

## COMPARATIVA DE INDICADORES CLÍNICOS ENTRE TERAPIA PRESENCIAL Y TERAPIA ONLINE POR VIDEOCONFERENCIA: ÉXITO, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EFICIENCIA

Diego Fernández-Regueras, Ana Calero-Elvira y  
María Cristina Guerrero-Escagedo  
*Universidad Autónoma de Madrid (España)*

### Resumen

La terapia psicológica *online* por videoconferencia ha sido una alternativa ampliamente utilizada tras la pandemia por COVID-19. Este estudio tiene los propósitos de seguir estudiando el éxito de esta modalidad además de otros indicadores clínicos menos estudiados, como la eficiencia y la adherencia al tratamiento en comparación con la terapia en modalidad presencial. Se utilizaron los datos de 174 participantes, 87 de cada modalidad. Ambas modalidades de tratamiento resultaron exitosas, sin haber diferencias entre ellas salvo en el porcentaje de objetivos terapéuticos cumplidos, mayor en la modalidad *online*. No se encontraron diferencias en adherencia al tratamiento. La eficiencia fue mayor en la modalidad presencial en la fase de tratamiento y en la terapia en su conjunto, no siendo así en la fase de evaluación. Se plantean hipótesis que intentan explicar estas diferencias, entre ellas las referidas a la relación terapéutica, además de abrir la puerta al planteamiento de futuros estudios que continúen en esta línea de investigación.

**PALABRAS CLAVE:** *terapia online por videoconferencia, terapia presencial, éxito, adherencia al tratamiento, eficiencia, COVID-19.*

### Abstract

Videoconferencing psychotherapy has been a widely used alternative in the aftermath of the COVID-19 pandemic. This study aims to further study the success of this modality and other less studied clinical indicators, such as adherence to treatment and efficiency, compared to the face-to-face modality. Data from 174 participants, 87 of each modality were used. Both treatment modalities were successful, with no differences between them except for the percentage of therapeutic objectives achieved, which was higher in the online modality. No differences were found in adherence to treatment. Efficiency was higher in the face-to-face modality both in the treatment phase and in the

---

Queremos agradecer a todos los terapeutas y clientes del CPA-UAM que han participado en este estudio. Diego Fernández-Regueras agradece el apoyo de las Ayudas para el Fomento de la Investigación-UAM 2021, otorgadas por la Universidad Autónoma de Madrid; y María Cristina Guerrero-Escagedo agradece el apoyo de las Ayudas para la Formación de Personal Investigador (FPI-UAM), otorgadas por la Universidad Autónoma de Madrid.

*Correspondencia:* Ana Calero-Elvira, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid (España). E-mail: [ana.calero@uam.es](mailto:ana.calero@uam.es)

therapy as a whole, but not in the assessment phase. We put forward several hypotheses to try to explain these differences, some of them related to the therapeutic relationship. The conclusions of this study open the door to future research lines in the same direction.

KEY WORDS: *videoconferencing psychotherapy, face-to-face therapy, success, adherence to treatment, efficiency, COVID-19.*

## Introducción

La expansión de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) ha permitido que puedan ser utilizadas para proporcionar servicios sanitarios. Se define *e-Health* como el uso de nuevas tecnologías e Internet para la provisión de información y atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006). Las disciplinas que engloba este concepto se extienden desde la medicina, la enfermería, la nutrición y la psicología, entre otras. La pandemia por COVID-19 ha supuesto un impulso tanto en el uso como en el interés científico de la atención sanitaria a través de las TIC (Doraiswamy *et al.*, 2021), ya creciente en los años anteriores (Richardson *et al.*, 2009).

De interés para este trabajo es la telepsicología, que es la “provisión de servicios psicológicos haciendo uso de las TIC” (APA, 2013, p.792). Se trata de un conjunto heterogéneo de intervenciones, las cuales pueden dividirse en cuatro grupos (Barak *et al.*, 2009; Calero y Shih, 2016): (1) la terapia *online*, que implica una comunicación entre los terapeutas y usuarios mediante videoconferencia, *e-mail*, teléfono, chat, etc.; (2) la intervención *online* en entornos web, que presenta contenidos estructurados a los que tiene acceso el cliente (como psicoeducación, intervenciones autoguiadas o con seguimientos puntuales de los terapeutas); (3) el *software* terapéutico, que implica el uso de tecnologías como la realidad virtual o la inteligencia artificial como elementos terapéuticos; (4) otros tipos de intervenciones *online*, como juegos y aplicaciones. La terapia *online*, en la que nos centraremos, puede ser clasificada, según la simultaneidad de la comunicación entre terapeutas y clientes en: (1) síncrona, al mismo tiempo (videoconferencia, teléfono, chat, etc.); o (2) asíncrona, en distintos momentos (correo electrónico, visionado de grabaciones de vídeo o audio en distintos momentos) (Suler, 2000). Nos interesa especialmente la terapia *online* síncrona realizada por videoconferencia, pues ha sido una alternativa rápidamente adoptada para continuar los tratamientos psicológicos tras la emergencia de la pandemia por COVID-19 (Sammons *et al.*, 2020). Presenta, además, una serie de potenciales ventajas con respecto al formato presencial de terapia, como un aumento de la accesibilidad de los tratamientos a personas en zonas remotas o a personas que, por problemas de agenda o ahorro de tiempo, prefieren hacer uso de esta modalidad (Conolly *et al.*, 2020; Field, 1996).

En cuanto al éxito (eficacia y efectividad) de las intervenciones telepsicológicas que utilizan terapias cognitivo-conductuales (TCC), son cuantiosos los datos de investigación, a lo largo de los años, que las avalan para diferentes problemáticas, recogidos en revisiones sistemáticas y metaanálisis (entre ellas, Grist y Cavanagh, 2013; Sztejn *et al.*, 2018). El estudio en concreto del éxito de la terapia *online* con

comunicación síncrona por videoconferencia es más reducido, debido a una más reciente generalización de su uso (Richardson *et al.*, 2009). Diversas revisiones sistemáticas han sido publicadas, explorando el éxito de esta modalidad de terapia para el tratamiento de distintas problemáticas, como trastornos depresivos (Berryhill, Culmer, *et al.*, 2018) y trastornos de ansiedad (Berryhill, Halli-Tierney, *et al.*, 2018; Rees y Maclaine, 2015), entre otras. En todos estos trabajos, se concluye que en general la terapia por videoconferencia es exitosa y en la mayoría de los casos similar a la terapia presencial, pero se pone de relieve la necesidad de mejorar las garantías metodológicas de los estudios. Encontramos dos recientes meta-análisis que se han interesado por el éxito de la terapia por videoconferencia: (1) para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático y depresión en veteranos de guerra, con elevados tamaños del efecto ( $d= 1$  y  $d= 0,86$ , respectivamente), y similares o ligeramente menores tamaños del efecto que terapia presencial ( $d= -0,25$  y  $d= 0$ , respectivamente) (McClellan *et al.*, 2022); y (2) para el tratamiento de trastornos depresivos, de ansiedad y somáticos, encontrando un tamaño del efecto mayor en comparación con los grupos de control ( $g= -0,49$ ) (Matsumoto *et al.*, 2021). Todas las abreviaturas metodológicas utilizadas en este artículo y sus definiciones se incluyen en el apéndice.

