> (5)	<i>Sig.</i> (bilateral)
	(n=5)	(n=5)		
	M (SD)	M (SD)		
Bienestar subjetivo ( <i>W</i> )	9.80(4.14)	5.40(4.56)	3.00	.066
Problemas/Síntomas ( <i>P</i> )	30.20(8.78)	16.80(12.87)	3.39	.048*
Funcionamiento general ( <i>F</i> )	22.60(10.06)	11.80(8.67)	2.51	.078
Riesgo ( <i>R</i> )	7.00(6.16)	.00(.00)	2.81	.064
Global ( <i>Sin riesgo</i> )	63.20(21.75)	33.00(23.22)	2.36	.027*
Global	69.00(27.27)	33.80(24.91)	2.53	.040*

*Nota.* N = 5. Las abreviaturas de las variables se encuentran entre paréntesis. \*  $p < 0.05$ .

En relación con el objetivo 2, evaluar la calidad subjetiva del establecimiento de la Alianza Terapéutica en la modalidad online (*Telesalud*), tal y como se observa en la Tabla 3, no se muestran diferencias significativas en ninguna de las variables evaluadas con una significación mayor a  $p=0.05$ . Mediante el análisis descriptivo de las variables, observamos además como la subescala WAI [ $M=68.00$ ;  $SD=10.48$ ] adquiere puntuaciones cercanas a la máxima alcanzada por ésta (84 puntos).

**Tabla 3**

*Datos estadísticos relacionados con la evolución de la construcción de la alianza terapéutica en las distintas modalidades de psicoterapia online.*

	Teléfono (n=2)	Videoconferencia (n=3)	Total (N=5)	
<i>Variables</i>	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>	<i>Sig.</i>
WATOI (4 sesión)	92.50(.70)	89.33(14.18)	90.60(.70)	.784
WATOI (8 sesión)	96.50(7.77)	85.66(23.15)	90.00(17.84)	.585
WATOI (12 sesión)	93.50(3.53)	87.33(14.84)	89.80(11.16)	.621
WAI (4 sesión)	69.00(.00)	66.33(14.84)	67.40(5.41)	.661
WAI (8 sesión)	56.50(17.67)	64.00(17.43)	61.00(15.71)	.671
WAI (12 sesión)	71.00(2.82)	66.00(14.17)	68.00(10.48)	.671

\*  $p < 0.05$ .

Para la ejecución del objetivo 3, analizar descriptivamente el efecto de la percepción positiva de la Alianza Terapéutica y la disminución de la sintomatología clínica, se llevó a cabo un análisis diferencial mediante la *Correlación de Pearson*. Las puntuaciones reflejan una correlación negativa significativa ( $r=-.186$ ;  $p<0.05$ ), entre la AT (sesión 12) y la sintomatología clínica al final del proceso psicoterapéutico. Con un intervalo de confianza del 95%.

Por último, en relación con el objetivo 4, analizar descriptivamente la percepción subjetiva de los participantes en relación con la *Telesalud*, se realizó un análisis estadístico descriptivo y temático reflejado en la Tabla 4 (ítems de respuesta cerrada) y la Tabla 5 (ítems de respuesta abierta). Se observó una mayor elección de las puntuaciones positivas extremas en los ítems 4 (“muy alto” [n=5]), 5 (“extremadamente útil” [n=3]), 6 (“siempre” [n=4]), 7 (“sí” [n=4]) y 8 (“sí” [n=5]), correspondientes a las escalas de satisfacción y efectividad subjetiva. Los ítems 1 y 2 presentados en la Tabla 4 y englobados en la escala *setting* externo, siguen tal tendencia. En concreto, se definió la *Telesalud* como un lugar “seguro y cómodo” (n=4) que ha influenciado positivamente en el proceso psicoterapéutico (n=5). Finalmente, mediante la Tabla 5 se destacan los ítems 3 “¿Especifica en qué modo ha influido?” y 9 “Respecto a la pregunta anterior, por qué? Describe tu respuesta”. El análisis simple de la narrativa expuesta por los participantes en tales ítems destacó una percepción positiva en relación con la efectividad de la terapia (n=5). Detalladamente, el ítem 3 reflejó una mayor accesibilidad a la psicoterapia (n=4) y el ítem 9, en menor número se observó una mayor percepción de intimidad en la terapia online (n=2) y mayor motivación para iniciar y mantener un proceso psicoterapéutico, así como para adherirse a las metas terapéuticas (n=2). Finalmente, se observó, también en ambos ítems (ver Tabla 5), el deseo por poder ver al terapeuta en modalidad presencial *alguna vez* (n=3), 2 de las cuales realizaban modalidad telefónica.

