



UNIVERSITAT DE VIC  
UNIVERSITAT CENTRAL  
DE CATALUNYA

# **L'ALIANÇA TERAPÈUTICA EN LA TERÀPIA EN LÍNIA**

**Treball Final de Grau de Psicologia**

Núria Repiso Puigdelliura

Tutor: Ivan Alsina Jurnet

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya,

Vic, 13 de maig de 2022

# Índex

<b>1.Introducció</b>	<b>8</b>
<b>2. Marc teòric</b>	<b>9</b>
2.1. Les Tecnologies de la Informació i Comunicació	9
2.2. La ciberpsicologia	12
2.2.1. Les tecnologies immersives: la Realitat Virtual (RV) i Augmentada (RA)	13
2.2.2. mHealth: ús dels dispositius mòbils en la salut mental	15
2.2.3. La telepsicologia	16
2.3. Teràpia online (TO)	18
2.3.1. Introducció a la Teràpia Online	18
2.3.2. Eficàcia de la Teràpia Online	22
2.3.3. Aliança terapèutica (AT) en la Teràpia Online	27
2.3.4. Aspectes legals i deontològics de la Teràpia Online	31
<b>3. Marc pràctic</b>	<b>36</b>
3.1. Pregunta de recerca i hipòtesis	36
3.2. Objectius i hipòtesis de recerca	37
3.3. Metodologia d'investigació	37
3.3.1. Tipus de disseny	37
3.3.2. Procediment	37
3.3.2.1. Mostra	38
3.3.2.2. Aspectes ètics	39
3.3.3. Instruments de recollida i anàlisi de dades	39
3.3.4. Plataforma digital CITA.IO	40
<b>4. Resultats</b>	<b>41</b>
4.1. Percepció de la Teràpia en línia	41

4.1.1. Percepció dels professionals de la salut mental envers l'eficàcia i l'eficiència de la TO	41
4.1.2. Perfil d'usuari més idoni per tractar per mitjà de la TO	42
4.1.3. Ingredients essencials per a conduir, de manera efectiva, la TO	46
4.2. L'aliança terapèutica en la Teràpia Online	48
4.3. Percepció de la plataforma CITA.IO	51
4.3.1. Elements més i menys utilitzats de la plataforma digital CITA.IO	51
4.3.2. Finalitats d'ús de la plataforma digital de CITA.IO	52
4.3.3. Punts forts i aspectes a millorar de la plataforma digital CITA.IO	52
4.3.4. Percepció del professional de la salut mental sobre el grau de comprensió i ús de la plataforma digital CITA.IO	54
4.3.5. Grau de percepció de la similitud de la TO i de la TP a partir dels serveis oferts en la plataforma digital CITA.IO	55
4.3.6. Percepció de l'eficàcia i l'eficiència dels professionals de la salut mental envers la plataforma digital CITA.IO	55
4.3.7. Grau de satisfacció dels professionals de la salut mental envers la plataforma digital CITA.IO	56
4.3.8. Comparació de l'AT construïda en la TO i en la TP	56
<b>5. Discussió</b>	<b>57</b>
<b>6. Conclusions</b>	<b>64</b>
<b>7. Bibliografia</b>	<b>66</b>
<b>8. Annexos</b>	<b>81</b>
8.1. Consentiment informat	81
8.2. Tests	82

## Índex de taules

<b>Taula 1.</b> Potencialitats i limitacions per a les intervencions telepsicològiques en funció del tipus de tecnologia	21
<b>Taula 2.</b> Facilitadors i alteradors de la formació de l'AT en la TO	29
<b>Taula 3.</b> Compliment normativa legal sobre l'exercici clínic	33
<b>Taula 4.</b> Comparació de plataformes digitals segures i encriptades per fer videoconferències	35
<b>Taula 5.</b> Descripció de les variables d'eficàcia i eficiència percebuda pels professionals envers la TO	41
<b>Taula 6.</b> Percepció de l'eficàcia i eficiència de la TO en funció del gènere dels participants	41
<b>Taula 7.</b> Anàlisi del contingut de respostes sobre el perfil de pacient més adient per tractar en la teràpia en línia	44
<b>Taula 8.</b> Anàlisi del contingut de les respostes sobre els ingredients essencials per conduir una teràpia en línia efectiva	48
<b>Taula 9.</b> Descripció de les variables del WAI-T	48
<b>Taula 10.</b> Coeficient de correlació bivariada de Pearson entre els sub-escales (vincl, objectius, tasques) del WAI-T	49
<b>Taula 11.</b> Descripció de la variable de percepció de l'escala total i les tres sub-escales del WAI-T en funció del gènere	49
<b>Taula 12.</b> Prova coeficient de correlació bivariada de Pearson per les 3 sub-escales i escala total del WAI-T en funció de l'edat	50
<b>Taula 13.</b> Prova coeficient de correlació bivariada de Pearson per les 3 sub-escales i escala total del WAI-T en funció dels anys d'experiència d'ús TO	50
<b>Taula 14.</b> Prova coeficient de correlació bivariada de Pearson per les 3 sub-escales i escala total del WAI-T en funció de l'eficàcia i eficiència de la TO	51
<b>Taula 15.</b> Anàlisi del contingut de respostes sobre els elements més i menys utilitzats de CITA.IO	51

<b>Taula 16.</b> Anàlisi del contingut de les respostes sobre les finalitats d'ús dels professionals de la plataforma CITA.IO	52
<b>Taula 17.</b> Anàlisi del contingut de les respostes sobre els punts forts i aspectes a millorar de la plataforma CITA.IO	54
<b>Taula 18.</b> Descripció de la variable grau de comprensió i ús de CITA.IO	55
<b>Taula 19.</b> Descripció de la variable del grau de percepció de la similitud de la TO i TP	55
<b>Taula 20.</b> Descripció de la variable del grau de percepció de l'eficàcia i l'eficiència dels professionals	55
<b>Taula 21.</b> Descripció de la variable del grau de satisfacció dels professionals envers CITA.IO	56
<b>Taula 22.</b> Comparació de l'AT en la TO i en la TP	56

## Resum

El desenvolupament de les Tecnologies de la Informació i Comunicació (TIC) en aquestes últimes dècades ha permès el creixement exponencial de l'ús de la Teràpia *Online* (TO) per a l'atenció psicològica a distància. Malgrat l'augment en la pràctica de la TO, i l'existència de diversos estudis avalant l'eficàcia de la VC com a eina per a la prestació d'aquest tipus serveis, la comunitat científica ha examinat molt poc l'Aliança Terapèutica (AT) en aquest context. Per aquest motiu, el present treball té com a objectiu estudiar l'AT entre el professional de la psicologia i l'usuari en l'àmbit de la teràpia en línia. Els instruments psicomètrics utilitzats per mesurar aquest propòsit són una bateria de qüestionaris, la qual consta de quatre tests auto-administrats: Dades sociodemogràfiques; Working Alliance inventory, therapist form (WAI-T; Horvath, 1981; Horvath & Greenberg, 1986, 1989); Percepció del/a psicòleg/a envers la teràpia online; I, la percepció de la plataforma digital CITA.IO. En relació amb la mostra, el present estudi consta de 28 participants que treballen a 6 centres de salut mental situats a Catalunya, els quals utilitzen la plataforma digital CITA.IO per proporcionar els seus serveis a distància. Fent referència als resultats, es pot afirmar que la TO és un recurs eficaç i efectiu com a una alternativa viable a la teràpia tradicional. I, que la plataforma digital CITA.IO és un entorn segur i confidencial per proporcionar aquest suport psicològic. A més a més, en l'actual estudi s'ha observat que l'AT no és veu perjudicada en entorns de tractament en línia, és a dir, no es veu perjudicada de manera negativa.

**Paraules clau:** Aliança Terapèutica (AT), Teràpia Online (TO), eficàcia, eficiència.

## Abstract

The constant evolution of Information and Communication Technologies (ICT) in the recent decades has allowed the exponential growth of the use of Online Therapy (TO) for remote psychological care. Despite the increase in the practice of TO, and the existence of several studies supporting the effectiveness of VC as a tool for the provision of such services, few Spanish studies have examined the therapeutic alliance in an online context. This paper seeks to study the working alliance between the psychologist and the user in the field of online therapy. The psychometric instruments used to measure working alliance are a battery of questionnaires, consisting of four self-administered tests: Socio-demographic data; Working Alliance inventory, therapist form (WAI-T; Horvath, 1981;

Horvath & Greenberg, 1986, 1989); Psychologist's perception of online therapy; and the perception of the digital platform CITA.IO. The study consists of 28 participants working in 6 mental health centres located in Catalonia, who use the digital platform CITA.IO to provide their online services. Results show that TO is an effective and efficient resource as a viable alternative to conventional therapy. Moreover, the digital platform CITA.IO is a secure and confidential environment to provide this psychological support.

**Key words:** Working alliance, online therapy, efficacy, efficiency

# 1. Introducció

En les últimes dècades, gràcies a l'evolució de les Tecnologies de la Informació i Comunicació (TIC), l'ús de la Teràpia *Online* (TO) per a l'atenció psicològica a distància, ha incrementat exponencialment. D'acord amb Sucala et al. (2012), aquesta es defineix com a la prestació de serveis psicològics en línia que utilitzen les tecnologies de la telecomunicació. L'aparició del SARS-CoV l'any 2020, també ha estat un altre precipitant d'aquest ús exponencial. Perquè donada la irrupció sobtada i accelerada de la necessitat de respectar el distanciament social, l'aïllament i/o la quarantena per evitar la propagació del virus, la majoria dels treballadors d'atenció sanitària, incloent-hi els professionals de la psicologia, es van veure obligats a atendre als pacients, exclusivament a distància.

Per tal d'obtenir informació sobre l'ús de la TO durant l'època del confinament a causa de la Covid-19, l'American Psychiatric Association (2021) va administrar dues enquestes (el juny del 2020 i el gener del 2021) a professionals de la psiquiatria amb l'objectiu de comprendre com ha canviat l'ús de la telesalut a la pràctica durant la pandèmia. Alguns resultats a destacar són que: Abans de la irrupció del SARS-Cov, un 64% de professionals no feien servir la telesalut; el gener de 2021, el 81% dels enquestats van indicar que continuaven atenent entre el 75% i el 100% dels usuaris a través de la telesalut; un 98,1% dels professionals utilitzaven la videoconferència (VC) per prestar els seus serveis a distància; entre d'altres.

Malgrat aquest augment en la pràctica de la TO, i l'existència de diversos estudis avalant l'eficàcia de la VC com a eina per a la prestació d'aquest tipus de serveis, la comunitat científica ha examinat molt poc l'Aliança Terapèutica (AT) en aquest context. En el territori espanyol, aquest tipus d'estudis són inexistents. Per això, aquesta recerca té com a finalitat aportar més coneixement científic sobre aquesta àrea d'intervenció psicològica. De manera que, el present treball final de grau té com a objectiu general estudiar l'AT entre el professional de la psicologia i l'usuari en l'àmbit de la TO. Així com, conèixer l'eficàcia que els i les professionals perceben d'aquesta.

En relació amb l'estructura i organització d'aquest treball, en primer lloc, es presenta el marc teòric que es constitueix per 3 subapartats. Els quals es dediquen a la conceptualització de les TIC, de la ciberpsicologia i de la TO. En segon lloc, s'exposa el



marc pràctic, on es plantegen els objectius i hipòtesis de recerca, i la metodologia d'investigació. En tercer lloc, s'exposen els resultats, la discussió i les conclusions. I, en quart i últim lloc, es conclou el treball amb els annexos, on s'inclou tota aquella informació addicional, però també d'interès per a la realització del treball.

## **2. Marc teòric**

### **2.1. Les Tecnologies de la Informació i Comunicació**

Al llarg dels darrers anys, les noves Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TICs) han modificat dràsticament la manera en què les persones es relacionen, es comuniquen i viuen. Tecnologies i aplicacions que fins fa pocs anys eren molt poc utilitzades o que, fins hi tot, encara havien de fer la seva irrupció, s'han incorporat a la vida diària de milions de persones (p.ex.: les xarxes socials, els *smartphones* o les *tablets*) (Alsina-Jurnet, 2015). La disrupció de les TIC no només ha comportat un canvi en la manera en com la societat s'ha organitzat fins ara, sinó que també ha influït al sistema econòmic, social, cultural i polític. És a dir, l'ús de les noves tecnologies, com a eines de construcció en els processos de mundialització i globalització, ha permès generar un nou sistema comunicatiu. En el qual hi ha un constant intercanvi d'informació i, per tant, de coneixement. Dit amb altres paraules, gràcies al sorgiment i incorporació de les tecnologies s'ha pogut construir la societat del coneixement (Carmona & Fuentealba, 2018)

Segons Bologna i Walsh (1997) citat per Suárez Gutiérrez (2016), les TIC es defineixen com a “aquelles eines i mètodes emprats per demanar, retenir, manipular o distribuir la informació. La tecnologia de la informació es troba generalment associada als ordinadors i a les tecnologies afins aplicades a la presa de decisions” (pàg. 26). Albornoz & Mata (2009), conceben les TIC com aquells:

“Sistemes tecnològics mitjançant els quals es rep, es manipula i es processa informació, i faciliten la comunicació entre dos o més interlocutors. Per tant, les TIC són quelcom més que informàtica i ordinadors, ja que no funcionen com a sistemes aïllats, sinó en connexió a través d'una xarxa. També són quelcom més que tecnologies d'emissió i de difusió (com la televisió i la ràdio), ja que no només possibiliten la divulgació de la informació, sinó que a més permeten una comunicació interactiva” (pàg. 97).

A partir de les anteriors definicions es desprèn que les TIC tenen com a finalitats principals, proporcionar: 1) la informació, 2) les eines necessàries per al seu procés i, 3) els canals de comunicació per a la seva difusió.

Per això, les TIC engloben un conjunt de tecnologies relacionades amb els serveis de xarxes, programari o dispositius que tenen com a objectiu millorar la qualitat de vida de les persones (per comunicar-se, en activitats laborals, en processos d'ensenyament-aprenentatge, en activitats d'oci, entre d'altres) (Suárez Gutiérrez, 2016). Soto-Pérez et al. (2016) esmenten que les tecnologies, per una banda, faciliten el contacte i la comunicació entre les persones, sense importar la distància ni el moment. Gràcies a la Internet es té accessibilitat a la informació i a les xarxes socials virtuals, que brinden l'oportunitat de socialitzar en un espai cibernètic.