La adherencia al tratamiento es el grado en el que los usuarios completan o se comprometen con los tratamientos (Eysenbach, 2005). Ha sido tradicionalmente apuntada como limitación de los tratamientos telepsicológicos, tanto que la Sociedad Internacional para la Investigación de las Intervenciones por Internet (*International Society for Research on Internet Interventions*, ISRII) lo ha incluido como uno de los objetivos primordiales de la investigación y la práctica profesional (Ritterband *et al.*, 2006). Los resultados en investigación han sido mixtos, encontrando revisiones sistemáticas y meta-análisis que indican la superioridad de la terapia presencial (Fernandez *et al.*, 2015; Richards y Richardson, 2012) y algunos que no (Ballegooijen *et al.*, 2014; Melville *et al.*, 2010), mientras que otros muestran variabilidad en los resultados (Banbury *et al.*, 2018; Christensen *et al.*, 2009). Centrándonos en la terapia por videoconferencia, solo hemos encontrado una revisión sistemática que explora la adherencia al tratamiento, no encontrando diferencias significativas con la terapia presencial en la mayoría de los estudios en trastornos de ansiedad y trastornos depresivos (Thomas *et al.*, 2021), lo que nos indica que la investigación es todavía escasa.

Otro indicador clínico de interés es la eficiencia de los tratamientos, definida como su capacidad para maximizar los beneficios para los usuarios haciendo uso del menor número posible de recursos (Haynes, 1999). Ha sido un indicador poco estudiado en terapia psicológica *online*, y ha sido operativizado en términos económicos (coste-beneficio), encontrando revisiones sistemáticas que lo han analizado en trastornos de ansiedad y depresivos, encontrando que, en general, son eficientes (Mitchell *et al.*, 2021; Paganini *et al.*, 2018). Hasta el momento, un artículo de revisión ha abordado el asunto de la efectividad de la terapia por videoconferencia, indicando que es potencialmente capaz de reducir los costes económicos por los desplazamientos de los usuarios y terapeutas, aunque reconoce las limitaciones existentes en la investigación (Simpson, 2009). Algunos factores, como mayores dificultades para el establecimiento de una adecuada

alianza terapéutica o la dificultad para implementar las técnicas, diseñadas para su implementación en terapia presencial (Conolly *et al.*, 2020; Norwood *et al.*, 2018), podrían contribuir al aumento de la duración de los tratamientos por videoconferencia. Son preguntas todavía por resolver.

Ante este panorama de cuestiones todavía inconclusas, planteamos un estudio que analice las diferencias en estos indicadores clínicos entre la terapia psicológica realizada en formato presencial y por videoconferencia. Nos planteamos este estudio a la vista de los datos que tenemos en la clínica universitaria del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (CPA-UAM). Los objetivos, por tanto, de este trabajo son: (1) conocer las diferencias en los indicadores clínicos de éxito terapéutico, adherencia al tratamiento y eficiencia entre terapia presencial y terapia *online* por videoconferencia; (2) explorar las características de las sesiones de terapia de ambas modalidades en la clínica universitaria; (3) guiar la generación de hipótesis sobre procesos que puedan explicar las diferencias entre las dos modalidades de terapia, permitiendo el planteamiento de futuros estudios. Las hipótesis del estudio son:

1. Éxito terapéutico: teniendo en cuenta datos pre-postratamiento en diferentes cuestionarios (depresión, ansiedad, síntomas psicopatológicos generales y calidad de vida) y el porcentaje de objetivos terapéuticos cumplidos, atendiendo a las crecientes evidencias de éxito de la terapia *online* con las que contamos actualmente:
  - a. No habrá diferencias en el éxito terapéutico entre terapia presencial y terapia *online* por videoconferencia. No esperamos encontrar mejores cambios pre-postratamiento, ni diferencias en el porcentaje de objetivos terapéuticos cumplidos en terapia presencial frente a terapia *online*.
  - b. Los tratamientos serán exitosos en ambas modalidades. Se espera que haya una mejora significativa en los datos de los cuestionarios después del tratamiento en comparación con las medidas pretratamiento.
2. La adherencia al tratamiento será mayor en terapia presencial que en terapia *online* por videoconferencia. Esperamos encontrar menor número de abandonos, mayor cumplimiento de las tareas y mayor asistencia a las sesiones en terapia presencial, atendiendo a la preocupación mostrada en la investigación por la adherencia en terapia *online*.
3. Eficiencia del tratamiento:
  - a. La eficiencia del tratamiento será mayor en terapia *online* por videoconferencia que en terapia presencial en las sesiones de evaluación. Esperamos encontrar un menor número de sesiones de evaluación en terapia *online*, atendiendo a resultados de investigación que indican que se podría dedicar menos tiempo a generar alianza terapéutica.
  - b. La eficiencia del tratamiento será mayor en terapia presencial que en terapia *online* por videoconferencia en las sesiones de tratamiento y en la terapia completa. Esperamos encontrar un menor número de sesiones, tanto en la fase de tratamiento, como en la terapia completa en terapia presencial, atendiendo a resultados de investigación que indican que la

dificultad de implementación de las técnicas, así como una más pobre alianza terapéutica en terapia *online*, podrían entorpecer el tratamiento.

## Método

### Participantes

Contamos con una muestra de 174 casos procedentes de la clínica universitaria de Psicología del CPA-UAM, cuyos tratamientos tuvieron lugar entre 2019 y 2022. La muestra se compuso por participantes adultos de entre 18 y 62 años, con 24,94 años de media ( $DT= 8,933$ ), los cuales pertenecieron a la modalidad presencial ( $n= 87$ ;  $M= 25,51$ ;  $DT= 9,612$ ) y a la modalidad *online* ( $n= 87$ ;  $M= 24,37$ ;  $DT= 8,214$ ). No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos,  $t(172)= -0,839$ ;  $p= 0,402$ , ayudando a la comparabilidad entre ellos. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de terapia *online* y presencial en ninguna de las variables sociodemográficas, ayudando a garantizar que ambos grupos son comparables. En la tabla 1 se presentan algunos datos sociodemográficos de los participantes.