**Tabla 4***Datos estadísticos extraídos a través de la entrevista semi-estructurada ad-hoc*

Variables	N	PD	Mín.	Máx.	Total (n=5) M(DS)
<b>Setting externo</b>	5				
<i>Ítem 1</i>			1	3	1.4(.89)
Seguro y cómodo	4				
Intranquilo	0				
Cohibido	1				
<i>Ítem 2</i>			1	1	1.00(.000)
Sí	5				
No	0				
<b>Grado de satisfacción</b>					
<i>Ítem 4</i>			5	5	5.00(.00)
Muy alto	5				
Otros*	0				
<i>Ítem 6</i>	5		6	7	6.80(.44)
Bastantes veces	1				
Siempre	4				
Otros*	0				
<b>Efectividad</b>	5				
<i>Ítem 5</i>			1	2	1.40(.54)
Extremadamente útil	3				
Muy útil	2				
Otros*	0				
<i>Ítem 7</i>	5		1	2	1.20(.44)
Sí	4				
No	1				
<i>Ítem 8</i>	5		1	1	1.00(.00)
Sí	5				
No	0				

\* Aquellas respuestas dónde no se obtuvo puntuación fueron agrupadas en la opción "OTROS" para

la elaboración de la Tabla, con el fin de facilitar la lectura de los resultados.

**TABLA 5**

*Registro narrativo de los ítems 3 y 9 recogidos mediante la entrevista semiestructurada.*

Respuesta abierta		
Variables	N	
<i>Ítem 3</i>	5	
Paciente 1		Me ha dado la vida. No podía ni pensar en ir al hospital por si me contagiaba, o si me quedaba sin aire por subir la cuesta. He podido hacer terapia y curarme. Ahora vuelvo a tener una vida normal, a sentirme útil.
Paciente 2		Me ha permitido terminar de darme cuenta de que la vida no es el temor que tenía por todo. Hay que dejar pasar. Ser tu misma. He podido hacer la terapia, no podía ir al hospital porque no puedo conducir. Es como si tuviera a la persona delante, de tú a tú. No hay distancia.
Paciente 3		Sí porque en mi casa me siento a gusto y ha sido más fácil crear confianza. Es invitar a una persona estimada a charlar en casa.
Paciente 4		No hubiese podido hacer terapia sin el teléfono porque no puedo salir de casa. Me ha ayudado a tener esperanza, a seguir luchando.
Paciente 5		Porqué he podido ver mi problema desde el significado de enfermedad. Al hospital no hubiese ido, dúchate, paga el bus... Así no puedes escaparte, te llaman y punto.

<i>Ítem 9</i>	5	
Paciente 1		Para mí ha sido más fácil abrirme en mi entorno que en una consulta. No sé, en tu casa te sientes protegido, es diferente.
Paciente 2		Porque me siento muy cómoda, poder verla físicamente alguna vez estaría bien, pero siento que la ayuda es la misma.
Paciente 3		Yo me he sentido muy a gusto en mi contexto, es más cercano y amable hacer terapia desde casa que en una consulta fría. Aun así, me gustaría conocer a mi terapeuta personalmente algún día.
Paciente 4		Me está ayudando a ver los problemas de manera diferente. Me gustaría conocerla personalmente.
Paciente 5		Porque ir al hospital me genera ansiedad, la llamada siempre tengo que cogerla. Me ha hecho sentir atendida, me ha podido ayudado.