L'àmbit de la salut no és una excepció a les tendències pròpies del segle XXI en relació amb les noves TIC. Aquestes eines tecnològiques són cada vegada més habituals en n l'àmbit experimental, educatiu, social, psicomètric i clínic (Bornas et al., 2002), afectant gairebé totes les tasques de la psicologia: la informativa, la psicoeducativa, l'avaluativa, la d'assessorament i la de psicoteràpia (de la Torre Martí & Pardo Cebrián, 2018). L'ús de la tecnologia com a eina terapèutica en la Psicologia clínica no és res nou, aquesta es començà a aplicar a la dècada dels anys 60 quan a l'Institut Psiquiàtric de Nebraska, Wittson, Affleck i Johnson (1961) varen fer servir la VC (o *sistema de videocomunicació o teràpia grupal televisiva*) per primera vegada (Soto-Pérez et al., 2010). L'objectiu principal d'aquests autors va ser estendre els serveis de salut mental en àrees rurals allunyades dels centres que proporcionen aquest tipus d'atenció psiquiàtrica. A més a més, d'investigar l'efecte que tenia aquest sistema en les sessions de teràpia tant individuals com grupals i, en les proves i avaluació psicològica. Aquesta primera prova va requerir tres agents diferents: 1) el terapeuta per conduir la sessió grupal, es trobava en una habitació diferent de la que es trobaven els altres protagonistes. I, disposava d'una pantalla televisiva pròpia per observar el grup, així com amb un monitor per comprovar la seva pròpia posició i expressions facials; 2) el grup de 5-6 pacients, que es trobaven en una sala on les cadires estaven col·locades en forma de V, encarades a la pantalla de televisió on apareixia el terapeuta. Damunt d'aquesta pantalla, hi havia la càmera que gravava als pacients, la qual va estar posicionada al mateix lloc al llarg de tota la sessió per tal d'evitar possibles distraccions; i, 3) l'investigador clínic i els tècnics, on aquests últims eren els encarregats de controlar i gestionar els problemes tècnics en la transmissió

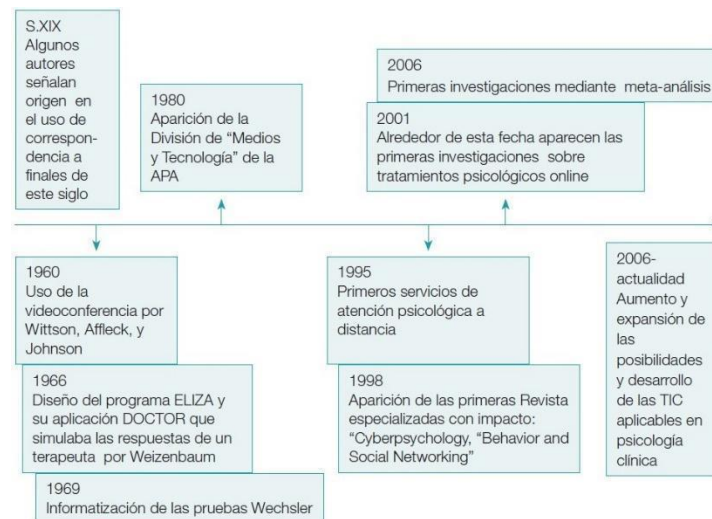
d'àudio i vídeo. Ambdós comptaven de dues pantalles, una per comprovar les qüestions tècniques i l'altra, per observar la interacció del grup (Wittson & Affleck, 1961).

A continuació, un altre assoliment tecnològic important dins de la psicologia clínica va ser la creació del primer chatbot conversacional, ELIZA per part de Weizenbaum (1996). ELIZA simulava el rol de terapeuta humanista de l'Escola Rogers amb l'objectiu de reformular les declaracions de l'usuari, per transformar-les en preguntes. (Sharma et al., 2017). D'acord amb Hanley (2021), a través d'aquest sistema rudimentari, Weizenbaum va observar que, tot i la capacitat limitada del *chatbot*, els usuaris que conversaven amb l'ELIZA consideraven que disposava de la intel·ligència suficient per a poder entendre la conversa que mantenien. I, inclús, varen arribar a desenvolupar un vincle emocional envers el programa. Al cap d'uns anys, a la Universitat de Stanford, Kenneth Colby (1975) va dissenyar un altre *chatbot* conversacional, anomenat Parry, que tenia la capacitat d'imitar la conducta verbal d'un pacient amb esquizofrènia paranoide. D'acord amb Shum et al. (2018), en Parry va ser avaluat per un grup de psiquiatres a través de la prova de Turing, la qual va superar exitosament, ja que els professionals no van poder distingir les respostes del chatbot de les respostes que podrien oferir pacients reals.

Pel que fa a la informatització dels tests, una altra fita fonamental com a antecedents de la ciberpsicologia, Burke & Normand (1987) expliquen que la incorporació dels ordinadors en l'àmbit de l'avaluació psicològica, va facilitar l'administració, puntuació i interpretació de les proves psicomètriques. Kleinmuntz & Mclean (1968) i Stillman et al. (1969) varen ser alguns investigadors que es van centrar a estudiar les diferents finalitats de l'ús dels ordinadors en l'avaluació psicològica. Sampson (1983) citat per Burke & Normand (1987) afirma que l'ús dels ordinadors en el camp de les proves psicomètriques va començar” quan es van utilitzar grans ordinadors de temps compartit per escanejar òpticament, puntuar i perfilar proves estandarditzades” (pàg. 42). L'escaneig òptic va informatitzar la puntuació manual i el traçat dels perfils per part del professional. Aquest sistema s'utilitzava per detectar les marques de llapis de carboni que la persona feia en coordenades específiques als fulls de les respostes especials dels tests (Burke & Normand, 1987).

Aquests tipus de descobriments van generar un interès en els investigadors per estudiar la relació de la interfície entre la teràpia i la tecnologia, així com també es varen centrar a examinar com es podria utilitzar la tecnologia per millorar la pràctica terapèutica. En la

Figura 1 es pot observar un fris cronològic amb les fites més destacades en l'origen i desenvolupament de l'ús de les TIC a la psicologia clínica (del de la Torre Martí & Pardo Cebrián, 2018):



**Figura 1.** Fris cronològic de l'ús de les TIC en l'àmbit de la Psicologia Clínica. Extret de "Fitas más destacadas en el origen y desarrollo de el uso de las TIC a la psicología clínica, representadas en una línea temporal", de la Torre Martí & Pardo Cebrián, 2018, pàg. 18. <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica> Copyright 2018 de de la Torre Martí & Pardo Cebrián

## 2.2. La ciberpsicologia

A partir dels descobriments tecnològics i terapèutics de Wittson, Affleck i Johnson (1961), i Weizenbaum i el seu equip (1966), entre d'altres, durant els anys 80 i 90 neix una nova branca en la psicologia, la *ciberpsicologia*. Aquest àmbit es troba en un procés constant de re-definició a mesura que es va investigant sobre l'ús de les TIC per millorar els processos d'intervenció psicològica. Segons Riva et al. (2015), la ciberpsicologia té dos objectius:

“Per una banda, aquesta intenta entendre com es poden utilitzar les tecnologies per induir un canvi clínic (*ciberteràpia*). D'altra banda, se centra en el possible ús de la tecnologia per millorar el desenvolupament i el benestar personal (*tecnologia positiva / informàtica i salut intel·ligent*)” (pàg. 547).

Per tant, en primer lloc, l'expansió de les tecnologies en la societat han servit per millorar les maneres com la psicologia clínica ofereix la seva pràctica diària i duu a terme les seves tasques d'investigació. En segon lloc, aquesta àrea de la psicologia té com a meta final l'ús dels entorns digitals per assistir i millorar el benestar dels éssers humans. En definitiva, la ciberpsicologia no se centra exclusivament en la tecnologia en si, sinó que

pren com a objecte d'estudi la comprensió, la previsió i la inducció dels diferents processos de canvi relacionats amb l'ús de les noves tecnologies (Riva et al., 2015).

D'altra banda, respecte a la Tecnologia Positiva (PT)<sup>1</sup>, Botella et al. (2012) la vinculen amb la psicologia positiva (PP), perquè consideren que els objectius de la PP s'adapten a la capacitat d'algunes noves TIC en concret, la de millorar el desenvolupament i el benestar personal de la gent. Des d'aquest paradigma positivista, aquestes autores destaquen l'ús de la tecnologia per millorar les tres variables específiques de l'experiència humana (les emocions, el compromís i la connexió), que fomenten conductes adaptatives i funcionaments positius, així com permeten construir resiliència, compromís i significat. És a dir, la TP no pretén avaluar o tractar un trastorn psicològic, sinó millorar la qualitat de vida i el benestar emocional de la població en general.

Pel que fa a la ciberteràpia, aquesta s'ha reconegut com a un dels enfocaments més innovadors pel tractament dels problemes de salut mental més comuns (Christensen & Hickie, 2010). La ciberteràpia inclou diferents sistemes TIC a l'hora de facilitar un canvi clínic, com són: 1) les tecnologies immersives (la realitat virtual (RV) i augmentada (RA)), 2) mHealth (ús dels dispositius mòbils en la salut mental); i, 3) la telepsicologia. Actualment, aquestes tecnologies s'estan utilitzant per a propòsits clínics tan variats com la monitorització de pacients en entorns reals, la prescripció d'Apps, la prevenció, l'estudi, el diagnòstic i el tractament de trastorns mentals o, inclús, l'entrenament d'habilitats i competències dels professionals de la salut mental i dels mateixos pacients.

### **2.2.1. Les tecnologies immersives: la Realitat Virtual (RV) i Augmentada (RA)**

Abans d'introduir el concepte de Realitat Virtual (RV) i Augmentada (RA), l'any 1994 Milgram i Kishino varen dissenyar el contínuum de la Realitat-Virtual (RV), el qual s'ha utilitzat per emmarcar la futura investigació i desenvolupament de la RV i la RA (Skarbez et al., 2021). Aquest té com a finalitat, descriure totes les combinacions possibles d'objectes reals i virtuals (Riva et al., 2016). En la Figura 2 s'observa com en aquest contínuum, Milgram i Kishino col·loquen en l'extrem esquerre un entorn purament real (constituït exclusivament per objectes reals); en el dret, un entorn purament virtual

---

<sup>1</sup> “Enfocament científic i aplicat per millorar la qualitat de la nostra experiència personal amb l'objectiu d'augmentar el benestar i generar fortaleses i resiliència en individus, organitzacions i societat” (Botella et al., pàg. 78, 2012).

(format únicament per objectes virtuals); i, en el punt entremig d'aquests dos extrems, la realitat mixta (compost per la combinació d'objectes tant reals com virtuals) (Milgram & Kishino, 1994). Fent referència als entorns de la realitat mixta, quan el món real es combina amb un contingut virtual es tracta de la realitat augmentada (AR), mentre que quan la major part del contingut és virtual, però hi ha una certa consciència o inclusió d'objectes del món real, es tracta de la virtualitat augmentada (AV) (Skarbez et al., 2021).



**Figura 2.** Contínuum de la Realitat Virtual (RV) de Milgram & Kishino (1994). Adaptat de “Simplified representation of a *virtuality continuum*” i “The reality-virtuality continuum” de Milgram & Kishino (1994) i de Riva et al. (2016), *IEICE Transactions on Information Systems* i *Frontiers in Psychiatry*.

Així doncs, per una banda, Burdea (1993) citat per Botella et al. (2007) descriu la **realitat virtual** com a “una interfície complexa d'usuari que engloba simulacions i interaccions en temps real a través de múltiples canals sensorials. Aquestes modalitats sensorials són visuals, auditives, tàctils, olfactives, etc.” (pàg. 33). En aquest sentit, la RV es caracteritza per ser immersiva, interactiva i imaginativa (I<sup>3</sup>) (Burdea & Coiffet, 1994). Des d'una visió psicològica, Riva (1998) defineix la RV com a “l'experiència subjectiva, en la qual se li simula en l'individu la il·lusió que es troba allà, que l'experiència és real”. Per això Gorini et al. (2011), destaquen que la RV es diferencia d'altres mitjans per la capacitat que té d'induir a la persona la sensació de *presència* (amb anglès, anomenat *sense of presence*) en l'escenari virtual. Riva, Botella, et al. (2015) defensen que aquesta sensació de presència que ofereix la RV a l'usuari, pot ser una eina terapèutica molt poderosa per facilitar el canvi personal. Perquè a través d'aquesta, es brinda un món on el client pot experimentar una vivència molt específica, controlada i eficaç per induir respostes emocionals similars a la situació real. Dit amb altres paraules, l'aspecte clau d'aquests ambients virtuals és que tenen la capacitat d'induir emocions, reaccions i pensaments que poden arribar a ser equivalents als que es donen en una situació real, però dintre d'un context controlat i segur pels pacients (Alsina-Jurnet et al., 2011).

D'altra banda, en relació amb la **realitat augmentada** (RA), en un sentit més ampli aquesta es pot definir com a: “una tecnologia emergent que permet la introducció

d'elements digitals al món real. És a dir, l'usuari pot veure una imatge composta per la visualització d'un entorn real i elements virtuals (com ara vídeos, imatges, sons, textos o models 3D) que s'hi superposen. Un dels aspectes principals de la RA és que els elements virtuals proporcionen a l'usuari dades rellevants i útils que no estan disponibles al món real” (Alsina-Jurnet & Guàrdia-Ortiz, pàg. 780, 2015).

Finalment, contrastant la RV amb la RA, una diferència clau és el grau d'immersió de l'usuari en el sistema. Mentre que en la RV, l'usuari està completament immers en el món virtual i, per tant, tots els seus canals perceptius estan controlats pel sistema, la RA complementa el món real amb elements virtuals que proporciona el sistema (Botella et al., 2007). Una altra divergència entre aquestes dues eines és el tipus de trastorn que permeten tractar. Per una banda, la RV s'acostuma a aplicar en trastorns d'ansietat, ja que permet l'exposició a situacions i contextos que generen malestar (Alsina-Jurnet et al., 2007); en trastorns de la conducta alimentària on hi ha una alteració de la imatge corporal (Clus et al., 2018); trastorns d'addicció (trastorns d'ús de substàncies) (Segawa et al., 2020); entre d'altres. D'altra banda, la RA també s'utilitza en diferents àmbits de la psicologia, com per exemple: la clínica, per intervenir en el tractament de fòbies específiques (Baus & Bouchard, 2014) i de l'autisme (Chen et al., 2015); la neuropsicologia per a la rehabilitació post-ictus (Trojan et al., 2014); la de la salut, per la rehabilitació física (Chen et al., 2015) i pel maneig de la reducció del dolor (Mott et al., 2008).

### **2.2.2. mHealth: ús dels dispositius mòbils en la salut mental**

D'acord amb Kaplan & Stone (2013), la *mHealth* inclou una gamma de tecnologies des de telèfons mòbils fins a sensors sense fil, que s'han desenvolupat a un ritme exponencial en els últims anys. Actualment, la solució més utilitzada en la mHealth són les aplicacions del mòbil, perquè són fàcils d'utilitzar i són de fàcil accés (Donker et al., 2019). Per tant, per una banda, la mHealth permet prestar serveis relacionats amb la salut (mental, en aquest cas), tant en termes de promoció, prevenció, tractament i/o manteniment d'aquesta, a través de la missatgeria de text, les aplicacions, els dispositius portàtils, l'ús de xarxes socials com Facebook i Twitter, per exemple (Borrelli & Ritterband, 2015). D'altra banda, aquest concepte és una àrea que es troba en un procés constant de creixement a mesura que van evolucionant les aplicacions mòbils per als telèfons mòbils (Price et al., 2014).