**Tabla 1**  
Datos sociodemográficos de los participantes

Variable sociodemográfica	Terapia <i>online</i>		Terapia presencial		Sig. de las diferencias
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Sexo					
Mujer	59	67,82	59	67,82	$\chi^2(1)= 0$ ; $p= 1$
Hombre	28	32,18	28	32,18	
Nacionalidad					
Española	82	94,25	81	93,10	$\chi^2(1)= 0,097$ ; $p= 0,755$
Otras	5	5,75	6	6,90	
Estado civil					
Soltero	44	50,57	49	56,32	$\chi^2(1)= 0,577$ ; $p= 0,447$
En pareja o casado	43	49,43	38	43,68	
Nivel educativo					
Primaria o secundaria	7	8,04	7	8,04	$\chi^2(3)= 0,713$ ; $p= 0,870$
Bachillerato	56	64,37	51	58,62	
Estudios universitarios	16	18,39	19	21,84	
Posgrado/doctorado	8	9,20	10	11,50	
Ocupación					
Estudiante	75	87,21	66	75,86	$\chi^2(1)= 3,029$ ; $p= 0,082$
Trabajando	12	12,79	21	24,14	

Contamos con la participación de 25 terapeutas, 21 mujeres y cuatro hombres, que trabajan desde una orientación cognitivo-conductual. Durante esta etapa, en el centro se llevaba a cabo un programa de residencia de cuatro años para la formación de terapeutas egresados del Máster en Psicología General Sanitaria (MPGS), en el que entre cuatro y seis terapeutas accedían al primer año

de residencia (R1) y dos de ellos continuaban como residentes de segundo (R2), tercero (R3) y cuarto año (R4). Forman parte del equipo también terapeutas expertos (profesores asociados y la directora de la clínica), los cuales además de sus labores como terapeutas, se encargan de la formación y supervisión de terapeutas más inexpertos. Los terapeutas R1 reciben ocho horas semanales de supervisión coordinadas por los R2, con participaciones de profesores universitarios y terapeutas con más experiencia. Los terapeutas R2, R3 y R4 reciben supervisiones más espaciadas por parte de la directora de la clínica. Las problemáticas tratadas en el centro son variadas. De nuevo, no se encontraron diferencias significativas entre las modalidades de terapia en estas variables, aportando una garantía de que los grupos son comparables. En la tabla 2 se ofrecen datos descriptivos de las problemáticas de los casos y de la experiencia de los terapeutas que les trataron.

**Tabla 2**

Datos descriptivos de problemáticas de los casos y experiencia de los terapeutas

Variable	Terapia <i>online</i>		Terapia presencial		Sig. de las diferencias
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Diagnóstico (DSM-5)					
Trastornos de ansiedad	33	37,93	33	37,93	$\chi^2(3)= 0,733$ ; $p= 0,865$
Trastornos depresivos	18	20,69	22	25,29	
Relacionados con trauma	10	11,49	10	11,49	
Otros	26	29,89	22	25,29	
Experiencia de los terapeutas					
Inexpertos	69	79,31	74	85,06	$\chi^2(1)= 0,981$ ; $p= 0,322$
Expertos	18	20,69	13	14,94	

Cada uno de los participantes fue tratado por un solo terapeuta en terapia individual. Se trata de casos finalizados en el momento de la recogida de muestra y correspondieron a tres modalidades de terapia: (1) terapia presencial, en la que más de un 75% de las sesiones se produjeron de manera presencial; (2) terapia *online*, en la que más de un 75% de las sesiones se produjeron de manera *online* ( $n= 43$ , porcentaje medio de sesiones *online*= 81,22); y (3) terapia combinada, en la que había entre un 25% y un 75% de sesiones presenciales y *online* ( $n= 40$ , porcentaje medio de sesiones *online*= 60,67). Los tratamientos *online* tuvieron lugar en el centro a partir de marzo de 2020, a causa de la pandemia y, por esta razón, solo se tuvieron en cuenta los casos de terapia presencial y *online* que recibieron tratamiento a partir del curso 2019-2020, para igualar los grupos y eliminar la posible variable extraña de haber recibido tratamiento durante la pandemia. Dado que contábamos con un número sensiblemente mayor de datos de tratamientos en modalidad presencial en comparación con los otros dos tipos de terapia, fueron seleccionados al azar los casos de esta primera modalidad para que los tamaños muestrales fuesen similares.

## Instrumentos

### VALORACIÓN DEL ÉXITO TERAPÉUTICO

- a) "Inventario de depresión de Beck-II" (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck et al., 1996) en su adaptación al español (Sanz et al., 2005). Se trata de un instrumento de 21 ítems que evalúa la depresión atendiendo a los criterios del manual diagnóstico DSM-IV y a sus componentes tanto somáticos como cognitivos y emocionales. En su adaptación al español, el instrumento obtuvo unas puntuaciones de fiabilidad adecuadas (alfa de Cronbach de entre 0,87 y 0,91).
- b) "Inventario de ansiedad estado-rasgo" (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberger et al., 1970), versión en español de Buela-Casal et al. (2011). El STAI es una medida de ansiedad que se compone de dos escalas, cada una con 20 ítems, que evalúan ansiedad estado (en el momento en el que la persona rellena el instrumento) y ansiedad rasgo (en general), respectivamente. La adaptación al español de este instrumento obtuvo adecuados índices de fiabilidad (alfa de Cronbach de entre 0,82 y 0,95).
- c) "Inventario de 90 síntomas revisado" (*Symptom Checklist 90 Revised*, SCL-90-R; Derogatis et al., 1976), versión en español (González de Rivera et al., 1989). El SCL-90-R es una medida de sintomatología psicopatológica general. Se trata de un instrumento de 90 ítems compuesto por nueve escalas primarias de síntomas psicológicos (Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico (Índice global de gravedad, Índice positivo de malestar y Total de síntomas psicológicos). Los índices de fiabilidad obtenidos por las nueve escalas primarias fueron adecuados (alfa de Cronbach de entre 0,69 y 0,85).
- d) *Evaluación de la calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud* en su versión abreviada (*World Health Organisation's Quality of Life Assessment*, WHOQoL-BREF; OMS, 1998). Se trata de un instrumento de 26 ítems que incluye cuatro escalas: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente. La versión en español obtuvo adecuados índices de fiabilidad en las cuatro escalas (alfa de Cronbach de entre 0,72 y 0,79).

### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

- e) *Cumplimiento de las tareas de terapia*. A lo largo de los tratamientos, los clientes no solo trabajan en las sesiones de terapia, sino que deben poner en marcha los aprendizajes adquiridos en su vida cotidiana para lograr así una generalización. Los terapeutas de la clínica indican, en la base de datos, en qué grado cada cliente se ha comprometido con la realización de las tareas: (1) no hizo ninguna tarea; (2) intentó alguna tarea; (3) hizo una parte de las tareas; (4) hizo todas las tareas; (5) hizo más tareas de las pedidas. El cumplimiento de tareas ya ha sido utilizado en anteriores estudios como

- medida de adherencia al tratamiento (Christensen *et al.*, 2009; Marchena-Giráldez *et al.*, 2023).
- f) *Abandonos*. Esta es una variable ya estudiada en la literatura como medida de adherencia al tratamiento (Eysenbach, 2005; Thomas *et al.*, 2021). Los terapeutas, al finalizar cada caso, indican cuál ha sido el motivo de su finalización: (1) alta, si el terapeuta considera que se han cumplido de manera razonable los objetivos y decide que el cliente no necesita seguir acudiendo a terapia; (2) abandono, si el cliente decide finalizar el tratamiento a pesar de no haber cumplido los objetivos de manera razonable; (3) derivación, cuando el cliente abandona la clínica sin haber cumplido de manera razonable los objetivos y continúa el tratamiento en otro centro.
  - g) *Asistencia a las sesiones de terapia*. Variable operativizada como porcentaje del total de sesiones a las que cada cliente asiste. Se calcula un porcentaje teniendo en cuenta las sesiones de tratamiento totales y las sesiones a las que el cliente falta sin avisar de manera anticipada (por protocolo, se establece que los clientes deben avisar con mínimo 24 horas de antelación si no van a acudir a terapia).

#### EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO

La eficiencia del tratamiento se operativizó como el número de sesiones que duran las fases de evaluación, tratamiento y la terapia completa. No consideramos operativizar esta variable en términos económicos, como sí se hace en la literatura, puesto que las tarifas de la clínica varían de unos clientes a otros y esto podría arrojar resultados confusos. La separación de las sesiones de evaluación, por un lado, y las sesiones de tratamiento, por el otro, atienden a datos de investigación que indican que por las características de cada una de las modalidades de terapia en cuanto al establecimiento de alianza terapéutica y la dificultad de implementación de las técnicas, podrían encontrarse diferencias en eficiencia (Conolly *et al.*, 2020; Norwood *et al.*, 2018).

#### *Procedimiento*

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS TRATAMIENTOS APLICADOS

Los tratamientos en la clínica comprenden sesiones semanales de 50 minutos de duración. Los clientes acuden primero a una sesión de pre-evaluación, en la que los coordinadores de la clínica (R2) hacen una entrevista de 20 minutos de duración para conseguir una breve descripción de sus problemáticas y, de esta manera, asignarles un terapeuta más acorde a sus características. Los tratamientos habitualmente comienzan con una fase de evaluación, en la que el terapeuta recaba toda la información necesaria para entender la problemática del cliente y elaborar el análisis funcional. El terapeuta posteriormente explica el análisis funcional al cliente y consensua con él una serie de objetivos a conseguir con la terapia. Empieza en este punto la fase de tratamiento, en la que se implementan una serie de técnicas para aproximarse al cumplimiento de los objetivos



consensuados. Una vez el terapeuta valora que se han cumplido razonablemente los objetivos de terapia, se pasa a la fase de seguimiento, en la que las sesiones dejan de ser semanales y se van espaciando cada vez más en el tiempo. El objetivo de esta última fase es comprobar de que los cambios comportamentales conseguidos con la terapia se mantienen.

#### RECOGIDA DE LA MUESTRA

El BDI-II, STAI, SCL-90-R y WHOQoL-BREF que evalúan diferentes aspectos relacionados con la salud psicológica de las personas, como son la depresión, la ansiedad, la sintomatología psicopatológica general y la calidad de vida son rellenados por los clientes al inicio y al final del tratamiento. Los cuestionarios son entregados por los coordinadores de la clínica (R2) en la sesión de pre-evaluación para que los clientes los rellenen y se los entreguen a sus terapeutas en la primera sesión de terapia. Cuando los terapeutas prevén que se va a acabar la terapia, vuelven a pautar que los clientes rellenen los mismos cuestionarios y los entreguen en la última sesión de la terapia. En cuanto al registro de los objetivos cumplidos al final de la terapia, los terapeutas, tras la devolución del análisis funcional, introducen en la base de datos el número total de objetivos consensuados con el cliente. Posteriormente, al término de la terapia, los terapeutas introducen en la base de datos el número final de objetivos cumplidos.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, al finalizar la terapia los terapeutas valoran el cumplimiento de las tareas según fue descrito en el anterior apartado, y si el caso ha acabado en alta o en abandono, en función del cumplimiento de los objetivos terapéuticos o, en su caso, en derivación. En cuanto a la asistencia, los terapeutas introducen en la base de datos el número de sesiones totales de tratamiento y el número de sesiones a las que los clientes no acuden, dato que se fue registrando sesión a sesión. El número de sesiones de tratamiento, medida de eficiencia de tratamiento, también es registrado por los terapeutas al finalizar los tratamientos, apuntando el número de sesiones de cada fase de la terapia (evaluación, tratamiento y seguimiento) y el número de sesiones totales; de nuevo, se contaba con datos precisos registrados en cada sesión.

Toda la información anterior es registrada por los terapeutas en la base de datos de la clínica. Cada terapeuta rellena su propia base de datos con sus casos y se la envía al encargado de la base de datos, el cual comprueba que lo que se ha rellenado es correcto y lo integra junto con los datos del resto de terapeutas.

Todos los participantes firmaron consentimientos informados que autorizaban la utilización de sus datos para labores de investigación y de docencia, en cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD). Esta investigación en concreto cuenta con el visto bueno del comité de ética en la investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

### *Análisis de datos*

Se tuvieron en cuenta las diferencias entre las puntuaciones antes y después del tratamiento en el caso de depresión, ansiedad y sintomatología psicopatológica general, y las diferencias entre después y antes del tratamiento en calidad de vida, pues es esperable que por efecto del tratamiento se produzcan disminuciones en las puntuaciones de los constructos psicopatológicos y aumentos en las de calidad de vida. Asimismo, como medida de éxito terapéutico, se utilizó el porcentaje de objetivos terapéuticos alcanzados al final del tratamiento en comparación con los objetivos consensuados entre el cliente y el terapeuta tras la devolución del análisis funcional: el porcentaje de objetivos alcanzados se calculó dividiendo el número de objetivos cumplidos en la terapia entre el número total de objetivos consensuados. El resto de medidas de adherencia y eficiencia fueron informadas por cada uno de los terapeutas.

Se proponen diseños transversales no manipulativos, puesto que se trata de datos ya recogidos, en ausencia de control experimental, en los que se aplica un contraste estadístico para su descripción (Botella y Caperos, 2019). Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 23.0 para el análisis de datos. Para los contrastes de éxito terapéutico, se utilizó la prueba ANOVA de dos factores con medidas repetidas en uno de ellos en el caso de datos pre-pos de cuestionarios, al tratarse de datos cuantitativos, separados en dos modalidades de terapia y dos momentos temporales; y la prueba *t* para muestras independientes en el caso del porcentaje de objetivos cumplidos en terapia, por tratarse de una variable cuantitativa separada en dos grupos de terapia. Para los contrastes de adherencia al tratamiento, se utilizó la prueba ji-cuadrado de independencia en el caso del cumplimiento de las tareas y los abandonos, al ser variables categóricas en ambos casos separadas en dos grupos de terapia, y la prueba *t* para muestras independientes para la asistencia a terapia, al ser una variable cuantitativa separada en dos grupos de terapia. Para los contrastes de eficiencia, se utilizó la prueba *t* para muestras independientes, de nuevo por tratarse de variables cuantitativas separadas en dos modalidades de terapia.