---

## Discusión

La elaboración de este estudio se ha realizado con el objetivo de analizar el establecimiento de la Alianza Terapéutica en la modalidad online y su relación con la sintomatología clínica, mediante un estudio longitudinal. A continuación, especificaremos los hallazgos más significativos, las limitaciones del estudio y las futuras líneas de investigación a desarrollar en el marco de la *Telesalud*.

Consideramos que los resultados expuestos en la presente investigación, en relación con la efectividad de la *Telesalud*, nos permiten observar una diferencia significativa entre la sintomatología clínica anterior a la elaboración del proceso psicoterapéutico, y la obtenida al final del proceso. Por ello, se afirma un cambio sintomatológico positivo en los participantes, tal como predijimos en la *Hipótesis 1*, la terapia online es efectiva debido a la disminución de la sintomatología clínica negativa a lo largo del proceso psicoterapéutico. Tales resultados, concuerdan con los obtenidos en las investigaciones realizadas por Adlam et al. (2020), Barceló et al. (2002) y Cook y Doyle (2002), quienes concluyen con una elevada efectividad en la psicoterapia impartida en modalidad online e incluso, Jerome y Zaylor (2002) hacen hincapié en una efectividad ecuánime al comparar la modalidad presencial con la online.

En relación con la *Hipótesis 2*, referente a la contribución de la *Telesalud* a una construcción positiva de la Alianza Terapéutica, hemos obtenido resultados similares a los expuestos por Barceló et al. (2002) y Johnstone et al. (2000), reafirmando así la no existencia de diferencias significativas en el establecimiento de la Alianza Terapéutica en relación con la modalidad online escogida. En contraindicación, observamos las afirmaciones presentadas por Cabré y Mercadal (2016) y Viamberg (2012), quienes sí refieren dificultades en el establecimiento de

la AT en modalidad online debido a la pérdida de información acerca de la comunicación verbal y no verbal. Tales diferencias pueden ser explicadas con las teorías de Cárdenas et al. (2020) y Miró (2007), quienes afirman una mayor dificultad de establecimiento ante variables como inseguridad o prejuicios del terapeuta no valoradas en el presente estudio. Teniendo esto en cuenta, los resultados presentados exponen la existencia de un buen establecimiento de la AT en modalidad online, en todos los componentes detallados por Bordin (1979) y recogidos en la escala y subescalas (T, M y V) del cuestionario WATOCI versión española (Botella y Corbella, 2004). Además, se observa una estabilidad temporal (4<sup>ra</sup> sesión – 12 sesión) en las puntuaciones con tendencia a la positividad, que nos indica la existencia de una AT fuerte y estable en el tiempo. Resultados equivalentes a los estudios expuestos por Cook y Doyle (2002) y Franco et al. (2010). Este cambio de orden pone de manifiesto la falta de información acerca del desarrollo de la Alianza Terapéutica en éste nuevo contexto psicoterapéutico; reflejando un desconocimiento de su formación y evolución.

En términos generales, los datos mostrados anteriormente confirman la *Hipótesis 3*; existe una relación entre la percepción positiva de la AT y la disminución de la sintomatología clínica. En concreto, se observa una correlación negativa entre ambas variables (Alianza Terapéutica y Sintomatología Clínica) que permite consolidar tanto la eficacia de la *Telesalud*, como la capacidad de desarrollo positivo de la AT en la modalidad online, y reafirmar así, el estudio desarrollado por Artigas et al. (2018), donde se afirma el incremento en la disminución de la sintomatología clínica del paciente como consecuencia de la percepción positiva de la AT.