Les intervencions a través de la mHealth presenten molts beneficis, com per exemple: la seva disponibilitat i accessibilitat (ja que l'usuari pot utilitzar-les des de qualsevol lloc i en qualsevol moment), la personalització i adaptació del contingut, capacitat de proporcionar estratègies en temps real als usuaris en la seva configuració diària i capacitat per calibrar la intensitat d'intervenció a les necessitats de l'usuari (Kaplan & Stone, 2013). De manera que, aquestes aplicacions acostumen a utilitzar l'avaluació ecològica momentània (EMA) i la intervenció ecològica momentània (EMI) per tal d'oferir un assessorament ecològic (Colombo et al., 2019) i, un tractament terapèutic a les persones en la seva vida quotidiana (Heron & Smyth, 2010). En què, “per una banda, el terme “ecològic” fa referència a l'entorn on es recullen les dades. Els comportaments, els pensaments i l'afecte s'escriuen repetidament en contextos del món real. D'altra banda, el terme "momentània" fa referència al focus de l'assessorament i/o avaluació, és a dir, a prop en el temps de l'experiència” (Colombo et al., pàg. 2, 2019).

### 2.2.3. La telepsicologia

Fent referència a la **telepsicologia**, segons Botella et al. (2007) aquesta és una disciplina que pertany al camp denominat, *telesalut*. Tanmateix, a mesura que s'ha anat desenvolupant aquest àmbit, una quantitat de definicions han sorgit en funció de l'abast de l'estudi, la qual cosa ha provocat una proliferació en la terminologia relacionada amb aquest concepte. Des de la perspectiva del Standing Committee on Family and Community Affairs (1997), la telesalut es defineix com a “la provisió de la salut a distància”, per mitjà de les TIC per produir la interacció entre el servei sanitari i l'usuari. Brown (1998) extrapola aquesta definició en l'àrea de la telepsicologia (i telepsiquiatria), definint-les com a:

“L'ús de la tecnologia de les telecomunicacions per posar en contacte als pacients amb els professionals de la salut amb el propòsit de possibilitar un diagnòstic efectiu, educatiu, tractaments, consultes, transmissió i emmagatzematge de dades mèdiques del pacient, investigació i altres activitats relacionades amb la provisió de la cura de la salut” (pàg. 964).

Així doncs, la telepsicologia inclou tota aquella activitat pertanyent en l'àmbit de la psicologia a distància, fent servir les tecnologies de les telecomunicacions a través d'Internet (blogs, fòrums, webs, vídeos, xarxes socials, avaluació en línia, correu electrònic, missatgeria instantània, apps mòbils... inclús la RV i la RA si s'apliquen a distància) (González-Peña et al., 2017). Cal destacar que, les comunicacions a través



d'aquestes eines tant poden ser sincròniques, en què hi ha múltiples interaccions en temps real (VC i serveis de missatgeria instantània), com asíncrones (correu electrònic) Els avantatges de l'ús d'aquestes tecnologies són que: 1) poden augmentar els serveis presencials tradicionals (com són les tasques psicoeducatives en línia proposades durant les sessions de teràpia presencial) o emprar-se com a serveis autònoms (teràpia proporcionada mitjançant una VC); i, 2) poden combinar-se entre elles i es poden fer servir per a diferents finalitats durant la prestació de serveis de la telepsicologia (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013).

La telepsicologia ha permès modificar el tractament psicològic tradicional, basat en la presencialitat (cara a cara) per substituir-lo en un tractament a distància, a través de la virtualitat. Dins d'aquesta s'inclouen 4 tipus diferents d'intervencions telepsicològiques, les quals es caracteritzen en funció del tipus de servei ofert i el nivell d'interacció entre terapeuta i usuari (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009; González-Peña et al., 2017; Riva, Calvo, et al., 2015):

1. L'assessorament i intervenció telepsicològica, categoria que s'analitzarà al llarg d'aquest projecte, es dona quan el terapeuta brinda ajuda psicològica a l'usuari a distància, mitjançant: la VC, el telèfon, el correu electrònic, entre d'altres. La teràpia en línia permet als clients contactar amb el terapeuta des de qualsevol lloc i moment, a la seva conveniència.
2. Les intervencions estructurades en web, que tant es poden fer amb programes automatitzats com amb l'assistència d'un professional de la psicologia. En aquest tipus d'intervencions hi ha sistemes centrats en continguts psicoeducatius i/o terapèutics, en què es busca la prevenció, l'autoajuda i l'autocura dels usuaris (per exemple, a través de plataformes web, d'apps del mòbil, etc.). I, sistemes que ofereixen un suport assistit als usuaris, en què són els pacients qui interactuen entre ells per compartir l'experiència viscuda d'un trastorn mental (per exemple, mitjançant fòrums).
3. Les intervencions mediades per un software terapèutic, en les quals són les tecnologies d'intel·ligència artificial (chatbots terapèutics, sistemes de diagnòstic, sistemes basats en el joc, entorns virtuals, ...) les que faciliten el canvi psicològic.
4. Altres activitats en línia, com per exemple els blogs, canals de comunicació social, xarxes de suports a grups, sistemes d'avaluacions i pàgines d'informació, *podcasts* i eines similars.

González-Peña et al. (2017) també han identificat tres categories que constitueixen la telepsicologia: 1) La Teràpia Virtual, 2) la Teràpia Web i, 3) la Teràpia Online. En relació amb el primer punt, l'objectiu és simular escenaris virtuals amb o sense terapeuta virtual que orienta el procés terapèutic del pacient. Respecte a la segona categoria, aquesta té com a propòsit generar un canvi positiu o millorar el coneixement a través del subministrament d'un material psico-educatiu relacionat amb la demanda de l'usuari. Per això es fa servir un programa d'intervenció, principalment, autoguiat que s'executa mitjançant un programa prescriptiu en línia operat a través d'un lloc web i utilitzat pels consumidors que busquen atenció mèdica i/o psicològica (Barak, Klein, Psych, et al., 2009). I, finalment, quant a la teràpia en línia, que es fa per mitjà de la VC o el telèfon.

## **2.3. Teràpia online (TO)**

### **2.3.1. Introducció a la Teràpia Online**

D'acord amb Sucala et al. (2012), la Teràpia Online (TO) es defineix com a la prestació de serveis psicològics en línia que utilitzen tecnologies de la telecomunicació. Hanley (2021) esmenta que va ser a la dècada del 1990 en què va incrementar l'ús d'aquest tipus de serveis, perquè va ser quan va créixer l'accés i l'ús de la Internet per part de la població. Segons el de la Torre Martí & Pardo Cebrián (2018), els factors que faciliten la creixent expansió de les intervencions per internet, destaquen: "Facilitat i rapidesa per comunicar-se; reducció de costos; acceptació de la Internet com a una eina de comunicació social; demanda creixent per rebre assistència psicològica a distància; la millora dels sistemes informàtics i la seva seguretat; desenvolupament de nombroses investigacions i, a menor mesura, guies d'actuació de com procedir; etc." (Pàg. 18).

Gràcies a la investigació realitzada per Paloma González-Peña i el seu equip, l'any 2017, on van analitzar les respostes de 486 psicòlegs de Madrid a una enquesta sobre l'ús de les TIC en la seva pràctica professional, es pot extreure que l'ús de la TO es podria explicar a través de 2 etapes diferents: En primer lloc, la fase de l'any 2000, que és quan es comença a utilitzar la TO (únicament un 0,75% dels professionals oferien serveis d'atenció psicològica a distància). En aquesta època, el telèfon i el correu electrònic varen ser les eines més utilitzades per a l'atenció psicològica (Kingsley & Henning, 2015). En general, aquests mitjans de comunicació es feien servir per completar la informació obtinguda durant les sessions entre el psicòleg i els clients. No obstant això, era poc

freqüent que el telèfon i el correu electrònic fossin els mètodes exclusius emprats pels psicòlegs per atendre als seus clients (Asociación de Especialistas en Atención Psicológica por Videoconferencia, 2015)

En segon lloc, s'observen dues èpoques, la que compren la de l'any 2010, que és quan es produeix un augment significatiu en l'ús d'eines de la telecomunicació en l'àmbit de la intervenció psicològica (11,64%). I, la de l'any 2013, que és quan la teràpia psicològica en línia té un creixement més estable i constant (26,05%). Durant aquests períodes, els mitjans emprats en la teràpia a distància són: la VC amb un 90,77% d'ús; la comunicació telefònica amb un 37,16%; i, la comunicació escrita en diferit, ja sigui a través del correu electrònic o altres mitjans similars, amb un 30% (González-Peña et al., 2017).

Tanmateix, amb l'aparició del SARS-CoV l'any 2020, es pot afirmar que l'evolució en l'ús de la teràpia a distància també ha continuat creixent de manera significativa. Arran de la irrupció sobtada i accelerada de la necessitat de respectar el distanciament social, l'aïllament i/o la quarantena per evitar la propagació de la pandèmia de COVID-19, aquesta ha impactat en la salut física de les persones així com en la seva salut mental. A causa de les noves restriccions per la pandèmia, per tal d'evitar la transmissió del virus, la majoria dels treballadors d'atenció sanitària, incloent-hi els professionals de la psicologia, s'han vist obligats a visitar als pacients, exclusivament a distància. Deixant enrere la teràpia presencial, per fer les sessions en línia. En tractar-se d'un canvi tan abrupte, molts professionals, a falta d'accions formatives sobre el funcionament de teràpia en línia i els aspectes legals i ètics a tenir en compte, no estaven preparats per començar a utilitzar serveis d'atenció psicològica a distància.

Durant l'any 2020, poc després del sorgiment de la pandèmia, l'APA va realitzar una enquesta a 5.400 professionals de la psicologia per observar com la COVID-19 va afectar la seva pràctica diària. Els resultats d'aquesta enquesta, per una banda, varen mostrar que després del confinament, el 76% dels professionals varen continuar oferint, exclusivament, els seus serveis a distància. I, d'altra banda, les eines tecnològiques que més utilitzades varen ser el telèfon (61%), les plataformes web dissenyades per oferir serveis de telesalut (58%) i les videoconferències (37%) (American Psychological Association, 2020). En una enquesta posterior, també realitzada per l'Associació Psicològica Americana (APA), durant l'any 2021, per estudiar com la pandèmia prolongada ha continuat afectant el tractament i la demanda de la salut mental, el 96%

dels psicòlegs afirmen que l'ús de la telesalut durant la pandèmia ha demostrat la seva importància com a eina terapèutica (American Psychological Association, 2021).

Finalment, segons de la Torre Martí & Pardo Cebrián (2018), algunes potencialitats i limitacions de les intervencions telepsicològiques realitzades a través de la VC, el correu electrònic, les plataformes web, les aplicacions i la RV són (vegeu Taula 1):

**Taula 1***Potencialitats i limitacions per a les intervencions telepsicològiques en funció del tipus de tecnologia*

	<b>Videokonferència</b>	<b>Correu electrònic</b>	<b>Plataformes web</b>	<b>Aplicacions</b>	<b>Realitat virtual</b>
<b>Potencialitats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• És el mitjà de comunicació més propera a les intervencions cara a cara.</li> <li>• Permet distingir aspectes de la comunicació no verbal (expressions facials, la postura, etc.) i identificar l'entorn en el que es troba l'usuari.</li> <li>• Molt accessible, únicament es necessita una càmera, un micròfon, connexió a la Internet i descarregar un programa informàtic de comunicació gratuït.</li> <li>• Permet gravar les sessions pel seu anàlisi.</li> <li>• És un mitjà molt còmode, ja que permet tant al professional com al client fer les sessions de teràpia des de qualsevol lloc (Khan et al., 2022).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ràpid, accessible i es pot utilitzar des de múltiples dispositius.</li> <li>• Permet expressar de manera escrita alguns elements clínics rellevants (major detall i precisió).</li> <li>• Permet adjuntar arxius (qüestionaris, material psicoeducatiu, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unifica les diverses maneres de comunicació en una mateixa direcció WEB, amb similars configuracions tecnològiques.</li> <li>• Facilita maneres de comunicació homogènia, amb normes d'avaluació i intervenció clínica similars per a tots els casos.</li> <li>• El registre i la custòdia de les dades personals està regulada legalment.</li> <li>• Incorpora funcionalitat de la gestió integral de la teràpia per la seva part del professional (gestió de les històries clíniques, administració, agendas, cites, etc.) i del client (sol·licitar cites, rebre avisos, canviar les seves dades, etc.).</li> <li>• Fàcil accessibilitat amb connexió a Internet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fàcilment accessibles per persones d'edats diferents.</li> <li>• Es poden descarregar en dispositius mòbils individuals (tablets, Reelotges, telèfons, etc.).</li> <li>• Permeten fer registres automàtics diaris d'activitats físiques o fisiològiques (per exemple, hores de son).</li> <li>• Indueixen l'autoobservació i l'autocontrol de les conductes registrades.</li> <li>• Permeten informar al terapeuta de les dades registrades mitjançant la connexió a Internet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilitzada per l'exposició en casos d'ansietat; permet exposar a l'usuari a situacions de difícil accés en l'entorn clínic (volar, altures, claustrofòbia,...).</li> <li>• Permet registrar l'activitat i les respostes fisiològiques mentre es duu a terme la tècnica terapèutica.</li> <li>• Redueix els costos de desplaçament propis de l'exposició en viu.</li> <li>• Permet simular contextos inaccessibles que faciliten la seva investigació i aplicació en contextos clínics.</li> <li>• Protegeix la intimitat dels clients al reduir les exposicions en públic.</li> <li>• Els formats de la intervenció que inclouen components lúdics i/o virtuals augmenten la motivació.</li> <li>• El realisme dels estímuls i situacions que es presenten facilita la generalització a altres estímuls.</li> </ul>
<b>Limitacions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accés limitat a determinada informació: el professional únicament veu el que es troba dins del camp de visió de la càmera, reduïda informació audiovisual perifèrica. No permet descartar olors o altres senyals rellevants.</li> <li>• Limitacions tècniques que suposen interrupcions en la comunicació (imatge i so) i requereixen llocs amb bona cobertura i Internet, que en algunes localitats no s'assoleix.</li> <li>• Pot suposar bretxes en la confidencialitat.</li> <li>• Requereix accessoris (webcam, micròfon, cascos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informació semàntica reduïda a l'expressió escrita. No permet contrarestar la informació amb els elements no verbals de la veu i l'expressió facial o postural de la comunicació.</li> <li>• No assegura la recepció immediata de l'intercanvi de missatges. No és útil en casos de gravetat o crisis.</li> <li>• La comunicació està mediada per la habilitat dels interlocutors en l'expressió escrita i existeix una gran variabilitat en l'extensió i precisió del missatge.</li> <li>• Problemes de confidencialitat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La protecció de les dades personals i regulació de les polítiques de cada servei són fonamentals ja que es guarden grans quantitats de informació molt sensible.</li> <li>• Requereix la formació de la gestió de la plataforma per part del psicòleg i del client.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No totes les aplicacions són accessibles en tots els sistemes operatius.</li> <li>• Les instruccions de les aplicacions solen ser molt generals o no s'ajusten completament a les necessitats de l'usuari.</li> <li>• Disponibilitat d'una gran quantitat d'apps en el mercat, de les quals la gran majoria tenen una validesa científica qüestionable. No obstant això, són accessibles a qualsevol usuari.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requereix inversió econòmica en els dispositius.</li> <li>• Aplicable en la consulta del psicòleg en la que es troba el dispositiu i, major complexitat en la seva aplicació a distància. Requereix d'una supervisió per part del terapeuta.</li> <li>• Increment de l'ús en la consulta psicològica, tot i que es disposen de menys dades sobre els efectes de l'exposició en aquests escenaris en infants i adolescents.</li> </ul>

*Nota.* Potencialidades y limitaciones para las Intervenciones Telepsicológicas según el tipo de tecnología, de de la Torre Martí & Pardo Cebrían, 2018, pàg. 26, <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica> Copyright 2018 de de la Torre Martí & Pardo Cebrían.