## **Resultados**

En todos los contrastes se tomó la decisión de agrupar los casos que recibieron terapia *online* y combinada en un solo grupo (denominado *online*). Se tomó esta decisión para favorecer la comparación con terapia presencial, al contar con un número mayor de casos en esta modalidad en comparación con las otras dos modalidades.

### *Éxito terapéutico*

Para el contraste de los datos procedentes de cuestionarios contamos con 76 participantes: 38 en terapia presencial y 38 en terapia *online* por videoconferencia. No contamos con la muestra completa (174 participantes) debido a las características de la clínica: al ser una clínica de formación, existe una rotación de

terapeutas; los clientes muchas veces deciden continuar los tratamientos con sus terapeutas fuera de la clínica, por lo que se pierden algunos datos de cuestionarios postratamiento. Se seleccionaron al azar los 38 participantes en terapia presencial que se usaron para el contraste por contar con un número mayor de casos de esta modalidad y favorecer la comparación. En la tabla 3 se ofrecen los estadísticos descriptivos de todos los contrastes, además de la comprobación de que no hay diferencias entre las modalidades en los valores pretratamiento.

Dado el elevado número de contrastes realizado (20), se calculó el nivel de significación utilizando la corrección de Bonferroni para evitar la comisión de errores de tipo I (Botella y Caperos, 2019). Se estableció el nivel de significación en  $\alpha = 0,0025$ . En todos los contrastes (depresión, ansiedad, sintomatología psicopatológica general y calidad de vida) se encontraron diferencias significativas en el efecto principal del tiempo (antes y después del tratamiento), con tamaños del efecto, en todos los casos, grandes (Cohen, 1988). Esto indica que, en promedio, las puntuaciones en los cuestionarios en las dos modalidades (presencial y *online*) fueron más terapéuticamente deseables (mayores puntuaciones en las escalas de calidad de vida y menores puntuaciones en el resto de escalas) después del tratamiento que antes, de acuerdo con la hipótesis planteada. No se encontraron diferencias significativas en los efectos principales de la modalidad de terapia (presencial u *online*), lo que indica que, promediando las puntuaciones en las escalas antes y después del tratamiento, no hay diferencias entre las modalidades. No se encontraron, a su vez, efectos de la interacción significativos entre la puntuación en las escalas antes y después del tratamiento y la modalidad de terapia. Esto indica que recibir terapia en una de las dos modalidades no está asociado con mayores mejoras en los indicadores de éxito terapéutico en comparación con la otra modalidad de tratamiento. Estos resultados, de nuevo, están de acuerdo con la hipótesis planteada. En la tabla 4 se muestran los datos de los contrastes de los efectos principales y del efecto de la interacción en todas las escalas.

En cuanto al porcentaje de objetivos cumplidos en la terapia, haciendo uso ya de la muestra al completo, se encontró un mayor porcentaje de objetivos cumplidos al final de la terapia en la modalidad *online* ( $M = 72,52\%$ ) en comparación con la modalidad presencial ( $M = 61,25\%$ ),  $t(172) = 2,106$ ,  $p = 0,04$ ,  $d = 0,32$ , al contrario de lo que hipotizábamos y con tamaño del efecto pequeño por estar entre 0,20 y 0,50 (Cohen, 1988).

### *Adherencia al tratamiento*

En el contraste sobre el cumplimiento de las tareas entre las modalidades de terapia, se agruparon las categorías de cumplimiento de tareas en (1) cumplimiento (hizo más tareas de las pedidas, hizo todas las tareas) e (2) incumplimiento (hizo parte de las tareas, intentó alguna tarea no hizo ninguna tarea), para que se cumpliesen los supuestos del contraste estadístico utilizado. No se encontraron diferencias

**Tabla 3**  
Estadísticos descriptivos contrastes de éxito terapéutico y contrastes de las diferencias pretratamiento

Variable (instrumento)	M (DT) pretratamiento		M (DT) postratamiento		Diferencias pretratamiento
	Presencial	Online	Presencial	Online	
Depresión (BDI-II)	21,47 (10,72)	21,45 (9,37)	5,61 (6,05)	6,16 (6,02)	t(74)=-0,011 (p=0,991)
Ansiedad Rasgo (STAI-R)	32,79 (11,00)	35,74 (8,44)	17,37 (10,38)	18,87 (11,35)	t(74)=1,310 (p=0,194)
Ansiedad Estado (STAI-E)	29,55 (12,14)	33,11 (9,80)	13,37 (9,41)	15,53 (10,28)	t(74)=1,403 (p=0,165)
Sintomatología psicopatológica general (SCL-90-R)					
Somatizaciones	0,90 (0,81)	1,09 (0,83)	0,43 (0,60)	0,52 (0,63)	t(74)=0,985 (p=0,328)
Obsesiones y compulsiones	1,48 (0,85)	1,77 (0,78)	0,61 (0,56)	0,89 (0,72)	t(74)=1,555 (p=0,124)
Sensitividad interpersonal	1,21 (0,77)	1,40 (0,75)	0,49 (0,56)	0,67 (0,63)	t(74)=1,080 (p=0,284)
Depresión	1,52 (0,84)	1,80 (0,78)	0,57 (0,60)	0,78 (0,68)	t(74)=1,508 (p=0,136)
Ansiedad	0,96 (0,75)	1,28 (0,70)	0,39 (0,51)	0,55 (0,61)	t(74)=1,893 (p=0,062)
Hostilidad	0,62 (0,57)	0,87 (0,74)	0,22 (0,25)	0,30 (0,27)	t(74)=1,677 (p=0,098)
Ansiedad fóbica	0,44 (0,53)	0,52 (0,55)	0,21 (0,35)	0,26 (0,40)	t(74)=0,643 (p=0,522)
Ideación paranoide	0,86 (0,51)	0,87 (0,76)	0,43 (0,52)	0,41 (0,45)	t(74)=0,064 (p=0,949)
Psicoticismo	0,73 (0,58)	0,82 (0,55)	0,23 (0,28)	0,28 (0,30)	t(74)=0,672 (p=0,504)
Índice global de gravedad	1,03 (0,57)	1,23 (0,52)	0,43 (0,43)	0,56 (0,46)	t(74)=1,643 (p=0,105)
Índice positivo de malestar	45,60 (17,12)	51,47 (15,76)	24,92 (18,54)	30,34 (19,80)	t(74)=1,555 (p=0,124)
Total síntomas positivos	1,92 (0,46)	2,06 (0,46)	1,34 (0,37)	1,44 (0,40)	t(74)=1,297 (p=0,199)
Calidad de vida (WHOQOL-BREF)					
Física	98,53 (17,85)	94,11 (17,95)	113,26 (15,28)	111,45 (18,10)	t(74)=-1,076 (p=0,285)
Psicológica	68,63 (17,61)	64,53 (13,70)	89,16 (18,01)	83,79 (18,10)	t(74)=-1,134 (p=0,260)
Relaciones sociales	38,10 (10,12)	38,10 (9,65)	46,32 (9,60)	45,58 (10,42)	t(74)=0 (p=1)
Ajuste al entorno	113,16 (18,94)	110,42 (18,21)	124,84 (20,31)	125,76 (19,27)	t(74)=-0,642 (p=0,523)
Global	79,60 (0,57)	76,79 (11,81)	93,47 (12,91)	91,10 (14,82)	t(74)=-1,013 (p=0,314)