Con los resultados aportados en este estudio referentes a la *Hipótesis 4*, relacionada con la valoración positiva de los participantes acerca de la modalidad online, observamos como en su mayoría, los participantes destacan sentimientos de comodidad, seguridad, ayuda y confianza en el terapeuta, confluyendo en una percepción de elevada efectividad y satisfacción subjetiva. Resultados equivalentes a los obtenidos en las investigaciones realizadas por Del Barrio et al. (2017) y Franco et al. (2010), dónde destacan una elevada satisfacción subjetiva por parte de los participantes en la modalidad online. Tal satisfacción, engloba también las ventajas detalladas por Cabré y Mercadal (2016) y Baños et al. (2020) quienes afirman un aumento de accesibilidad a la terapia en aquellos con dificultades por pedir ayuda debido a la reducción del estigma social o dificultades físicas. En este estudio, se añade también la posibilidad de ofrecer accesibilidad en pacientes cuyo estadio de cambio se encuentre en contemplativo, debido a una aparente reducción del esfuerzo personal a realizar por acceder inicialmente a la psicoterapia (en concreto, los pacientes destacan no tener que realizar una higiene corporal, desplazamientos, etc.). En otras palabras, la modalidad online puede ser un recurso necesario para acceder a aquellos individuos que se encuentran en la fase pre-contemplativa o contemplativa del problema, y desde aquí animamos a realizar futuras líneas de investigación en esta dirección. Finalmente, cabe destacar las peticiones realizadas por diferentes pacientes en relación con el deseo de conocer presencialmente al terapeuta. Ello, nos permite hipotetizar con relación a la realización de una terapia mixta, con sesiones presenciales y online en función de las necesidades del paciente, y permitiéndonos recoger todas y cada una de las ventajas que nos aportan ambas modalidades. Con ello, concluimos que la *Telesalud*

ha sido valorada positivamente por parte de los pacientes involucrados y, en consecuencia, se confirma la última hipótesis del presente estudio.

Con tales resultados, este trabajo permite arrojar luz sobre la falta de información acerca de la psicoterapia online, con el fin de animar a seguir investigando en este campo para contribuir a una buena práctica clínica y adaptar la psicología a los nuevos tiempos. A su vez, concluimos este trabajo con la aceptación de la psicoterapia online como una modalidad terapéutica efectiva, dónde es posible establecer una buena alianza terapéutica, por tanto, tal modalidad debe ser incluida con un peso ecuánime a la modalidad presencial debido a las ventajas y resultados aportados por las investigaciones desarrolladas hasta el momento. Terminamos esta conclusión con una reflexión personal enfocada a la no confrontación, y solicitamos como nuevas líneas de investigación la realización de psicoterapia presencial y online al mismo tiempo dotándonos así, de las ventajas de ambas y resolviendo los inconvenientes de cada una, elaborando pues, una psicoterapia de intervención mixta en modalidad presencial y online.

Aun así, queremos destacar que éste estudio se presenta como una aproximación exploratoria a la *Telesalud*. Destacamos también un conjunto de limitaciones en el estudio como la no administración de un último cuestionario meses después de finalizar la terapia, para observar el impacto real de la intervención psicológica debido a la limitación temporal, la muestra reducida de pacientes y la no consolidación de un grupo control, y la no imparcialidad de la investigadora del estudio debido a su total implicación en 4 de los 5 casos estudiados. Por todo ello, este estudio es considerado un estudio piloto, abriendo así la puerta a estudios futuros centrados en a un aumento de la muestra encuestada, permitiendo así, una representación general de la población clínica. Esperamos

haber aportado herramientas para la elaboración de nuevas investigaciones enfocadas -no solo en la efectividad y establecimiento de la Alianza Terapéutica en la modalidad online-, sino también al análisis de factores Inter y Extra terapéuticos que doten de conocimiento y técnicas adaptadas al contexto virtual de las TIC, para el buen establecimiento de la Alianza Terapéutica y práctica clínica en modalidad online.

Con este trabajo, hemos querido dar la llave que abra la puerta a una nueva conceptualización de la psicoterapia, permitiendo la adaptación de la práctica psicológica a los tiempos actuales, facilitando su acceso a todas las poblaciones y generando una mayor visibilidad tanto a nivel científico como individual.

Esperamos haber ayudado a esparcir las dudas relacionadas con la *Telesalud*, y/o haber generado intriga y curiosidad con relación a ella, con el fin de potenciar una mayor investigación teórica y práctica -tan necesaria- en este marco.