### 2.3.2. Eficàcia de la Teràpia Online

Al llarg dels anys, la investigació científica ha demostrat que la teràpia no és menys eficaç quan es fa per VC que en persona (Batastini et al., 2021; Fernandez et al., 2021). Fernández et al. (2021), realitzaren una metaanàlisi sobre l'eficàcia de la teràpia en línia (a través de la VC) i, com aquesta es veia influenciada pel corrent psicològic i els objectius de tractament. Resumidament, els resultats mostraren que, clínicament, la teràpia lliurada per la VC és igual d'eficaç que la presencial, quan es tracten trastorns afectius en la Teràpia Cognitiva-Conductual (TCC). Batastini et al. (2021) també duren a terme un altre metaanàlisi per comprovar si la VC era igual de bona que la presencialitat per proporcionar serveis tant de salut mental com comportamental. Amb la qual cosa, conclogueren que les avaluacions fetes per la VC no van donar diferències significatives en comparació amb les realitzades de manera presencial. Per tant, Batastini et al. (2021) defensen la VC com a una alternativa viable al servei presencial per satisfer la bretxa entre la necessitat d'atenció sanitària mental i la disponibilitat.

Tanmateix, tot i l'evidència empírica de la seva eficàcia i efectivitat, existeixen dues postures al respecte: en la primera, els psicòlegs es mostren més reticents al seu ús (p.ex.: Mora et al., 2008; Rees & Stone, 2005). I, en la segona els professionals avaluen més positivament la VC (p.ex.: Gros et al., 2013). En relació amb la primera posició, Mora et al. (2008) realitzaren una enquesta per correu a 138 psicòlegs per avaluar si aquests aprovaven o no 4 tipus de serveis psicològics basats en la Internet (correu electrònic, xat individual, xat en grup i VC) com a eina complementària al tractament principal. En general, es van presentar nivells baixos d'aprovació. Tot i que, els resultats mostraren que els participants recolzaven més l'ús del correu electrònic en comparació amb els altres mitjans. Altres investigacions que també sostenen una desconfiança i predisposició negativa a l'ús de la VC per proporcionar els serveis en línia és el de Rees & Stone (2005). Aquestes autores varen explorar les valoracions de 30 psicòlegs envers l'AT entre condicions presencials i de VC. Per fer-ho, Rees & Stone (2005) assignaren aleatòriament els participants en dos grups perquè observessin una sessió de teràpia idèntica, de manera presencial o a través de la VC. Els subjectes donaren més suport a l'AT generada a la teràpia presencial.

Quant a la segona posició, diversos autors avalen l'eficàcia i efectivitat de l'ús de la teràpia en línia en comparació amb la tradicional, cara a cara (o amb anglès anomenat *facte to face*, F2F). Pel que fa a l'efectivitat de la teràpia a través de la VC, s'ha vist un una millora, clínicament, significativa quan s'utilitza la Teràpia Cognitivo-Conductual (TCC) per tractar trastorns

depressius, d'ansietat, obsessius compulsius (TOC) (Luu et al., 2020) i d'estrès post-traumàtic (TEPT). En relació amb el primer objectiu de tractament, la depressió, Nelson et al. (2003) avaluaren els resultats obtinguts d'una intervenció de TCC durant 8 setmanes per a tractar la depressió infantil F2F i per VC. Els resultats demostraren l'efectivitat del tractament de la TCC a través de les dues condicions, perquè la disminució de la simptomatologia depressiva va ser similar tant en el grup que feia servir la VC com en el que ho feia F2F. De manera similar, Moreno et al. (2012) compararen l'efectivitat del tractament de depressió proporcionat per un psiquiatre a través de la VC a Internet (via càmera web) i per un proveïdor d'atenció primària de manera presencial en població hispana. Els resultats també revelaren que tots els participants en ambdues modalitats de tractament, experimentaren reduccions significatives en la severitat dels símptomes depressius al llarg del temps, afavorint notablement la intervenció a través de la VC.

En el cas del segon objectiu de tractament, l'ansietat, diferents investigadors també han validat l'efectivitat de la TCC a través de la VC per a tractar-la. Bouchard et al. (2004) feren una comparativa de l'efectivitat entre la teràpia cognitiva-conductual (TCC) lliurada presencialment i per mitjà de la VC per tractar el trastorn de pànic amb agorafòbia de 21 participants. Els resultats mostraren que, tot i que els subjectes no semblaven especialment inclinats a fer servir la tecnologia, la TCC lliurada per la VC era tan efectiva com la presencial. Perquè en els dos grups, els subjectes manifestaren una reducció de la simptomatologia pròpia del trastorn (p.ex.: millora en la freqüència dels episodis de crisis, disminució de l'aprensó al pànic, augment del funcionament general de la persona, disminució de conductes evitatives, etc.). En altres diagnòstics clínics relacionats amb l'ansietat, Yuen et al. (2013) avaluaren la viabilitat, l'acceptabilitat i l'eficàcia inicial d'una intervenció conductual basada en l'acceptació mitjançant la VC amb Skype per tractar 24 adults amb trastorn d'ansietat social generalitzat. Envers l'acceptació, tant els pacients com els terapeutes consideraren la VC com a una modalitat de tractament factible, perquè tot i els problemes tècnics habituals (senzills de reparar), aquesta era una opció fàcil i còmode d'adoptar. I, quant a l'eficàcia, els resultats mostraren una reducció significativa pel que fa a la psicopatologia i unes millores al funcionament dels participants després del tractament i el seguiment.

Més endavant, Yuen et al. (2019) tornen a avaluar la viabilitat i l'eficàcia de la VC, però aquesta vegada a nivell grupal (els participants es trobaven en diferents localitzacions) i per tractar trastorns d'ansietat en el moment de parlar en públic per mitjà de dos estudis pilot en 6 sessions

setmanals. Els resultats situen la VC com a una eina viable per lliurar tractaments grupals basats en la TCC (incloent-hi intervencions basades en l'acceptació). En els dos estudis, els participants informen d'unes millores significatives de la simptomatologia pròpia del trastorn des del tractament previ fins al seguiment, amb alts nivells de satisfacció. Sobre el segon estudi, Yuen et al. (2019) van incloure l'exposició a la RV per afavorir les exposicions entre sessions, com a tasques per a casa. Amb la qual cosa, els participants, també, reportaren unes millores notables en el rendiment del comportament i, recolzaren la viabilitat i la utilitat de les audiències virtuals amb videoclip per a exercicis d'exposició. Convé destacar que, els subjectes experimentals no experimentaren diferències significatives en els nivells d'ansietat durant les exposicions *in vivo*, en comparació amb les exposicions virtuals.

Pel que fa al tercer objectiu de tractament, el TEPT, Morland et al. (2010) realitzen el primer assaig aleatori controlat per investigar l'ús de la VC a l'hora de tractar els veterans de guerra a través de la TCC grupal basada en evidència empírica (concretament, la teràpia per la gestió de la ira). Per fer-ho, varen comparar l'efectivitat de la teràpia realitzada a través de la VC i, en presencial. D'aquesta manera, Morland et al. (2010) van poder observar que la psicoteràpia mitjançant la VC és igual d'efectiva que la presencial, perquè es poden assolir resultats clínics igual de bons com en la modalitat tradicional (cara a cara). A més a més, els resultats també van confirmar l'acceptabilitat i la seguretat d'implementar la VC en aquest tipus de població clínica. Els participants en ambdues modalitats, també presentaren alts nivells de: credibilitat, adherència i satisfacció amb el tractament i els deures proposats pels professionals, així com una forta AT amb el terapeuta i amb els altres membres del grup. Més endavant, Morland et al. (2011), tornen a informar de les troballes clíniques preliminars i de la viabilitat d'un assaig clínic aleatori de 4 anys on s'avaluava l'eficàcia de la TCC grupal a través de la VC en comparació amb la modalitat presencial, amb veterans que viuen en zones rurals. Els resultats donen suport a la viabilitat i la seguretat de l'ús del VC. Tots dos grups van mostrar reduccions clínicament significatives en els símptomes del TEPT i cap diferència significativa entre grups en les variables de resultat clínic o de procés. A més a més, els resultats d'aquests processos recolzen l'acceptabilitat i viabilitat de l'ús de la VC per millorar l'accés a l'atenció psiquiàtrica dels veterans amb greus malalties mentals, que viuen en zones rurals.

Finalment, sobre aquest mateix trastorn, Maieritsch et al. (2016) en un assaig clínic aleatoritzat avaluaren l'equivalència entre la VC i la Teràpia de Processament Cognitiu (TPC) per a tractar el TEPT en veterans de l'Iraq/Afganistan. Resumidament, aquestes autores observaren una



tendència que suggeria que la TPC tant en la VC com en persona, eren equivalents. Independentment de la modalitat del tractament, els veterans van informar d'unes reduccions significatives de la simptomatologia.

A part d'aquests tres tipus d'objectius de tractament, també s'ha investigat l'efectivitat de la TCC en VC amb altres trastorns, per exemple els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA). (Simpson et al., 2006) estudiaren 6 casos diferents d'adults amb TCA (concretament, la bulímia) tractats a través d'un enfocament individualitzat de la TCC per mitjà de la VC, per analitzar la seva efectivitat i acceptabilitat. Els resultats d'aquest estudi pilot suggereixen que la majoria dels participants manifestaren millores clínicament importants, tant en termes de la simptomatologia pròpia de la bulímia, com en nivells del trastorn depressiu i *Borderline*. Per tant, els resultats inicials suggereixen que la TCC a través de VC pot beneficiar els clients que pateixen aquest TCA. Un altre tipus d'objectiu de tractament és el dolor crònic. En un assaig clínic aleatoritzat de no-inferioritat, Herbert et al. (2017) compararen el lliurament d'una Teràpia d'Acceptació i Compromís (TAC) manualitzada de 8 setmanes per a la intervenció crònica del dolor en VC versus presencial. Generalment, els resultats suggereixen que la TAC lliurada via VC pot ser tan eficaç i acceptable com el lliurament en la modalitat tradicional, F2F per tractar el dolor crònic. En ambdós grups, els subjectes van exhibir millores significatives en els resultats primaris i secundaris, amb l'excepció de la qualitat del son. A més, els resultats obtinguts en el seguiment de 6 mesos, pel que fa a nivell d'activitat, varen revelar que els participants que varen rebre el tractament per mitjà de VC mostraven una millora més significativa que els participants que havien rebut el tractament més tradicional.

No obstant això, pel que fa als objectius de tractament que Rochlen et al. (2004) i de la Torre Martí & Pardo Cebrián (2018) no recomanen tractar a distància són quan els usuaris es trobin en una situació de risc o crisi, perquè: tinguin problemes de violència, abús o assetjament familiar i/o de parella; hi hagi una pèrdua de realitat (al·lucinacions, deliris, etc.); tinguin problemes greus de control d'impulsos (amb ideació suïcida o intents autolítics); presentin un estat d'ànim molt baix o una ansietat excessiva amb crisis freqüents (i, poques estratègies d'autocontrol emocional); expressin una inhabilitat social o agorafòbia greu, que requereixi l'aplicació d'unes estratègies específiques; que sigui menor de 16 anys i no hi hagi el contacte amb responsables legals. En aquests casos, s'aconsella fer un seguiment presencial, ja que d'aquesta manera, el psicòleg té un major control de la situació.

Respecte al corrent psicològic del tractament, Fernández et al. (2021) expliquen que la TCC per tractar l'ansietat, la depressió i el TEPT s'adequa més correctament en les possibilitats que ofereix la VC en comparació amb altres enfocaments. Mora et al. (2008) informaren que els psicòlegs que treballen des d'una orientació psicodinàmica eren menys propensos a recolzar la teràpia en línia que els psicòlegs que treballen en l'orientació cognitiva. Anys més tard, Salerno (2022) entrevista a Paolo Migone, que va ser un dels primers psiquiatres a aplicar la psicoanàlisi en l'àmbit de la teràpia en línia. I, explica que aquesta resistència, que presenten alguns psicoanalistes, per a l'ús de les TIC en la salut mental esdevé per una interpretació errònia de les bases teòriques d'aquesta perspectiva psicològica. Perquè aquests parteixen de la idea que la psicoanàlisi és únicament la que s'anomena "clàssica" (allunyada de l'Internet, on s'acostumen a fer diverses sessions a la setmana, es fa servir el diva, etc.). Per la qual cosa, Migone afirma que els professionals que utilitzen aquesta tècnica estereotipada i rebutgen la idea de treballar de manera online, implica empobrir i mal interpretar aquest corrent psicològic:

“Perquè la psicoanàlisi és una teoria general que s'aplica a infinites situacions clíniques: diferents escenaris, diferents freqüències setmanals, grups, parelles, famílies, urgències, teràpies breus, diagnòstics greus, etc. En cadascun d'aquests casos, la psicoanàlisi s'ha d'adaptar a la situació i necessitats dels pacients individuals” (Salerno, pàg. 1, 2022)

Fernández et al. (2021), també infereix a aquestes diferències en les postures dels professionals que treballen des de la TCC i des de la psicoanàlisi, argumentant que: “una explicació per a l'èxit de la TCC basada en vídeo és que aquesta, per la seva pròpia naturalesa, és sovint estandarditzada, manualitzada i menys dependent de la dinàmica de la relació client-terapeuta” (pàg. 1544). Matsumoto et al. (2021), també assenyalen que la TCC per VC és efectiva per als trastorns somàtics, donat que la VC té l'avantatge de facilitar la comunicació en temps real entre pacients i terapeutes. A més, l'enfocament cognitivo-conductual està ben acceptat per la comunitat científica i ha demostrat un alt grau de satisfacció.

Per acabar, generalment, la comunitat científica ha demostrat que la teràpia en línia és igual d'efectiva i eficaç que la presencial en el moment de tractar trastorns depressius, ansiosos (p.ex.: fòbies i agorafòbia), d'estrès post traumàtic, obsessius compulsius i de la conducta alimentària, sobretot quan es treballa des de la TCC. Perquè el professional pot tenir un major control de la situació, ja que la TCC segueix una estructura molt protocol·litzada. La qual cosa, permet que el tractament a distància sigui efectiu i eficaç.