**Tabla 4**  
Resultados de los contrastes de éxito terapéutico con los factores tiempo (antes y después del tratamiento) y modalidad (presencial y online)

Variable (instrumento)	g/	Efecto principal tiempo		Efecto principal modalidad		Efecto de la interacción		
		F	$\eta^2_p$	F	$\eta^2_p$	F	$\eta^2_p$	
Depresión (BDI-II)	1, 75	216,244*	0,745	0,028	< 0,001	0,075	0,001	
Ansiedad Rasgo (STAI-R)	1, 75	186,940*	0,716	1,164	0,015	0,376	0,005	
Ansiedad Estado (STAI-E)		138,517*	0,652	2,202	0,029	0,236	0,003	
Sintomatología psicopatológica general (SCL-90-R)								
Somatizaciones	1, 75	50,679*	0,406	0,851	0,011	0,417	0,006	
Obsesiones y compulsiones		117,414*	0,613	3,656	0,047	0,008	< 0,001	
Sensitividad interpersonal		87,929*	0,543	1,867	0,025	0,001	< 0,001	
Depresión		141,171*	0,656	2,855	0,037	0,160	0,002	
Ansiedad		67,858*	0,478	3,541	0,045	1,001	0,013	
Hostilidad		49,177*	0,399	3,155	0,041	1,699	0,022	
Ansiedad fóbica		16,829*	0,185	0,524	0,007	0,069	0,001	
Ideación paranoide		38,684*	0,343	0,006	< 0,001	0,066	0,001	
Psicoticismo		97,669*	0,569	0,278	0,005	0,121	0,002	
Índice global de gravedad		150,694*	0,671	2,749	0,036	0,519	0,007	
Índice positivo de malestar		130,711*	0,639	2,367	0,031	0,015	< 0,001	
Total de síntomas positivos		161,411*	0,687	1,947	0,026	0,135	0,002	
Calidad de vida (WHOQoL-BREF)								
Física		1, 75	84,533*	0,533	0,761	0,010	0,558	0,007
Psicológica	112,463*		0,623	1,886	0,025	0,123	0,002	
Relaciones sociales	59,024*		0,444	0,032	< 0,001	0,130	0,002	
Ajuste al entorno	45,919*		0,383	0,953	0,002	0,841	0,001	
Global	116,381*		0,611	0,928	0,012	0,029	< 0,001	

Nota: \* $p < 0,001$ .

significativas en el cumplimiento de tareas entre las modalidades de terapia,  $\chi^2(1)=2,506$ ;  $p=0,113$ ;  $\phi=0,120$ . En el contraste sobre la asistencia a terapia entre las modalidades de terapia, de nuevo no se encontró una diferencia significativa entre las modalidades de terapia,  $t(172)=0,908$ ;  $p=0,365$ ;  $d=0,138$ . Para el contraste de la proporción de abandonos entre las modalidades de terapia, se seleccionaron aquellos casos que no fueron derivaciones por considerar que estos últimos no aportaban información sobre la adherencia al tratamiento. Se tuvieron en cuenta, por tanto, aquellos casos que acabaron en alta o en abandono, contando finalmente con 132 participantes, 66 en cada una de las modalidades. No se encontraron diferencias significativas en la proporción de abandonos entre las modalidades de terapia,  $\chi^2(1)=2,060$ ;  $p=0,151$ ;  $\phi=0,125$ . Estos resultados no se corresponden con las hipótesis planteadas, pues se esperaban encontrar peores datos de adherencia al tratamiento en terapia *online*.

### *Eficiencia del tratamiento*

En el contraste del número de sesiones de evaluación entre las modalidades de terapia, no se encontraron diferencias significativas,  $t(172)=-0,258$ ;  $p=0,797$ ;  $d=-0,043$ . En el contraste del número de sesiones en la fase de tratamiento se encontró un número significativamente menor de sesiones en la modalidad presencial,  $t(172)=-2,607$ ;  $p=0,01$ ;  $d=0,396$ , tal como predecía la hipótesis planteada, con un tamaño del efecto pequeño, habiendo en promedio 19,00 sesiones en la modalidad *online* frente a las 14,51 de la modalidad presencial. Para el contraste del número de sesiones totales de terapia, de nuevo se encontraron diferencias significativas en el sentido predicho por la hipótesis,  $t(172)=2,417$ ;  $p=0,017$ ;  $d=0,367$ . De nuevo, el número de sesiones en promedio fue mayor en la modalidad *online* (23,75) que en la modalidad presencial (19,08), con un tamaño del efecto pequeño. Se discutirán estos resultados en el apartado siguiente.

## **Discusión**

En este estudio se ha encontrado que tanto la modalidad presencial como la modalidad *online* por videoconferencia permiten alcanzar resultados exitosos en el tratamiento. En general, no se han encontrado evidencias de que la modalidad de terapia esté asociada ni con el éxito, ni con la adherencia al tratamiento. Sí se ha encontrado que la terapia presencial es más eficiente en la fase de tratamiento y en la terapia tomada al completo, resultado no replicado en la fase de evaluación. Los anteriores resultados se discutirán pormenorizadamente a continuación.

Las hipótesis sobre éxito terapéutico predecían que no se iban a encontrar diferencias en el sentido terapéuticamente deseable (aumento en la calidad de vida, disminución de depresión, ansiedad y síntomas psicopatológicos generales) en el cambio pre-postratamiento entre las modalidades de terapia, además de no encontrar diferencias en el porcentaje de objetivos terapéuticos cumplidos. Atendiendo a los resultados del análisis de los cuestionarios, no se encontraron estas diferencias en ninguna escala, por lo que no hay evidencias de que la modalidad presencial de terapia se asocie con un mayor éxito terapéutico. A esto

se suma que el efecto principal del factor tiempo (diferencias antes y después de la terapia) fue significativo en todos los casos con tamaños del efecto grandes, por lo que, tomando ambas modalidades de terapia en conjunto, sí parecen estar asociadas a la mejoría terapéutica. Por su parte, el porcentaje de objetivos cumplidos, al contrario de la hipótesis formulada, fue mayor en la modalidad *online* que en la presencial. Este último resultado, en conjunto con los anteriores, continúa en la línea de la literatura científica, indicando que la terapia *online* por videoconferencia es exitosa, al menos al nivel de la terapia presencial, llegando a encontrar, en algunas ocasiones, resultados superiores (Berryhill, Culmer, *et al.*, 2018; Berryhill, Halli-Tierney, *et al.*, 2018; Matsumoto *et al.*, 2021; McClellan *et al.*, 2022; Rees y Maclaine, 2015).