## Referencias

- Abscal, A., Escudero, V., Friedlander, M., y Varela, N. (2008). Observing the therapeutic Alliance in family therapy: associations with participants perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30(1), 194 – 214.
- Adlam, A., Bardoni, A., Corti, C., Geis, L., Limond, J., Modi, A., Wade, S., y Williams, T. (2020). Telepsychotherapy With Children and Families: Lessons gleaned from two decades of translational research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 332-347.
- Aguayo, L., y Morón, J. (2018). La psicoterapia online ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(2), 107 – 113.
- Alvis, L., Baños, R., Botella, C., Cárdenas-Gómez, L., Castañeiras, C., Cudris, L., Fernández, G., García-Palacios, A., Herrero, R., Martín, D., y Palma-Gómez, A. (2020). Efficacy of a self-applied online program to promote resilience and coping skills in university students in four Spanish-speaking countries: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 20, 1-15.
- American Psychological Association Practice Organization. (2010). Telehealth: Legal basics for psychologist. *Good Practice*, 41(1), 2-7.
- American Psychological Association (APA). (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5 ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Artigas, L., Feixas, G., Mateu, C., Vilaregut, A. (2018). The construction of the therapeutic alliance in couple therapy in two contrasting cases with depression. *The UB journal of psychology*, 48(1), 64 – 74.
- Bados, A., Botella, L., Corbella, S., Evans, C., Feixas, G., García-Grau, E., González, E., Trujillo, A., Saúl, L. A., y López-González, M. (2012). La versión española

- del CORE-OM: Clinical outcomes in routine evaluation-outcome measure. *Revista de Psicoterapia*, 89(23), 109-135.
- Baños, R., Botella, C., García-Palacios, A., Guillén, V., José, H., y Quero, S. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *UocPapers, revista sobre la sociedad del conocimiento*, 1(4), 32-41.
- Barak, A., Britt, K., Proudfoot, J., y Psych, D. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *The Society of Behavioral Medicine*, 38(1), 4 – 17.
- Barceló, F., Bornas, X., Rodrigo, T., y Toledo, M. (2002). Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: una revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud*, 2(2), 533-541.
- Belles, L., Botella, L., Corbella, S., Gómez, T., Herrero, O., Ribas, E., Pacheco, M., y Pedro, N. (2008) Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Reserch*, 18(5), 535 – 542.
- Blow, A., y Sprenkle, D. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113 – 129.
- Botella, L., y Corbella S. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*, 16(4), 702-705.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252 – 260.
- Cabré, V., y Mercadal., J. (2016). Psicoterapia Online. Escenario virtual para una relación real en el espació intermedio. *Clínica e investigación Relacional*, 10(2), 439 – 452.
- Cárdenas, O., Estupiñan, J., Jiménez, C., Meneses, L., y Vásquez, C. (2020). *Revisión Sistemática de Literatura: Intervención Psicológica en Niños a través de la*

- virtualidad*. [Tesis doctoral, Universidad Cooperativa de Colombia Sede Bucaramanga]. Repositorio Institucional UCC.
- Carper, M., Harris, S., Kendall, P., y Khanna, M. (2015). Computer Technology and Children's Mental Health. *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences*, 1-16.
- Cestero, A. (2006). La comunicación no verbal y el estudio de su incidencia en fenómenos discursivos como la ironía. *ELUA, Estudios de Lingüística*. Vol. 20, pp: 57 – 75.
- Chaplin, W., Mora, L., Nevid, J. (2008). Psychologist treatment recommendations for internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior*, 24(6), 3052 – 3062.
- Chermack, S., Chertl, A., Eisenberg, D., Horwitz, A., Kramer, A., y Zheng, K. (2015). Online Suicide Risk Screening and Intervention with College Students: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 83(3), 630 – 636.
- Cook, J., y Doyle, C. (2002) Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary Results. *Cyberpsychology & Behavior*, 5(2), 95-103.
- Dages, P., Eckland, J., Eric, P., Fritz, S., Glueckauf, R., y Liss, H. (2002). Videoconferencing-based counselling for rural teenagers with epilepsy: Phase I findings. *Rehabilitation Psychology*, 47(1), 49 – 72.
- De la Torre, M., Pardo, R. (2019). Guía para la intervención Telepsicológica. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. España: COPM, 33-67.
- Del Barrio, V., González-Peña, P., Olmedo, M., y Torres, R. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81-91.