### 2.3.3. Aliança terapèutica (AT) en la Teràpia Online

“L'*aliança terapèutica* (AT) - també anomenada aliança de treball o vincle terapèutic - entre la persona que busca el canvi (p.ex.: client) i la que s'ofereix per ser agent de canvi (p.ex.: terapeuta), és una de les claus, si no la clau, del procés de canvi” (Bordin, pàg. 252, 1979). Anys més tard, altres autors també han confirmat que el vincle terapèutic es troba significativament associat als resultats clínics de la psicoteràpia (Elvins & Green, 2008; Karver et al., 2006). A través d'un estudi meta-analític, Sexton & Whiston (1994) recullen un seguit de variables que influeixen en l'eficàcia de la psicoteràpia, com per exemple: la interpretació per part del terapeuta disminueix la descripció de problemes del client i incrementa el seu *insight*; tonalitat emocional de la veu del terapeuta i l'ús d'intervencions terapèutiques centrades en la relació amb el client, semblen fomentar la capacitat d'exploració de l'usuari; la comprensió dels objectius del terapeuta per part del client influeix positivament a l'avaluació de la millora terapèutica. És a dir, els moments on hi ha una millora terapèutica, reportats pel client, corresponen a aquells en què aquest percebia la relació amb el terapeuta com a quelcom terapèutica, perquè el professional expressava clares intencions de col·laboració i ajuda. Per tant, l'AT (entre altres variables) és un dels ingredients essencials perquè la psicoteràpia sigui eficaç (Greenberg & Webster, 1982; Feixas & Botella, 1994; Sexton & Whiston, 1994; Wampold, 2015). I, atès aquest motiu, el present treball se centra a estudiar l'AT en el marc de la TO.

Segons Bordin (1979), aquest constructe s'origina en la teoria psicoanalítica, tot i que es pot generalitzar a altres enfocaments psicològics. En aquest sentit, cal destacar que el marc conceptual que engloba les quatre conjectures per comprendre les diferències entre les diverses teories i enfocaments de la psicoteràpia, són:

- 1) Què tots els corrents de la psicologia tenen aliances de treball integrades i es poden diferenciar en funció del tipus de vincle terapèutic que cadascú necessita;
- 2) Què l'eficàcia d'una teràpia rau en gran part, sinó totalment, de la força de l'AT;
- 3) Què els diversos enfocaments psicoterapèutics es diferencien segons les demandes del pacient i del terapeuta;
- 4) Què la importància de l'aliança de treball es basa en la sincronització entre les demandes pròpies de l'AT i, les característiques personals del pacient i del terapeuta.

En relació amb les característiques de l'AT, Bordin (1979) descriure les tres dimensions que constitueixen l'AT:

- 1) L'**acord en els objectius**, que té en compte el consentiment mutu, entre pacient i terapeuta, sobre quins propòsits terapèutics es treballaran al llarg de les sessions. Ambdós han de coincidir en quins objectius consideren importants haver assolit al final del tractament.
- 2) L'**acord en l'assignació de les tasques i/o les activitats a realitzar**, que fa referència al pacte que estipula els mitjans pels quals assoliran els objectius terapèutics plantejats. Per tant, serà important que tant el pacient com el terapeuta tinguin la mateixa percepció d'importància sobre les tasques acordades i, que cadascú d'ells es comprometi i es responsabilitzi pel compliment d'aquestes activitats.
- 3) El **vincle**, que és el lligam que es crea quan el terapeuta i el pacient acorden els objectius terapèutics i les tasques. Segons Fernández Liria & Rodríguez Vega (2001), "la qualitat d'aquesta relació determina el to emocional que el pacient té del terapeuta i que inclou aspectes com l'empatia, la confiança mútua i l'acceptació".

Per tal que l'AT entre pacient i terapeuta esdevingui, i sigui possible el desenvolupament del tractament psicològic, és necessària la *presència terapèutica*. Que segons Colosimo & Pos (2015) es defineix com a "la base per construir processos d'empatia i d'aliança, de reestructuració cognitiva i de processament emocional" (pàg. 1). D'acord amb Bradford (2007), la presència terapèutica succeeix quan es compleixen 3 factors: 1) l'experiència personal, mitjançant la qual la persona és conscient del seu "Jo" i és capaç d'identificar els seus sentiments, pensaments i percepcions; 2) el medi extern, és a dir, com la persona percep, interacciona i connecta amb l'espai i entorn físic on es produeix la sessió terapèutica; i, 3) l'àmbit interpersonal, que fa referència a la interacció amb un altre ésser humà. Per exemple, tant pel terapeuta com per l'usuari és important estar presents per poder crear un vincle profund. En relació amb el segon factor, vinculant l'AT amb la TO, aquest és un dels motius pel qual el vincle terapèutic es podria alterar en el context en línia. Perquè, el fet de no compartir un mateix espai físic pot suposar una pèrdua d'informació no verbal i, conseqüentment, un risc de malentesos (S. A. King & Moreggi, 2007). D'acord amb Skårderud (2003), uns altres motius pels quals l'AT pot facilitar-se o modificar-se són: en la comunicació i la interacció sincrònica en temps real (p.ex.: VC) (vegeu Taula 2).

**Taula 2***Facilitadors i alteradors de la formació de l'AT en la TO*

	<b>Facilitadors</b>	<b>Alteradors</b>
<b>Compartir un mateix espai físic</b>	<p>Les modalitats terapèutiques en línia poden conduir a una major desinhibició i obertura, com a resultat d'una sensació de seguretat augmentada i un equilibri de poder més neutral (Fletcher-Tomenius et al., 2009).</p> <p>En la TO, al haver-hi una distància segura i una privadesa addicional (S. Simpson et al., 2003), els clients perceben la VC menys confrontada que el contacte en persona, facilitant així la divulgació d'experiències difícils i l'expressió de sentiments difícils (Simpson et al., 2001)</p>	<p>El fet de no compartir un mateix espai físic pot suposar una pèrdua d'informació no verbal i, consegüentment, un risc de malentesos (King i Moreggi, 1998).</p>
<b>Comunicació</b>	<p>Aquells clients que prefereixen la VC en lloc d'altres modalitats, solen expressar sentiments "menys examinats", "menys autoconscients" i un major sentit de control personal (Simpson et al., 2021), que pot ser especialment important quan es tracta de qüestions relacionades amb la vergonya (p.ex.: abús sexual i trastorns de la imatge corporal) (Simpson et al., 2003; Skårderud, 2003).</p>	<p>Es considera que els usuaris que es comuniquen en línia amb el terapeuta poden sentir-se menys satisfets amb el seu contacte al haver-hi un menor grau d'auto-revelació i proximitat (Mallen et al., 2003)</p>
<b>Interacció sincrònica a temps real</b>	<p>La videoteràpia facilita l'assistència a les sessions de teràpia des de la comoditat del propi domicili de la persona sense preocupar-se per ser observada o estigmatitzada (Simpson et al., 2021).</p>	<p>En la VC, els interlocutors no poden gestionar el seu comportament com ho farien, a causa del fet que la majoria de les seves accions no són perceptibles pels altres a causa de la informació parcial que prové de l'altre entorn. Aquesta situació particular es defineix com a "ecologies fracturades" (Luff et al., 2003). A causa de la fractura entre l'entorn on es genera la conducta i aquell en què es percep, la "zona d'interacció compartida" es veu compromesa juntament amb la parla que pot ser pertorbada per sorolls externs (de Fornel &amp; Libbrecht, 1996)</p>

*Nota.* Adaptat de "Sh@me in Cyberspace. Relationships Without Faces: The E-media and Eating Disorders" de Skårderud, 2003. Copyright 2003 John Wiley & Sons, Ltd and Eating Disorders Association.

Pel que fa a les habilitats necessàries que els professionals de la salut han d'utilitzar per apel·lar a l'usuari en la TO, i fomentar l'AT, són bastant similars als conjunts d'habilitats que s'utilitzen a les sessions presencials. I, més encara a la VC, que al tractar-se d'una eina de caràcter sincrònica, no hi ha tanta necessitat de compensar la manca de senyals visuals (Khan et al., 2022). No obstant això, per tal de dur a terme una intervenció efectiva en aquest entorn en línia, convé fer alguns ajustaments. Per això, Mallen et al. (2011) proposen que si durant la sessió es fa servir el xat de la VC, que el professional indiqués explícitament la seva comprensió de les respostes emocionals del client per completar la informació, i evitar malentesos.

Respecte a la revisió literària sobre l'AT en el context de la psicoteràpia via la VC (Norwood et al., 2018; Rees & Stone, 2005; Simpson & Reid, 2014; Stefan & David, 2013), en general, tant els terapeutes com els clients valoren alts nivells d'AT. Encara que, segons Simpson & Reid (2014) les qualificacions dels usuaris són més altes que les dels terapeutes des de les fases

inicials del tractament. Per tant, la principal barrera a l'hora d'utilitzar les TIC en la intervenció psicològica, prové dels terapeutes i no dels pacients (els quals accepten les TIC i, en ocasions, les prefereixen per davant de les tècniques més tradicionals). La valoració positiva de l'usuari cap a l'AT en la TO millora quan els terapeutes mostren una major confiança respecte a l'ús de les psicotecnologies en l'àmbit de la salut mental (Frueh et al., 2007) i, quan els clients mostren una major tolerància i comprensió sobre els possibles imprevistos que poden sorgir quan es fa una connexió a distància (tant pel que fa a les interrupcions com irrupcions en les sessions a causa de la tecnologia) (Bischoff et al., 2004).

No obstant això, igual que en els estudis sobre l'efectivitat de de la TO, entorn el vincle terapèutic, també es formen dues postures al respecte si és possible o no la formació d'una AT adequada quan la teràpia és lliurada a través de la VC. Per una banda, hi ha recerques, com per exemple, la d'en Ertelt et al. (2011) que els terapeutes varen percebre una AT significativament més alta en la modalitat presencial. En canvi, en aquest mateix estudi, els clients informaren que no varen percebre cap diferència d'AT en ambdues condicions. Rees & Stone (2005), també recolzen aquest punt de vista, quan afirmen que l'AT es percep més baixa en la VC que en la modalitat presencial, tot i tenir poc impacte en els resultats clínics dels pacients (p.ex.: en la reducció de símptomes). Norwood et al. (2018), a través d'un estudi meta-analític de 12 articles, també confirmaren els resultats obtingut per Rees & Stone (2005): en relació amb els resultats clínics, la VC no és inferior al lliurament cara a cara. Tanmateix, l'AT sembla ser inferior quan la teràpia s'ofereix mitjançant la VC.

D'altra banda, Cohen & Kerr (1999) compararen els efectes de l'assessorament mediat per l'ordinador i en presencial sobre l'ansietat i les actituds envers la manera en com aquesta assistència es va proporcionar. Tot i que els clients van demostrar una disminució significativa de l'ansietat després de cada assessorament, la seva ansietat no es va veure afectada de manera significativa pel mode de lliurament que el van rebre. A més a més, les valoracions cap als professionals sobre el seu grau d'expertesa, d'atractiu i de fiabilitat no es van veure afectades pel mode de lliurament. Per tant, el fet que el terapeuta percebi positivament l'assessorament mediat per l'ordinador, facilita la consolidació d'una AT adequada en aquest espai virtual. Stefan & David (2013) no trobaren diferències significatives entre l'AT generada en l'assessorament cara a cara i, a través de la VC. A més a més, aquests autors també indicaren una diferència entre les dues condicions en relació a l'acord d'objectius de l'AT, en què els participants que van realitzar el tractament a través de la VC van experimentar un vincle més

fort envers aquesta dimensió. Sucala et al. (2012) feren una revisió sistemàtica d'11 estudis centrats a examinar la relació terapèutica en la teràpia en línia. En general, els resultats d'aquests indiquen que la teràpia en línia sembla ser igual d'equivalent que la teràpia cara a cara, en termes d'AT. Així com, existeix una relació entre el vincle terapèutic i els resultats clínics de la teràpia en línia. De manera que és possible desenvolupar una relació terapèutica a través d'Internet (en absència de senyals no verbals).

Reese et al. (2016) avaluaren si el format de psicoteràpia (VC, telèfon o presencial) influïa en la capacitat empàtica del terapeuta i les percepcions de 58 clients sobre l'AT. També analitzaren si les actituds dels clients envers l'ús de la telepsicologia afectava l'AT en aquest context en línia. A més a més, un altre propòsit va ser determinar si la capacitat empàtica prediu l'AT de manera diferent entre els 3 formats de prestació de serveis. Respecte als resultats, no va haver-hi diferències estadísticament significatives entre les 3 condicions sobre la capacitat empàtica o l'AT del terapeuta. Les actituds cap a la telepsicologia i la capacitat empàtica sí que van ser predictors importants del vincle terapèutic en les teràpies lliurades per la VC i el telèfon. És a dir, els resultats varen suggerir que els processos de psicoteràpia mediat per la tecnologia (capacitat empàtica i AT) semblen ser similars a la psicoteràpia presencial.

Atès que la literatura existent no ha arribat a mostrar uns resultats consistents i definitius, i la falta d'estudis sobre aquesta qüestió en el territori espanyol, el present treball té com a objectiu principal estudiar la percepció de l'AT entre el/la professional de la psicologia i l'usuari/a en l'àmbit de la teràpia en línia.

#### **2.3.4. Aspectes legals i deontològics de la Teràpia Online**

A l'utilitzar eines de telecomunicació s'ha de tenir una especial cura en relació amb els sistemes i aplicacions que es fan servir per proporcionar els serveis a distància. Aquests han de ser segurs i encriptats per tal d'assegurar la confidencialitat dels pacients. D'aquesta manera, serà possible l'adaptació a la pràctica diària en la telepsicologia (i, en general, en la tele-salut) sobre el que s'indica en el Reglament General de Protecció de Dades (RGPD). Per tant, la RGPD és una eina legislativa que té com a finalitat regularitzar la proliferació del processament, tant legal com il·legal, de dades disponibles en línia o fora de línia de fonts obtingudes per mitjans poc convencionals en tota la Unió Europea (EU) (Tamburri, 2020), mitjançant la facilitació del lliure flux de dades personals i la protecció dels drets fonamentals dels individus, des d'un enfocament en el dret a la privacitat i la protecció de dades (Lynskey, 2015).

Pel que fa als aspectes ètics i deontològics que el professional de la psicologia ha de tenir en compte en oferir serveis d'atenció psicològica a distància, així com les normes legals que ha de complir, de la Torre Martí & Pardo Cebrián (2018) recomanen que:

“La teràpia psicològica a distància ha de realitzar-se a través d'un suport informàtic que cobreixi les necessitats legals, ètiques i deontològiques que una intervenció com la psicològica requereix. La protecció de les dades, privacitat i seguretat de la informació intercanviada entre terapeuta i client són elements essencials que han d'estar protegits i garantits” (pàg. 67).