En cuanto a la adherencia al tratamiento, la literatura científica tradicionalmente la ha apuntado como una limitación de las terapias en modalidad *online* en todas sus formas, no exclusivamente por videoconferencia (Ritterband *et al.*, 2006). Sin embargo, pese a contar con un reducido número de estudios por el momento, la terapia *online* por videoconferencia no parece diferenciarse en adherencia al tratamiento en comparación con la modalidad presencial (Thomas *et al.*, 2021). En el presente estudio no se han encontrado diferencias significativas entre las modalidades de terapia en adherencia al tratamiento, operativizada como abandonos, cumplimiento de tareas y asistencia a las sesiones de terapia. Estos resultados van en el mismo sentido que la escasa literatura que hay, por el momento, sobre adherencia al tratamiento en terapia *online* por videoconferencia. En este estudio hipotetizábamos que podríamos encontrar una mayor adherencia al tratamiento en terapia presencial, debido a la tradicional limitación de la terapia *online* en general y el bajo volumen de estudios de terapia por videoconferencia que hay en la actualidad. Estos resultados pueden servir como motor para continuar la investigación sobre adherencia al tratamiento en terapia *online* por videoconferencia.

En cuanto a la eficiencia del tratamiento, la literatura científica no ha estudiado este fenómeno operativizado como duración del tratamiento, solo habiendo encontrado estudios que lo hacen en términos de costes-beneficios económicos (Mitchell *et al.*, 2021; Paganini *et al.*, 2017; Simpson, 2009). Debido a algunas preocupaciones que saltan en la literatura científica sobre la implementación de una adecuada alianza terapéutica y las dificultades de implementación de los tratamientos en terapia *online*, hipotetizábamos que, durante la fase de evaluación, la eficiencia sería mayor en la modalidad *online*, puesto que los terapeutas podrían dedicar un menor tiempo a establecer una adecuada alianza terapéutica. Los resultados de este estudio apoyan que existe una mayor eficiencia, tanto en la fase de tratamiento, como en la terapia al completo en la modalidad presencial, no encontrando diferencias entre las modalidades en la fase de evaluación, pero no se analiza el motivo por el que esto puede estar pasando. En futuros estudios, ya planeados por nuestro equipo de investigación, se analizará la relación terapéutica mediante el análisis de las interacciones verbales entre terapeutas y clientes, tratando de dilucidar si la mayor eficiencia en modalidad presencial puede deberse a no haber establecido una adecuada relación terapéutica. Otra razón por la que esto puede estar pasando es

porque las técnicas de intervención estén más adaptadas a la modalidad presencial. Será necesario seguir analizando este fenómeno en futuras aproximaciones para tratar de ofrecer las adaptaciones necesarias en los tratamientos para que estos funcionen de manera más óptima en ambas modalidades de terapia.

Este trabajo cuenta con algunas limitaciones. En primer lugar, mencionar que no existió asignación aleatoria de los participantes a los grupos de terapia *online* y presencial. Se ha de mencionar también el reducido tamaño muestral con el que contamos para determinados contrastes, en gran medida propiciado por el reducido número de casos en terapia *online* o combinada. Relacionado con esta limitación se encuentra el hecho de tener que haber unificado en un mismo grupo a los participantes de estas dos modalidades para, de esta forma, favorecer la comparación con la terapia presencial. Recibir terapia en estas dos modalidades distintas (*online* y combinada) podría tener repercusiones, por ejemplo, en la forja de una adecuada alianza terapéutica (Calero y Shih, 2016), hecho que pudiera variar los resultados en los indicadores clínicos estudiados, efectos que, en este estudio, podrían haber quedado enmascarados. En futuras aproximaciones será necesario reunir a una muestra mayor de participantes que reciban terapia en las modalidades *online* y combinada, para que estas sean comparables, por separado, con la modalidad presencial. Otra limitación del estudio tiene que ver con las características de la clínica universitaria del CPA-UAM, centro de formación de psicólogos recién egresados del MPGS que, tras completar su formación, abandonan el centro (y, con ellos, en algunas ocasiones, también lo hacen los clientes que tratan). Algunos casos con los que contamos, por lo tanto, no han finalizado su tratamiento al dejar la clínica y, por tanto, no contamos con sus datos completos: por esta razón han tenido que utilizarse tamaños muestrales distintos para algunos contrastes y, en algunos casos, su reducido tamaño puede llegar a suponer una limitación. Otra limitación de este estudio es la formulación de hipótesis esperando no encontrar diferencias significativas: el procedimiento adecuado sería haber realizado contrastes de equivalencia que permitieran afirmar que los grupos a comparar (modalidad presencial y *online*) son equivalentes en los indicadores clínicos. Estos contrastes requieren muestras de gran tamaño que, en ocasiones, es difícil reunir con datos clínicos (Botella y Caperos, 2019), por lo que no ha sido posible realizarlos en este estudio.

Las líneas de investigación futuras, ya planeadas para realizar en nuestro equipo de investigación, pasarán por el análisis de la interacción verbal entre terapeutas y clientes para intentar arrojar algo de luz sobre los mecanismos de cambio que podrían estar detrás de las diferencias o similitudes en los indicadores clínicos encontrados en este estudio. En este sentido, se hará uso de metodología observacional para el análisis de la relación terapéutica, fenómeno que, hipotetizamos, podría estar detrás de las diferencias en los indicadores clínicos estudiados. Por otro lado, en nuestro equipo de investigación también estamos explorando un indicador clínico innovador: el ritmo de cambio terapéutico. Este estudio nos permitirá clarificar la afirmación “el cambio en terapia no es lineal” y, el conocer en qué momentos de la terapia los clientes cambian más rápido y más



lento, tanto en terapia presencial como *online*, permitirá introducir mejoras que optimicen las intervenciones.

En conclusión, en este estudio se ha profundizado en el estudio de los indicadores clínicos en terapia presencial y en terapia *online* por videoconferencia: se ha seguido aportando evidencia para fenómenos ya ampliamente estudiados, como el éxito terapéutico, y también para indicadores todavía poco estudiados, como la adherencia al tratamiento y la eficiencia. La terapia *online* por videoconferencia parece otra alternativa útil para la intervención psicológica, aunque todavía queden por conocerse los procesos que podrían marcar la diferencia con la terapia presencial. Los resultados e hipótesis lanzadas en este estudio serán de utilidad para plantear nuevas preguntas de investigación en futuros estudios.