- Del Re, A., Flückiger, C., Horvath, A., Wampold, B. (2018). The Alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic Synthesis. *American Psychological Association*, 55(4), 316 – 340.
- Diamond, D., Escudero, V., Friedlander, M., y Heatherington, L. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25-33.
- Duncan, A., y Miller, S. (1999). Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *The Institute of the Study of Therapeutic Change*.
- Duncan, A., y Nelson, E. (2015). Cognitive Behavioral Therapy Using Televideo. *Elsevier, Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 269-280.
- Escudero, V., Major, S., Relvas, P., y Sotero, L. (2014). The therapeutic alliance with involuntary clients: how does it work? *Journal of Family Therapy*, 38(1), 36 – 58.
- Franco, M., Jiménez, F., Monardes, C., Soto-Pérez, F. (2010). Internet y psicología clínica: revisión de las ciber-terapias. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15(1), 19 – 37.
- Gardner, J., Shore, J., Plaven, E., y Yellowless, P. (2020). Remote Telepsychiatry Workforce: A Solution to Psychiatry's Workforce Issues. *Current Psychiatry Reports* 22(8), 2-9
- Haeger, J., Lee, E., Ong, C., Twohig, M. (2018). Telepsychotherapy for Trichoyillomania: A randomized controlled trial of ACT Enhanced Behavior Therapy. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18(1), 106-115.
- Hedges, M., Norcross, JC., y Prochaska, JO. (2002). The face of 2010: a Delphi poll on the future of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(3), 316-322.

- Izu, S., y Montesano, A. (2016). Análisis del proceso terapéutico en un caso de terapia de pareja para la depresión: cómo lidiar con una alianza intra-sistema problemática. *Estudios de psicología*, 37(2), 404 – 417.
- Jerome, L., y Zaylor, C. (2000). Cyberspace: Creating a therapeutic environment for telehealth applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(5), 478 – 483.
- Johnstone, B., Merrell, D., y Schoop, L. (2000). Telehealth and neuropsychological assessment: New opportunities for psychologists. *Profesional Psychology, reserch and practice*, 31(2), 179 – 183.
- Kincaid, A., Moscato, E., Narad, M., Raj, S., Riegler, L., y Wade, S. (2020). Pilot Trial of a Telepsychotherapy Parenting Skills intervention for Veteran Families: Implications for Managing Parenting Stress During COVID-19. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 290 – 303.
- Knobloch-Fedders, L., Mann, B., y Pinosof, W. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(2), 245-257.
- Lawlor-Savage, L., y Prentice, J. (2014). Digital Cognitive Behaviour Therapy (CBT) in Canada: Ethical Considerations. *Canadian Psychology*, 55(4), 231-239.
- Miró, J. (2007). Psicoterapia y Nuevas Tecnologías. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 81, 15-20.
- Newman, M. (2004). Technology in psychotherapy: an introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 141 – 145.
- Rees, C., y Stone, S. (2005). Therapeutic Alliance in Face-to-Face versus Videoconferenced Psychotherapy. *Profesional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649-653.

- Rochlen, A., Speyer, C., y Zack, J. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 269 – 283.
- Rohland, B. (2001). Telepsychiatry in the heartland: If we build it will they come? *Community Mental Health Journal*, 37(5), 449-459.
- Sparks, J. (2015). The Norway couple project: Lessons learned. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(4), 481 – 494.
- Trujillo, A. (2005). Nuevas tecnologías y Psicología. Una perspectiva actual. *Apuntes de psicología*, 23(3), 321 – 335.
- Trujillo, A., Bados, A., Cañete, J., Corbella, S., Evans, C., Feixas, G., García-Grau, E., Grau, A., Lana, F., Medeiros-Ferreira, L., Medina, J., Montesinos, A., y Salla, M. (2016). Psychometric properties of the Spanish versión of the clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcomes Measure. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12(1), 1457 – 1466.
- Vaimberg, R. (2012). Bases de la psicoterapia e intervenciones online. *Intercambios, papeles de psicoanálisis*, 28(1), 63 – 79.