Per això, de la Torre Martí & Pardo Cebrián (2018) aconsellen que les actuacions del terapeuta tinguin en compte:

- La **seguretat i encriptació per a la protecció de dades** és cabdal per garantir els menors riscos possibles. Per això, convé utilitzar pàgines webs fiables (p.ex.: en el moment d'enviar informació psicoeducativa als clients); protegir el suport a través del qual es duu a terme la teràpia per tenir una transmissió segura de la informació (p.e.x: assegurar els sistemes de detecció d'intrusos, dels antivirus...); utilitzar un mitjà tecnològic (p.ex.: ordinador, tablet, smartphone) exclusivament per propòsits professionals, la qual cosa comportarà comptar de còpies de seguretat i de recuperació de la informació xifrada, i emmagatzemar-les en una àrea externa i segura; fer servir una connexió a Internet segura i encriptada (p.ex.: Proton VPN), entre d'altres.

El fet de no comptar amb una plataforma digital segura i encriptada en el moment de proporcionar aquests serveis a distància, faciliten als ciberassetjadors l'accés i robatori de les dades confidencials dels usuaris. Com a cas il·lustratiu que va exposar el diari britànic, The Guardian, sobre aquesta vulneració hi ha el de l'empresa privada (Clíniques Vastaamo) a Finlàndia. En què, el dilluns 26 d'octubre del 2020, un dels centres psicoterapèutics d'aquesta empresa va patir un ciberatac. Dades confidencials (historials clínics, converses entre client i terapeuta) de desenes de milers d'usuaris van ser piratejades i, algunes filtrades en línia, per uns hackers amb finalitats extorsives.

- Tenir un **coneixement actualitzat** sobre les potencials amenaces a la protecció i seguretat de la informació del client. I, tenir els recursos suficients per a cada cas, aplicar els procediments que assegurin les mesures necessàries per a protegir la base de dades on es trobin les dades personals i les històries clíniques dels usuaris. Per exemple, és important saber que no es recomana utilitzar plataformes com el correu electrònic (*Gmail*), el xat i l'opció de VC que permeten aplicacions populars com el *Facebook*, el



*Whatsapp*, l'*Skype*, el *Google Meetings* i el *Zoom*. Perquè són plataformes i aplicacions que no s'adapten a la RGPD, atès que no són segures i no permeten mantenir la confidencialitat dels pacients. En aquest cas, és necessari conèixer l'existència de plataformes que si que respecten la llei de protecció de dades, com són la del *Protonmail*, *Signal*, *Telegram*, *Wire*, ... Les quals ofereixen serveis de missatgeries totalment encriptades amb l'objectiu de preservar la confidencialitat dels usuaris/es.

- El **consentiment informat**, per complir amb els termes i condicions que apareixen en el lloc web (qüestions ètiques i de confidencialitat, anonimat i privacitat), i sol·licitar a cada nou client acceptar que ha llegit i està d'acord amb aquestes. És important que la plataforma digital que es fa servir per prestar els serveis online respecti el Reglament General de Protecció de Dades (RGPD) (Parlamento Europeo y Del Consejo, 2016).

En la Taula 3 es pot observar la normativa vinculada a la teràpia en línia que el professional de la psicologia està d'obligat/ada a complir, amb l'objectiu de regular aquests serveis en línia:

**Taula 3**

*Compliment normativa legal sobre l'exercici clínic*

Plataforma	Professional de la psicologia	Espai terapèutic
<b>Normes legals sobre la seguretat informàtica:</b> Normes ISO 27001	<b>Normes ètiques:</b> Codi deontològic, Consell General de la Psicologia d'Espanya.	<b>Condicions de l'espai terapèutic:</b> Autorització de centres, serveis i establiments sanitaris. Real Decret 1277/2003. Orde SCO/1741/2006
	<b>Protecció de dades, privacitat i confidencialitat:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Reglament (UE) 2016/679 Reglamento General de Protección de Dades (RGPD)</li> <li>● Llei Orgànica de Protecció de Dades 15/1999.</li> <li>● Llei General de Telecomunicacions</li> </ul>	
	<b>Competències professionals del/a professional sanitari:</b> Llei General de Salut pública 33/2011 (Disposició addicional setètima)	

*Nota.* Adaptat de "Cumplimiento normativa legal sobre el ejercicio sanitario o clínico", 2018, pàg. 38. De la Torre Martí & Pardo Cebrián. <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica> Copyright 2018 de de la Torre Martí & Pardo Cebrián.

A causa de la pandèmia de Covid-19, han sorgit moltes empreses privades per oferir serveis terapèutics. Les quals han promogut nous rols i/o males *praxis* que no han respectat els aspectes ètics i deontològics que garanteixen una pràctica psicològica adequada, així com tampoc han tingut en compte les legislacions anteriorment esmentades.

A continuació, a la Taula 3, s'exposen els beneficis i limitacions de 5 plataformes segures alternatives per realitzar les VC:

- 1) *Psypocket*, creada per l'Andrés Campos el 2016;
- 2) *CITA.IO*, que és la plataforma digital amb la que s'ha realitzat el present treball, va ser dissenyada per el Josep Maria Fàbregas, juntament amb un equip d'informàtics (Patricia Vázquez i Jordi Vila), el 2013;
- 3) *OpenTherapi*, construïda per María Sancho Peñate el 2017;
- 4) *Inpsique*, generada per a la Universitat Nacional d'Educació a Distància (UNED) el 2015; i, 5) *Mentavio*, creada a l'any 2015.

**Taula 4**

*Comparació de plataformes digitals segures i encriptades per fer videoconferències*

	Psypocket	CITA.IO	OpenTherapi	Inpsique	Mentavio
	X	X	X	X	X
<i>Gravació sessions VC</i>		X			
<i>Missatgeria instantània</i>	X	X	X	X	X
<i>Agenda</i>	X	X			X
<i>Pagament amb targeta</i>		X	X		
<i>Història clínica (HC)</i>		X			
<i>Inclusió d'arxius en la HC</i>		X			
<i>Assignació de rols entre el personal de l'organització</i>		X			
<i>Personalització de la PD</i>		X		X	
<i>Enviament automàtic de recordatoris per MI</i>		X	X		
<i>Reserva per part del pacient</i>		X		X	X
<i>Directori d'empreses</i>		X		X	
<i>Bloqueig de sales de treball</i>		X			
<i>Llistes de sessions i factures</i>		X			
<i>Emissió de factures</i>		X		X	
<i>Registre d'activitat (RGPD)</i>		X			
<i>Servei d'atenció tècnic</i>		X		X	
<i>Cerca de psicòleg/a</i>			X	X	X
<i>Pissarra virtual durant la VC</i>					X
<b>Fortaleses</b>	Ús gratuït. Recomanada pel COP (compleix la RGPD). No requereix d'instal·lació. És a dir, funciona de manera automàtica en els navegadors usuals. Els creadors d'aquesta PD són professionals de la psicologia	Recomanada pel COP (compleix la RGPD). No requereix d'instal·lació. És accessible des de qualsevol dispositiu. Pel que fa als serveis oferits, és la PD completa. El gerent d'aquesta PD és un psiquiatre.	Compleix la RGPD. No requereix d'instal·lació És a dir, funciona de manera automàtica en els navegadors usuals.	Compleix la RGPD. No requereix d'instal·lació. És a dir, funciona de manera automàtica en els navegadors usuals. La gerent d'aquesta PD és dra. En Psicologia	Compleix la RGPD. No requereix d'instal·lació. Però és optimitzat per dispositius mòbils. Es pot utilitzar de manera ràpida i puntual. Disponibilitat amb diferents idiomes (espanyol, anglès, alemany, francès, etc.)
<b>Debilitats</b>	És una PD molt senzilla en quant als serveis que ofereix.		És una PD molt senzilla en quant als serveis que ofereix. Depenent de la quota que pagui el/la professional, aquest/a tindrà més o menys serveis complementaris.	És una PD molt senzilla en quant als serveis que ofereix. És una PD molt senzilla en quant als serveis que ofereix.	És una PD molt senzilla en quant als serveis que ofereix. La seu d'aquesta empresa es troba a Alemanya. Depenent de la quota que pagui el/la professional, aquest/a tindrà més o menys serveis complementaris.

*Nota.* Elaboració pròpia

## 3. Marc pràctic

### 3.1. Pregunta de recerca i hipòtesis

La pregunta d'investigació del present treball ha estat la següent: Com perceben els professionals de la salut mental l'Aliança Terapèutica (AT) en l'àmbit de la Teràpia Online (TO)?

A partir de les investigacions exposades en el marc teòric del present treball entorn d'aquesta qüestió, es van formular les següents hipòtesis:

- **Hipòtesi 1:** Els professionals de la salut mental valoraran la TO com a un recurs eficaç i eficient.
- **Hipòtesi 2:** Les característiques personals dels professionals de la salut mental no influiran en la seva valoració sobre l'eficàcia i l'eficiència de la TO.
- **Hipòtesi 3:** El perfil d'usuari més adient per tractar en la TO és el que presenta un quadre clínic estabilitzat amb simptomatologia ansiosa i/o depressiva moderada-lleu.
- **Hipòtesi 4:** Els ingredients essencials per a conduir, de manera efectiva, una teràpia en línia seran similars als de la presencial. Perquè la TO no implica un canvi en el paradigma de la psicoteràpia.
- **Hipòtesi 5:** L'AT construïda en la teràpia en línia serà similar a la generada en la modalitat presencial.
- **Hipòtesi 6:** Les dades sociodemogràfiques no influiran en com els professionals perceben l'AT establerta amb els usuaris en la TO.
- **Hipòtesi 7:** La percepció del professional entorn l'AT tindrà un impacte en com aquests experimenten l'eficàcia i eficiència de la TO.
- **Hipòtesi 8:** Els professionals de la salut mental valoraran en elevats nivells de satisfacció la plataforma digital CITA.IO, així com l'avaluaran com a una eina eficaç i efectiva per proporcionar els seus serveis a distància.

## 3.2. Objectius i hipòtesis de recerca

Per una banda, en aquest estudi es planteja com a objectiu de recerca general, estudiar l'Aliança Terapèutica (AT) en el marc de la teràpia en línia. D'aquest objectiu general, se'n desprenen els següents Objectius Específics (OE):

- **OE1:** Avaluar la percepció de l'eficàcia i l'eficiència de la TO per part dels i les professionals de la salut mental.
- **OE2:** Examinar si la percepció de l'eficàcia i l'eficiència de la TO depèn de les característiques personals (edat, gènere i experiència en la TO) dels professionals de la salut mental.
- **OE3:** Analitzar quin tipus de pacients es poden beneficiar en major mesura de la TO.
- **OE4:** Avaluar quins són els ingredients bàsics per a conduir la TO.
- **OE5:** Estudiar si l'AT establerta en la teràpia en línia serà similar a la formada en la modalitat presencial.
- **OE6:** Estudiar si l'aliança terapèutica varia en funció de l'edat, el gènere i l'experiència dels i les professionals de la salut mental en l'àmbit de la TO.
- **OE7:** Avaluar la relació entre l'AT i l'eficàcia i l'eficiència de la TO.
- **OE8:** Analitzar la percepció dels professionals sobre la plataforma digital CITA.IO.

## 3.3. Metodologia d'investigació

### 3.3.1. Tipus de disseny

El present estudi es basa en un disseny no experimental transversal on es fa ús d'una bateria de qüestionaris. Per una banda, es tracta d'un disseny no experimental, perquè no es manipula la variable independent. I, d'altra banda, es fa servir un disseny transversal, ja que es pretén estudiar les característiques d'una població en un moment en concret, independentment dels esdeveniments posteriors (Thompson & Panacek, 2007). Finalment, cal destacar que es va utilitzar el qüestionari com a eina per a l'obtenció de les dades mitjançant l'agrupació de les respostes dels participants.

### 3.3.2. Procediment

La recollida de dades es va dur a terme a través d'una bateria de qüestionaris, la qual va constar de quatre tests auto-administrats adaptats per a ser administrats en línia a través de *Google forms* (amb el següent URL: <https://forms.gle/jjgN5phYMDbALv5R9>). L'enllaç es va facilitar

a 6 centres de salut mental situats a Catalunya (Centre d'Investigació i Tractament d'Addiccions, Amalgama7, Institut Genus, Fundació Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena, Psiquiatria Obiols, Orum Center) a través del correu electrònic, ja que actualment aquests utilitzen la plataforma de CITA.IO per proporcionar els seus serveis d'atenció psicològica a distància.

En primer lloc, es va incloure el Consentiment Informat (CI) en el mateix *Google forms*, per aquest motiu, si els professionals desitjaven contestar-lo de manera voluntària, havien d'acceptar les condicions que s'hi exposaven (vegeu Annex 8.1. i Annex 8.2.). Per això en aquest CI constava la motivació de la investigació, els seus objectius de recerca i els drets que els emparaven com a participants. A més a més, també se'ls hi va adjuntar el correu electrònic de la responsable de l'estudi per si els sorgia qualsevol dubte. A partir d'aquí es va administrar el qüestionari utilitzat en la present recerca, el qual va tenir una durada d'entre 8-12 minuts.

Una vegada obtingudes les dades, es va elaborar una base de dades i es van analitzar els resultats fent servir el programa *IBM SPSS Statistics* versió 23.

### **3.3.2.1. Mostra**

En relació amb la selecció de la mostra, es va comptar amb un total de 28 participants, dels quals un 67,9% eren dones (N = 19) i un 32,1% homes (N = 9). Amb una edat mínima de 24 anys, una màxima de 66 anys i una edat mitjana de 43,11 (D.T. = 12,001). Pel que fa a la professió dels participants, un 67,86% eren professionals de la psicologia (Psicòlegs Generals Sanitaris i Psicòlegs Interns Residents) (N = 19), un 10,71% eren professionals de la psiquiatria (N = 3), un 7,14% eren professionals de la medicina (N = 2) i, un 14,29% eren professionals de l'educació social (N = 4). Aquests especialistes treballaven en diferents centres de salut mental a Catalunya (Centre d'Investigació i Tractament d'Addiccions, Amalgama7, Institut Genus, Fundació Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena, Psiquiatria Obiols, Orum Center), i des de diferents corrents psicològiques: Teràpia Cognitiu-Conductual (TCC) (53,6%; N = 15), psicoanalítica (14,3%; N = 4), sistèmica (10,7%; N = 3), conductista (7,1%; N = 2), humanista (7,1%; N = 2) o eclèctica (7,1%; N = 2).

Fent referència a l'experiència laboral, el temps mínim treballat era d'1 any i el temps màxim era de 50 anys, amb una mitjana de 15,86 (D.T. = 11,863). Envers els anys d'experiència d'ús de la TO, el temps mínim era d'1 any i el temps màxim era de 23 anys, amb una mitjana de 5,56 (D.T. = 4,685). Finalment, respecte als anys d'experiència d'ús de la plataforma digital

CITA.IO, el temps mínim era de 0,008 anys i el màxim de 13 anys, amb una mitjana de 3,96 anys (D.T. = 3,362).