## Referencias

- Asociación Americana de Psicología (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68, 791-800. doi: 10.1037/a0035001
- Ballegooijen, W., Cuijpers, P., Straten, A., Karyotaki, E., Andersson, G., Smith, J. H. y Riper, H. (2014). Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *PLoS One*, 9, e100674. doi: 10.1371/journal.pone.0100674
- Banbury, A., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L. y Parkinson, L. (2018). Telehealth interventions delivering home-based support group videoconferencing: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20, e25. doi: 10.2196/jmir.8090
- Barak, A., Klein, B. y Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38, 4-17. doi: 10.1007/s12160-009-9130-7
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Inventario de depresión de Beck* (2ª ed.). Pearson Clinical & Talent Assessment.
- Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A. D., Betancourt, A., Roberts, H. y King, M. (2018). Videoconferencing psychotherapy and depression: a systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 25, 1-12. doi: 10.1089/tmj.2018.0058
- Berryhill, M. B., Halli-Tierney, A.D., Culmer, N., Williams, N., Betancourt, A., King, M. y Ruggles, H. (2018). Videoconferencing psychological therapy and anxiety: a systematic review. *Family Practice*, 36, 53-63. doi: 10.1093/fampra/cmz072
- Botella, J. y Caperos, J. M. (2019). *Metodología de investigación en psicología general sanitaria*. Síntesis.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, N. (2011). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: adaptación española*. TEA.
- Calero, A. y Shih, P. C. (2016). Terapia psicológica a través de Internet. En M. Márquez-González (dir.), *Tendencias actuales en intervención psicológica* (pp. 229- 256). Síntesis.
- Christensen, H., Griffiths, K. M. y Farrer, L. (2009). Adherence in Internet interventions for anxiety and depression: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 11, e13. doi: 10.2196/jmir.1194
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Connolly, S. L., Miller, C. J., Lindsay, J. A. y Bauer, M. S. (2020). A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27, e12311. doi: 10.1111/cpsp.12311
- Derogatis, L. R., Rickels, K. y Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289. doi: 10.1192/bjp.128.3.280
- Doraiswamy, S., Abraham, A., Mamtani, R. y Cheema, S. (2020). Use of telehealth during the COVID-19 pandemic: scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 22, e24087. doi: 10.2196/24087
- Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 7, e11. doi: 10.2196/jmir.7.1.e11
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K. y Ramathal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive-behavioral therapy: magnitude, timing and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 1108-1122. doi: 10.1037/ccp0000044
- Field, M. (1996). *Telemental health: a guide to assessing telecommunications to health care*. National Academy Press.
- Grist, R. y Cavanagh, K. (2013). Computerised cognitive behavioural therapy for common mental health disorders, what works, for whom under what circumstances? A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Contemporary Psychotherapy*, 43, 243-251. doi: 10.1007/s10879-013-9243-y
- González de Rivera, J. L., Derogatis, L. R., De las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M. y Monterrey, A. L. (1989). *The Spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Clinical Psychometric Research.
- Haynes, B. (1999). Can it work? Does it work? Is it worth it? *British Medical Journal*, 319, 652-653. doi: 10.1136/bmj.319.7211.652
- Matsumoto, K., Hamatani, S. y Shimizu, E. (2021). Effectiveness of videoconference-delivered cognitive behavioral therapy for adults with psychiatric disorders: systematic and meta-analytic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23, e31293. doi: 10.2196/31293
- Marchena-Giráldez, C., Froxán-Parga, M. X. y Calero-Elvira, A. (2023). Asignación de tareas terapéuticas y revisión de su cumplimiento desde una perspectiva conductual: las secuencias verbales entre terapeuta y cliente. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 31(1), 111-127. doi: 10.51668/bp.8323107n
- McClellan, M. J., Osbaldiston, R., Wu, R., Yeager, R., Monroe, A. D., McQueen, T. y Dunlap, M. H. (2022). The effectiveness of telepsychology with veterans: a meta-analysis of services delivered by videoconference and phone. *Psychological Services*, 19, 294-304. doi: 10.1037/ser0000522
- Melville, K. M., Casey, L. M. y Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *The British Journal of Clinical Psychology*, 49, 455-471. doi: 10.1348/014466509X472138
- Mitchell, L. M., Joshi, U., Patel, V., Lu, C. y Naslund, J. A. (2021). Economic evaluations of Internet-based psychological interventions for anxiety disorders and depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 284, 157-182. doi: 10.1016/j.jad.2021.01.092
- Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S. y Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: a systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 25, 797-808. doi: 10.1002/cpp.2315
- Organización Mundial de la Salud (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558. doi: 10.1017/s0033291798006667

- Organización Mundial de la Salud (2006). Building foundations for ehealth: progress of members state: report of Global Observatory for eHealth. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43599>
- Paganini, S., Teigelkötter, W., Buntrock, C. y Baumeister, H. (2018). Economic evaluations of Internet-and-mobile-based interventions for the treatment and prevention of depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 733-755. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.018
- Rees, C. S. y Maclaine, E. (2015). A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist*, 50, 259-264. doi: 10.1111/ap.12122
- Richards, D. y Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 329-342. doi: 10.1016/j.cpr.2012.02.004
- Richardson, L. K., Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Johnson, R. H., Egede, L. y Elhai, J. D. (2009). Current directions in videoconferencing telemental health research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 323-338. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01170.x
- Ritterband, L. M., Andersson, G., Christensen, H. M., Carlbring, P. y Cuijpers, P. (2006). Directions for the International Society for Research on Internet Interventions (ISRII). *Journal of Medical Internet Research*, 8, e23. doi: 10.2196/jmir.8.3.e23
- Sammons, M. T., VandenBos, G. R., Martin, J. N. y Elchert, D. M. (2020). Psychological practice at six months of COVID-19: a follow-up to the first national survey of psychologists during the pandemic. *Journal of Health Service Psychology*, 46, 145-154. doi: 10.1007/s42843-020-00024-z
- Sanz, J., García-Vera, M.P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*, 16, 121-142.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Consulting Psychologist Press.
- Suler, J. (2000). Psychotherapy in cyberspace: a 5-dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy. *Cyberpsychology and Behavior*, 3, 151-159. doi: 10.1089/109493100315996
- Sztejn, D. M., Koransky, C. E., Fegan, L. y Himelhoch, S. (2018). Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the internet for depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24, 527-539. doi: 10.1177/1357633X17717402
- Thomas, N., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M. y Seabrook, L. (2021). Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 854-883. doi: 10.1111/papt.12332

RECIBIDO: 2 de diciembre de 2022

ACEPTADO: 4 de mayo de 2023

**Apéndice**  
Guía de abreviaturas metodológicas

Abreviatura	Definición
$M$	Media ponderada
$DT$	Desviación típica
$F$	Estadístico de contraste $F$
$t$	Estadístico de contraste $t$
$\chi^2$	Estadístico de contraste ji-cuadrado
$gl$	Grados de libertad
$p$	Nivel crítico o $p$ -valor
$n$	Tamaño muestral
$d$	Estadístico $d$ de Cohen. Índice de tamaño del efecto
$g$	Estadístico $g$ de Hedges. Índice de tamaño del efecto
$\eta^2_p$	Estadístico eta-cuadrado parcial. Índice de tamaño del efecto
$\phi$	Estadístico phi. Índice de tamaño del efecto