## Anexos

### APENDICE 1

#### *Protocolo de administración*

“Éste estudio tiene como objetivo analizar y comparar mediante un estudio longitudinal, cómo la percepción positiva de la Alianza Terapéutica influye en una disminución de la sintomatología clínica del paciente al final del proceso, en base a la modalidad psicoterapéutica *Telesalud* en formato videoconferencia y telefónicamente.

Para ello es necesario administrar cuatro cuestionarios:

- **Cuestionario sociodemográfico** (Espinasa, 2020) Ad-Hoc. Este cuestionario consta de 3 escalas basadas en la identificación anónima, proceso psicoterapéutico del paciente, fecha de realización del cuestionario y consentimiento informado. Se compone por 8 ítems de selección única.
- **Clinical Outcomes in Routine Evaluation** versión española (CORE-OM; Bados, Botella, Corbella, Evans, Feixas, Garcia, González, López-González, Sául, Trujillo, 2012) el cual evalúa el estado sintomático del paciente centrándose en cuatro dimensiones: bienestar subjetivo, problemas/síntomas, funcionamiento general y riesgo de suicidio. Se compone por 34 ítems que puntúan mediante la escala tipo Likert. Es autoadministrable.
- **Working Alliance Theory of Change Inventory** (WATOICI; Duncan y Miller, 1999) versión española (Botella y Corbella, 2004). Evalúa los factores básicos de la alianza terapéutica basándose en cuatro subescalas: acuerdo de tareas, acuerdo de objetivos, vínculo positivo y teoría del cambio. Se compone por 17 ítems con respuestas tipo Likert. Es autoadministrable.
- **Entrevista semiestructurada cualitativa Ad-Hoc.** Evalúa la percepción subjetiva de los pacientes, en base a 7 ítems de selección dicotómica única y 3 preguntas abiertas para que el encuestado pueda incluir variables y/o percepciones subjetivas no incluidas en la propia entrevista y que considere importantes. Los ítems se agrupan en un total de 3 escalas: *Setting* externo subjetivo, Grado de satisfacción subjetivo y Efectividad.

Para la administración de tales cuestionarios se ha realizado un cuestionario online autoadministrable de duración media entre 10 – 15 minutos. Su administración consta de cuatro series basadas en los intervalos de tiempo propuestos por los estudios de alianza terapéutica y efectividad (Belles, Botella, Corbella, Gómez, Herrero, Pachecho, Pedro y Ribas, 2008):

1. **Fase basal:** Administrar el cuestionario sociodemográfico y CORE-OM antes de iniciar la psicoterapia online, con un tiempo máximo de una semana antes del primer encuentro online entre paciente-terapeuta.
2. **Después de realizar cuatro primeras sesiones online (sesión 4).** Se deberá enviar un recordatorio al paciente (vía email, chat u verbal) con el link del cuestionario online para garantizar su realización. Se administrará el cuestionario sociodemográfico y WATOCl.
3. **Después de realizar otras cuatro sesiones online (sesión 8).** Se deberá enviar un recordatorio al paciente (vía email, chat u verbal) con el link del cuestionario online para garantizar su realización, se realizará el cuestionario sociodemográfico y WATOCl.
4. **Al finalizar el proceso psicoterapéutico (sesión 12).** Se deberá enviar un recordatorio al paciente (vía email, chat u verbal) con el link del cuestionario online para garantizar su realización. Se administrarán los cuestionarios Sociodemográfico, CORE-OM, WATOCl y la Entrevista semiestructurada Ad-Hoc.

Los criterios de inclusión se centran en pacientes mayores de 18 años, que inicien o reanuden un proceso de psicoterapia online individual con un terapeuta no conocido previamente en el Hospital de Mataró.

El link del cuestionario es:

<https://docs.google.com/forms/d/1wMKc58GOsExRhFahh7La8l4D1bCMiHeMwpO5Zg1IrX8/edit>

Para cualquier duda contactad con: [monicaeb1@blanquerna.url.edu](mailto:monicaeb1@blanquerna.url.edu).”