En relació amb les tècniques de mostreig, aquest treball va fer servir un mostreig no probabilístic a propòsit. Probabilístic, perquè no totes les persones van tenir les mateixes oportunitats de formar part de la mostra. I, a propòsit, ja que es va escollir la mostra a partir d'uns criteris previs amb una finalitat determinada (Sharma, 2017). En relació amb aquests criteris d'inclusió, es va tenir en compte que, el participant fos major d'edat, que hagués sigut o sigui client/a de la plataforma digital CITA.IO, que hagués prestat o estigui prestant servei en línia i que estigués treballant en l'àmbit de la salut mental.

### 3.3.2.2. Aspectes ètics

Pel que fa a les consideracions ètiques de la recerca, per tal d'assegurar-les es va tenir en compte la necessitat de buscar "l'equilibri, el compromís entre els drets dels participants i el benefici del coneixement científic" (León & Montero, 2003). Per això, les dades de la mostra escollida van ser recollides tenint en compte els aspectes ètics, l'anonimat i la confidencialitat de les dades proporcionades pels participants seguint la Llei orgànica 15/1999 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal. A més a més, per tal de poder analitzar les dades personals dels participants se'ls va demanar de manera totalment voluntària que acceptessin el consentiment informat (vegeu Annex 8.1), en el qual s'explicaven els objectius de la recerca i els drets que els emparaven.

### 3.3.3. Instruments de recollida i anàlisi de dades

Pel que fa als instruments de recollida de dades, es va utilitzar una bateria de qüestionaris que va constar de 4 parts (vegeu Annex 8.2):

- 1) **Dades sociodemogràfiques** (edat, sexe, professió, perspectiva psicològica, anys d'experiència laboral, anys d'experiència amb la TO).
- 2) **Working Alliance inventory, therapist form** (WAI-T; Horvath, 1981; Horvath & Greenberg, 1986, 1989). En el present treball, es va utilitzar la versió espanyola validada per Andrade-González & Fernández-Liria (2015). El WAI-T està constituït per 36 preguntes puntuades en una escala tipus Likert de 7 punts (mai = 1; rarament = 2; ocasionalment = 3; algunes vegades = 4; sovint = 5; molt sovint = 6; sempre = 7).

El qüestionari permet avaluar les 3 dimensions del model d'AT de Bordin (1979): l'acord en els objectius terapèutics; l'acord en l'assignació de les tasques i/o les activitats a realitzar per assolir aquests objectius; i, el vincle, que fa referència al grau en què terapeuta-pacient se senten a gust entre ells, senten que hi ha confiança, respecte mutu, compromís comú i comprensió compartida en l'activitat. Comenta que cada sub-escala està composta per 12 preguntes.

- 3) **Percepció del/a psicòleg/a envers la teràpia online**, qüestionari d'elaboració pròpia i que consta de 6 preguntes: 2 qüestions de caràcter tancat, on s'havia de puntuar del 0 al 10, com es considerava d'eficaç i efectiva la teràpia en línia. I, 4 preguntes de caràcter obert per conèixer l'opinió dels professionals sobre quin era el perfil del pacient més adient (i quin no) per tractar en línia.
- 4) **Percepció de la plataforma digital CITA.IO**. També va ser un qüestionari d'elaboració pròpia que té com a propòsit analitzar quina percepció tenen els professionals de la salut mental envers la plataforma digital CITA.IO. En total, consta de 12 preguntes. De les quals, 6 qüestions van ser tancades i es van mesurar de manera quantitativa. I, la resta de preguntes van ser obertes i es van avaluar qualitativament.

#### 3.3.4. Plataforma digital CITA.IO

*CITA.IO* ha estat la plataforma digital amb la qual s'ha basat el present treball. El motiu és que es tracta d'una de les plataformes de Teràpia Online més utilitzades en el territori català i, a més, ofereix un servei de videoconferència segura, encriptada i que s'adapta a l'actual Reglament General de Protecció de Dades (RGPD). *CITA.IO* també ofereix la possibilitat de gestionar i administrar un centre d'atenció psicològica a través d'accessoris com la facturació, la història clínica, l'agenda, entre d'altres.



## 4. Resultats

### 4.1. Percepció de la Teràpia en línia

#### 4.1.1. Percepció dels professionals de la salut mental envers l'eficàcia i l'eficiència de la TO

Per una banda, pel que fa a l'avaluació de l'eficàcia de la TO, els especialistes la van valorar de manera molt positiva. La puntuació mitjana va ser de 8 (D.T. = 1.466), amb una puntuació mínima de 3 i una màxima de 10. D'altra banda, en relació amb la valoració de l'eficiència de la intervenció en línia, els professionals també la van percebre molt positivament. La puntuació mitjana va ser de 8,11 (D.T. = 1.663) amb una puntuació mínima de 2 i una màxima de 10 (vegeu Taula 5).

**Taula 5**

*Descripció de les variables d'eficàcia i eficiència percebuda pels professionals envers la TO*

	<b>Eficàcia de la TO</b>	<b>Eficiència de la TO</b>
<b>N</b>	28	28
<b>Mitjana</b>	8,00	8,11
<b>SD</b>	1,466	1,663
<b>Mínim</b>	3	2
<b>Màxim</b>	10	10

*Nota.* Elaboració pròpia

Amb l'objectiu d'observar si existien diferències estadísticament significatives en la percepció de l'eficàcia i de l'eficiència de la TO en funció del gènere dels participants, es va aplicar la prova de T-Student per a mostres independents. En la Taula 6 es poden consultar els estadístics descriptius:

**Taula 6**

*Percepció de l'eficàcia i eficiència de la TO en funció del gènere dels participants*

	<b>Gènere</b>	<b>N</b>	<b>Mitjana</b>	<b>SD</b>		<b>Gènere</b>	<b>N</b>	<b>Mitjana</b>	<b>SD</b>
<b>Eficàcia</b>	Home	9	8,22	1,25	<b>Eficiència</b>	Home	9	8,22	1,305
<b>TO</b>	Dona	19	7,89	0,00	<b>TO</b>	Dona	19	8,05	0,577

*Nota.* Elaboració pròpia

Els resultats van mostrar que no hi havia diferències estadísticament significatives en relació amb el gènere, tant pel que fa a l'eficàcia ( $F = 0.099$ ,  $p = 0.590$ ) com a l'eficiència ( $F=0.261$ ,  $p=0.806$ ) de la TO. Això significa que el gènere dels participants (home/dona) no va influir en el moment de determinar l'eficàcia i l'eficiència de la TO.

Per tal d'estudiar si hi havia relació entre l'edat dels participants i la seva valoració sobre l'eficàcia i l'eficiència de la TO, es va realitzar una correlació bivariada de Pearson. En aquest

sentit, es van observar unes correlacions negatives entre l'edat dels participants i la percepció de l'eficàcia ( $r = -0.131$ ,  $p = 0.508$ ) i l'eficiència ( $r = -0.166$ ,  $p=0.399$ ) de la TO. Ara bé, aquestes correlacions no varen arribar a ser estadísticament significatives. En futurs treballs, seria d'interès aprofundir en aquest aspecte, utilitzant mostres més àmplies i heterogènies.

Finalment, per tal d'avaluar si existia relació entre la percepció de l'eficàcia i l'eficiència de la TO en funció dels anys d'experiència dels participants amb l'ús de la TO, es va aplicar una correlació bivariada de Pearson. En aquest sentit, es van trobar unes correlacions negatives no significatives tant entre la percepció de l'eficàcia i els anys d'ús de la TO ( $r = -0.050$ ,  $p = 0.804$ ) com en l'eficiència i els anys d'ús de les TO ( $r = -0.140$ ,  $p=0.488$ ). Per tant, la percepció de l'eficàcia i l'eficiència de la TO no varia en funció de l'experiència prèvia dels participants.

#### **4.1.2. Perfil d'usuari més idoni per tractar per mitjà de la TO**

Per tal de conèixer el perfil dels pacients que es poden beneficiar en major mesura de la TO, es va realitzar una anàlisi de contingut de les respostes dels participants. Aquestes respostes es van agrupar en 7 categories, que feien referència a: l'edat, als trets de personalitat i a l'estat de l'usuari; als trastorns mentals recomanats per a tractar per mitjà de la TO i els que no; l'aliança terapèutica i a altres aspectes (vegeu la Taula 7). Respecte a les primeres tres etiquetes, alguns participants van emfatitzar l'edat (14,28%), el tipus de personalitat (21,42%) i l'estat de l'usuari (25%) que podria presentar una major adherència al tractament en línia. En aquest sentit, es va observar que la TO es recomanava, principalment, per usuaris joves, de personalitat neuròtica i estabilitzats.

Fent referència als trastorns mentals que els participants van recomanar per a tractar en línia, aquests van indicar que qualsevol malaltia mental (42,85%;  $n = 12$ ) que presenti un quadre clínic compensat (35,71%;  $n = 10$ ) es pot intervenir en línia. En particular, un 14,28% ( $n = 4$ ) dels participants van mencionar els Trastorns d'Ansietat (en què la subjecte 24 va ressaltar l'agorafòbia i la fòbia social), un 10,71% ( $n = 3$ ) dels professionals van destacar els Trastorns de l'Estat d'Ànim (en què alguns participants van remarcar el trastorn depressiu, específicament el què no presenta simptomatologia psicòtica ni ideació suïcida), els Trastorns Obsessius Compulsius i els problemes vinculats a aspectes emocionals.

D'altra banda, els professionals que van fer referència als trastorns mentals que no aconsellarien intervenir en línia, un 32,14% ( $n = 9$ ) va mencionar els psicòtics, en què la S8 va

descriure que aquests tipus d'alteracions requereixen un treball més exhaustiu per poder-les tractar a distància. En quant aquest trastorn, els S25 i S28 van emfatitzar les al·lucinacions i els deliris com a principals dificultats per treballar de manera virtual, i un 10,71% (n = 3) van precisar l'esquizofrènia. A continuació, de manera més general, un 25% (n = 7) dels professionals van recomanar evitar tractar malalties de la salut mental greus o molt greus, en què algun d'ells van concretar els trastorns de la personalitat molt severos (per ex.: esquizotípica, esquizoide, TLP) o aquells trastorns que suposen un risc per a un mateix o per a tercers (per ex.: ideació suïcida, conductes impulsives). La S4 va explicar que la dificultat per actuar amb aquests tipus de problemàtiques esdevé per la incapacitat de poder cobrir les necessitats afectives i visuals que presenta aquest tipus de població clínica. Finalment, les últimes dues alteracions menys recomanades per intervenir en la TO (10,71%; n = 3) van ser les addiccions comportamentals i els trastorns per ús de substàncies en actiu.

Quant a la categoria de l'AT, el 53,55% (n = 15) dels especialistes es van referir a ella com a un factor determinant en l'adherència dels usuaris en els seus tractaments a distància: un 17,85% (n = 5) van apel·lar al compromís actiu tant del psicòleg com del client envers el seu tractament psicològic, el 14,28% (n = 4) van mencionar que la implicació dels usuaris es pot facilitar si existeix una bona transferència terapèutica, així com si abans de fer la TO s'ha fet un treball previ de manera presencial. Finalment, un 7,14% (n = 2) van ressaltar el nivell de consciència del client entorn al seu trastorn mental.

Per acabar, envers l'etiqueta d'altres, aquesta engloba diverses respostes que no van determinar cap perfil en concret que encaixi millor amb la teràpia en línia, sinó que van esmentar que l'adherència depèn del pacient (7,14%; n = 2) i de la malaltia que pateix (3,57%; n = 1). El S9 va assenyalar que la TO pot funcionar amb qualsevol persona que ho valori, la provi i se senti còmode amb ella. En canvi, el S8 va indicar que la TO funciona per aquells pacients que no tinguin cap altra opció, on el S20 va posar com a exemple a aquelles persones que estan molt ocupades. Finalment, el S21 va indicar que la TO pot ser útil per fer formacions als pares.

**Taula 7***Anàlisi del contingut de respostes sobre el perfil de pacient més adient per tractar en la teràpia en línia*

Codi	Categoria	Codi	Subcategoria	Freqüència absoluta (ni)	Freqüència relativa (fr)	%
1	Edat de l'usuari	17	Joves	2	0,007	7,14
		16	Adolescents	1	0,003	3,57
		4	25 anys	1	0,003	3,57
2	Trets de personalitat de l'usuari	1	Neuròtics	5	0,178	17,85
		36	Poc impulsius	1	0,003	3,57
3	Estat de l'usuari	12	Usuari estabilitzat	6	0,214	21,42
			Sense situació de risc	1	0,003	3,57
4	Trastorns mentals recomanats per tractar en la TO	38	Cap trastorn en concret	1	0,003	3,57
		6	Qualsevol (o per tots)	12	0,428	42,85
		7	Malalties cròniques	1	0,003	3,57
		3	Trastorns de la personalitat lleus	2	0,007	7,14
		39	Trastorn de l'estat d'ànim (P.ex: depressió sense simptomatologia psicòtica i sense ideació suïcida)	3	0,107	10,71
		40	Trastorns d'ansietat	4	0,142	14,28
		29	TOC	3	0,107	10,71
		34	Dificultats emocionals	3	0,107	10,71
		41	Trastorns adaptatius	1	0,003	3,57
		37	Trastorns de la conducta	1	0,003	3,57
		23	Quadre clínic compensat	10		23,8
5	Trastorns mentals no recomanats per tractar en la TO	5	Sense patologia dual greu	1	0,003	3,57
		18	Trastorns psicòtics greus (p.ex.: amb deliris)	9	0,321	32,14
		26	Esquizofrènia	3	0,107	10,71
		19	Trastorns de la salut mental greus o molt greus (p.ex.: de la personalitat com l'esquizoide i esquizotípica, TLP, ideació suïcida, possibilitat de situació de risc per a un mateix o a tercers)	7	0,25	25
		27	Trastorns Bipolars	1	0,003	3,57
		29	Trastorns Obsessius Compulsius	1	0,003	3,57
		33	Parafil·lies	1	0,003	3,57
		24	Addiccions comportamentals (joc, pantalles, TIC)	3	0,107	10,71
		20	Trastorns per ús de substàncies (en actiu)	3	0,107	10,71
		37	Trastorns conductuals	1	0,003	3,57
25	Quadres clínics descompensats	2	0,007	7,14		

		30	Trastorn dissociatiu	1	0,003	3,57
		44	Trastorn de la Conducta Alimentària sever	1	0,003	3,57
		43	Pacients que necessitin unitat d'ingrés o un seguiment interdisciplinar	2	0,007	7,14
		45	Alt contingut emocional	1	0,003	3,57
		35	Poca consciència del trastorn	1	0,003	3,57
<b>6</b>	Aliança terapèutica	8	Bona transferència	4	0,142	14,28
		14	Compromís amb la teràpia	5	0,178	17,85
		15	Consciència del problema	2	0,007	7,14
		9	Que l'usuari, primer hagi iniciat el tractament presencialment	4	0,142	14,28
		21	Depèn del grau de la malaltia	1	0,003	3,57
		22	Depèn del pacient	2	0,007	7,14
<b>7</b>	Altres	10	Els que no tenen una altra opció (p.ex.: persones molt ocupades)	3	0,107	10,71
		11	Qualsevol que ho valori, ho provi i se senti còmode	1	0,003	3,57
			Formació als pares	1	0,003	3,57

*Nota.* Elaboració pròpia

### 4.1.3. Ingredients essencials per a conduir, de manera efectiva, la TO

En relació amb els ingredients essencials que els professionals (vegeu Taula 9) van considerar claus per a conduir, de manera efectiva, la TO, una vegada es van obtenir totes les respostes per part dels participants, es va fer una anàlisi del contingut d'aquestes contestacions a *posteriori*. Finalment, es van crear 5 categories, les quals van girar entorn l'aliança de treball, el lloc on es porta a terme la sessió de teràpia, les habilitats i capacitats del professional, i les característiques pròpies de la teràpia.