## APENDICE 2

*Cuestionario sociodemográfico Ad-Hoc*

1. **Escribe la primera letra de tu nombre:** \_\_\_\_\_.
2. **Escribe la primera letra de tu primer apellido:** \_\_\_\_\_.
3. **Sexo:**
  - Mujer.
  - Hombre.
4. **Edad (> 18 años):** \_\_\_\_\_.
5. **De las siguientes opciones, ¿qué animal prefieres?**
  - Perro.
  - Gato.
6. **Introduce la fecha de hoy:** \_\_\_\_\_.
7. **¿Cuál es tu experiencia en psicoterapia?**
  - Nunca he realizado terapia individual ni grupal.
  - He realizado terapia individual presencialmente.
  - He realizado terapia grupal presencialmente.
  - He realizado terapia individual vía online.
  - He realizado terapia grupal vía online.
8. **Si ya estas realizando terapia con el psicólogo vía online, ¿cuánto tiempo hace que la realizas?**
  - 6 meses.
  - Entre 2 – 5 meses.
  - 1 mes.
  - Entre 1 – 3 semanas.
9. **Actualmente con mi psicólogo/a contacto mediante...**

- El teléfono.
- La videollamada.

### APENDICE 3

#### *Entrevista cuantitativa Ad-Hoc*

A continuación, formularemos una serie de preguntas breves que nos permitirán evaluar tu valoración en relación con la modalidad de terapia online.

**1. Identifica cómo te has sentido en el contexto en el cual realizabas la terapia.**

- Seguro y cómodo.
- Intranquilo.
- Cohibido.

**2. ¿Crees que el contexto en el que has realizado la terapia online ha influido en su evolución?**

- Sí
- No

**3. En caso de responder SÍ a la pregunta anterior, especifica de qué modo ha influido:**

---

**4. ¿Qué grado de satisfacción valora en la modalidad online?**

- Muy bajo.

- Bajo.
- Indiferente.
- Alto.
- Muy alto.

**5. ¿Consideras que la terapia ha sido útil para lograr solucionar tus problemas?**

- Extremadamente útil.
- Muy útil.
- Algo útil.
- No muy útil.
- Para nada útil.

**6. ¿En la modalidad online se ha sentido cercano y cómodo con el terapeuta?**

- Nunca.
- Alguna vez.
- Ocasionalmente.
- Muy a menudo.
- Muy frecuentemente.
- Siempre.

**7. ¿Recomendarías esta modalidad terapéutica a un familiar / amigo?**

- Sí.
- No.

**8. ¿Consideras que perpetuarías, a partir de ahora, esta modalidad terapéutica?**

Sí.

No.

**9. Respecto a la pregunta anterior, ¿por qué? Describe tu respuesta:**

---

**10. ¿Quieres comentar alguna observación sobre la terapia que no ha sido contemplada en las preguntas anteriores? Siéntete libre de hacerlo en este apartado:**

---

#### APENDICE 4

##### *Elaboración del formato del consentimiento informado*

“Declaro que mi participación en el estudio *“Evaluación de la efectividad y la alianza terapéutica en psicoterapia individual en formato online”* es voluntaria sabiendo que los datos de carácter personal que confío son necesarios para la investigación y hago constar que son ciertos y correctos. Estos serán utilizados solo para este proyecto y de forma confidencial conforme al Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento del desarrollo de la *Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (15/1999)*, y según la *Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (41/2002)*).

Me comprometo a seguir las indicaciones dadas en los cuestionarios de forma estricta y rigurosa. Se me pide rellenar las preguntas y que el tiempo de colaboración estimado es de 5-10 minutos.

Tengo derecho a abandonar el estudio en el momento en que lo desee sin ningún perjuicio.

Doy libre y voluntariamente mi consentimiento y conformidad para participar en el estudio de *“Evaluación de la efectividad y la alianza terapéutica en psicoterapia individual en formato online”*.

**Declaración de autoría**

“Declaro que este trabajo es original y ha sido realizado por mí misma, sin haber usado otras fuentes o ayudas diferentes a las referenciadas. También he señalado la procedencia de los fragmentos literales, o de contenido, que he tomado de terceros”.