Fent referència a l'AT, aquesta categoria engloba diferents elements que constitueixen i faciliten aquest vincle. Com per exemple: generar un *rapport* adequat, un 35,71 % (n = 10) en què el S19 va destacar la importància de generar un ambient càlid per fer de la teràpia en línia quelcom més proper; fomentar el respecte mutu (17,85%; n = 5) o haver construït una aliança de treball prèviament abans d'endinsar-se en el món virtual (14,28%; n = 4). Un 10,71% (n = 3) dels professionals també van emfatitzar la importància que hi hagi un fort compromís per ambdues parts (professional i client) envers la teràpia i uns objectius terapèutics consensuats, que sobretot, tinguin sentit per al pacient; mentre que el 7,14% (n = 2) dels participants van ressaltar com a ingredient essencial la confiança mútua i la necessitat del fet que el professional comparteixi unes instruccions clares i directes per facilitar la comprensió de l'usuari sobre què s'està treballant a les sessions. Finalment, per tal de promoure i consolidar aquesta AT, un professional (3,57%) va destacar el no judici i, un altre, la rellevància de generar espais de llibertat perquè l'usuari pugui expressar el que sent.

Pel que fa al lloc on es porta a terme la videoconferència, un 42,85% (n = 12) dels especialistes van remarcar que és cabdal que aquest sigui adequat i professional. El S12, per exemple, va destacar que és important assegurar un espai físic íntim. El S11, també va esmentar que aquest lloc ha de ser privat, formal i que s'utilitzi amb regularitat. El S17, es va referir al lloc on el pacient hauria de dur a terme la sessió, especificant que aquest ha de ser còmode per a ell i que no li provoqui distraccions. El S19 va mencionar la importància de la il·luminació adequada de l'espai on es fa la visita.

Quant a les habilitats i capacitats de l'especialista, els participants van indicar alguns exemples com a aspectes fonamentals per dirigir una sessió de teràpia online. Un 21,42% dels treballadors (n = 6) van coincidir amb la rellevància de ser un mateix, mantenir una escolta activa i ser un professional. La qual cosa engloba la preparació prèvia de la visita (per ex.: la

seva duració) i dels aspectes informàtics i tècnics (per ex.: la connexió a la plataforma, la seguretat i encriptació, la qualitat de la imatge). A més a més, un 7,14% dels participants (n = 2) van remarcar l'empatia i la comunicació no verbal com a aspectes determinants per assolir una teràpia satisfactòria. Per acabar, el participant S23, per una banda va remarcar la sinceritat, i d'altra banda, el S25 va mencionar les habilitats del professional (de manera més general). A nivell més superficial, el S14 també va destacar la importància de l'experiència i el rol del terapeuta. Aquest professional va fer referència a una investigació sobre l'eficàcia de la TCC en línia, i va compartir que: "aquells estudis que van incloure un terapeuta amb experiència en l'estandardització del protocol van obtenir més beneficis als símptomes d'ansietat que aquells que no van tenir aquesta experiència. Pot ser important tenir experiència prèvia en teràpia cognitivo-conductual i ser supervisat per un altre terapeuta o compartir un grup de terapeuta".

Finalment, el S14, a través de la informació extreta de la investigació sobre l'eficàcia de la TCC en línia, va emfatitzar tres factors claus per dur a terme una teràpia efectiva. Aquests tres aspectes fan referència a les característiques pròpies de la teràpia, a l'enfocament teòric de la teràpia, que sigui una TCC i a la duració de la sessió terapèutica. Pel que fa al primer punt, el S14 va indicar que tant el format individual com el grupal per a intervenir en línia en casos de depressió és beneficiós per a la reducció de la simptomatologia depressiva. Envers el segon punt, el S14 va destacar que la TCC, al tractar-se d'una teràpia altament estructurada, pot seguir un protocol d'intervenció similar al de la teràpia presencial, i per tant, sigui més fàcil d'administrar en línia. Per acabar, el S14 va indicar que es recomana utilitzar protocols d'intervenció d'entre 12-13 sessions, a raó d'una sessió setmanal de 60 minuts.

En general, i en la línia de les respostes que varen oferir els participants, cal destacar que la Teràpia Online no sembla implicar un canvi de paradigma en l'àmbit de la psicoteràpia. D'acord amb el S12, els ingredients essencials per conduir, de manera efectiva, un tractament en línia són similars als de la teràpia convencional (cara a cara), destacant, especialment l'AT (objecte d'estudi del present treball). Els resultats obtinguts van suggerir que la principal diferència amb la teràpia convencional radica en la preparació dels aspectes tècnics i informàtics, els quals requereixen un coneixement bàsic per aplicar-los adequadament.

**Taula 8**

*Anàlisi del contingut de les respostes sobre els ingredients essencials per conduir una teràpia en línia efectiva*

<b>Categoria</b>	<b>Codi</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>r</sub></b>	<b>%</b>
<b>Aliança terapèutica</b>	2	AT	16	0,571	57,14
	1	<i>Rapport</i>	10	0,285	28,57
	18	Respecte	5	0,178	17,85
	11	Vincle previ a la TO	4	0,142	14,28
	7	Compromís	3	0,107	10,71
	12	Acord en els objectius	3	0,107	10,71
	9	Confiança	2	0,07	7,14
	10	Instruccions clares	2	0,07	7,14
	5	No judici	1	0,003	3,57
	6	Espais de llibertat	1	0,003	3,57
<b>Lloc</b>	3	Adequat i professional	12	0,428	42,85
	15	Preparació prèvia de la visita	6	0,214	21,42
<b>Habilitats i capacitats del professional</b>	16	Escolta activa	6	0,214	21,42
	17	Ser una mateixa	6	0,214	21,42
	4	Empatia	2	0,07	7,14
	14	Comunicació no verbal	2	0,07	7,14
	19	Sinceritat	1	0,003	3,57
	20	Habilitats del professional	1	0,003	3,57
	24	Experiència i rol del terapeuta	1	0,003	3,57
	21	Tipus de tractament (p.ex.: individual o grupal)	1	0,003	3,57
<b>Característiques de la teràpia</b>	22	Enfocament psicològic (p.ex.: TCC)	1	0,003	3,57
	23	Duració de la intervenció	1	0,003	3,57

*Nota.* Elaboració pròpia

## 4.2. L'aliança terapèutica en la Teràpia Online

Com s'ha observat en l'apartat anterior, l'AT és un aspecte fonamental per a l'èxit de la teràpia en línia. Per això, en el present apartat s'avalua la percepció dels professionals del vincle terapèutic en entorns de teràpia en línia a través del qüestionari *Working Alliance Inventory, Therapist form* (WAI-T) (Andrade-González & Fernández-Liria, 2015b). En la Taula 9 es poden observar les puntuacions obtingudes pels professionals en el WAI-T:

**Taula 9**

*Descripció de les variables del WAI-T*

		<b>Escala total del WAI-T</b>	<b>Sub-escala vincle WAI-T</b>	<b>Sub-escala tasques WAI-T</b>	<b>Sub-escala objectius WAI-T</b>
<b>N</b>	Vàlid	28	28	28	28
<b>Mitjana</b>		6,110	6,267	6,145	5,916
<b>SD</b>		0,379	0,414	0,421	0,484
<b>Mínim</b>		5,44	5,33	5,17	4,75
<b>Màxim</b>		6,83	7,00	6,83	6,92

*Nota.* Elaboració pròpia

Per tal d'estudiar si existia una correlació significativa entre les 3 sub-escals del WAI, es va realitzar una correlació bivariada de Pearson. Com es mostra en la Taula 10, es van observar unes correlacions estadísticament significatives entre la tres sub-escals. Per aquest motiu es



pot afirmar que el WAI-T avalua constructes correlacionats entre si i que tenen relació amb l'aliança terapèutica.

**Taula 10**

*Coefficient de correlació bivariada de Pearson entre els sub-escals (vincl, objectius, tasques) del WAI-T*

		SE vincl WAI-T	SE tasques WAI-T	SE objectius WAI-T
SE vincl WAI-T	Correl. Pearson	1	0,576**	0,505**
	Sig.		0,001	0,006
	N	28	28	28
SE tasques WAI-T	Correl. Pearson	0,576**	1	0,751**
	Sig.	0,001		<0,001
	N	28	28	28
SE objectius WAI-T	Correl. Pearson	0,505**	0,751**	1
	Sig.	0,006	<0,001	
	N	28	28	28

Nota. \*\*. Correlació significativa al nivell 0.01 (bilateral)

A continuació, per tal de comprovar si existien diferències estadísticament significatives entre l'escala total i les tres sub-escals (SE) del WAI-T en funció del gènere dels participants es va aplicar la prova de T-Student per a mostres independents. En la Taula 11 es troben els estadístics descriptius:

**Taula 11**

*Descripció de la variable de percepció de l'escala total i les tres sub-escals del WAI-T en funció del gènere*

Gènere	N	SE vincl WAI-T		SE tasques WAI-T		SE objectius WAI-T		Escala total WAI-T	
		Mitjana	DT	Mitjana	DT	Mitjana	DT	Mitjana	DT
<b>Home</b>	9	<b>6,213</b>	<b>0,532</b>	<b>6,148</b>	0,367	5,879	0,395	6,080	0,389
<b>Dona</b>	19	<b>6,294</b>	<b>0,360</b>	<b>6,144</b>	0,454	5,932	0,530	6,124	0,384

Nota. Elaboració pròpia

Els resultats van demostrar que no hi havia diferències estadísticament significatives en la puntuació total del WAI-T en funció del gènere dels participants. ( $F = 0,046$ ,  $p = 0,780$ ). Així com tampoc es van observar diferències significatives en les sub-escals de vincl ( $F = 4,841$ ,  $p = 0,639$ ), tasques ( $F = 0,805$ ,  $p = 0,984$ ) i objectius ( $F = 0,597$ ,  $p = 0,786$ ) del WAI-T. Per tant, els resultats van mostrar que l'aliança terapèutica és manté estable, independentment del gènere dels participants, perquè no hi havien diferències entre homes i dones.

Amb l'objectiu d'avaluar si hi havia relació entre l'edat dels participants i la puntuació obtinguda en el WAI-T i les seves sub-escals, es va aplicar la correlació bivariada de Pearson (vegeu Taula 12). En aquest sentit, en general, les puntuacions dels professionals no van variar d'una manera significativa en funció de l'edat dels participants. És a dir, no es van trobar

correlacions significatives i, per tant, la puntuació total del WAI-T i de les tres sub-escales no van variar en funció de l'edat dels participants.

**Taula 12**

*Prova coeficient de correlació bivariada de Pearson per les 3 sub-escales i escala total del WAI-T en funció de l'edat*

		SE vincle WAI-T	SE tasques WAI-T	SE objectius WAI-T	Escala total WAI-T
Edat	<b>Correl. Pearson</b>	-,179	-,154	,070	-,093
	<b>Sig.</b>	,362	,434	,725	,639
	<b>N</b>	28	28	28	28

*Nota.* Elaboració pròpia

Finalment, per tal d'examinar si s'establí una relació entre l'escala total i les tres sub-escales (SE) del WAI-T en funció dels anys d'experiència en l'àmbit de la TO, es va aplicar el coeficient de correlació bivariada de Pearson (vegeu Taula 13). Els resultats van mostrar que s'establí una relació negativa no significativa entre l'escala total i les tres sub-escales del WAI-T en funció dels anys d'experiència en l'àmbit de la TO del participant.

**Taula 13**

*Prova coeficient de correlació bivariada de Pearson per les 3 sub-escales i escala total del WAI-T en funció dels anys d'experiència d'ús TO*

		SE vincle WAI-T	SE tasques WAI-T	SE objectius WAI-T	Escala total WAI-T
Anys d'ús TO	<b>Correl. Pears on</b>	-,079	-,205	,068	-,080
	<b>Sig.</b>	,694	,305	,736	,693
	<b>N</b>	27	27	27	27

*Nota.* Elaboració pròpia

Per una banda, per tal de comprovar si hi havia relació entre les puntuacions del WAI-T i les seves tres sub-escales, amb la percepció de l'eficàcia i l'eficiència percebuda pels participants envers la TO, es va aplicar una correlació bivariada de Pearson (vegeu Taula 14). Per una banda, es van poder observar dues correlacions estadísticament significatives entre: la sub-escala de tasques i l'eficàcia ( $r = 0.380$ ,  $p = 0.046$ ) i la puntuació total del WAI-T i l'eficàcia ( $r = 0.478$ ,  $p = 0.010$ ). Això va indicar que hi ha relació entre l'eficàcia de la TO i la puntuació total del WAI-T i la sub-escala de tasques.

D'altra banda, també es van observar dues correlacions estadísticament significatives entre: la sub-escala de tasques i l'eficiència ( $r = 0.399$ ,  $p = 0.035$ ) i l'escala total i l'eficiència de la TO ( $r = 0.475$ ,  $p = 0.011$ ). Per aquest motiu, aquests resultats van suggerir que com major era la puntuació del professional a la sub-escala de tasques i a l'escala total del WAI-T en la teràpia en línia, més eficient la considerava.

**Taula 14**

*Prova coeficient de correlació bivariada de Pearson per les 3 sub-escales i escala total del WAI-T en funció de l'eficàcia i eficiència de la TO*

		SE vincle WAI-T	SE tasques WAI-T	SE objectius WAI-T	Escala total WAI-T
<b>Eficàcia TO</b>	<b>Correl. Pearson</b>	,046	,380*	,361	,478*
	<b>Sig.</b>	,817	,046	,059	,010
	<b>N</b>	28	28	28	28
<b>Eficiència TO</b>	<b>Correl. Pearson</b>	,011	,399*	,354	,475*
	<b>Sig.</b>	,958	,035	,065	,011
	<b>N</b>	28	28	28	28

Nota. \*. Correlació significativa al nivell 0.05 (bilateral)

### 4.3. Percepció de la plataforma CITA.IO

#### 4.3.1. Elements més i menys utilitzats de la plataforma digital CITA.IO

En relació amb els elements més utilitzats de la plataforma digital CITA.IO (vegeu Taula 15), cal destacar que la majoria dels professionals de la salut mental van informar que fan servir la videoconferència (78,57% n = 22). A continuació, els segons elements més emprats d'aquesta plataforma van ser la història clínica i l'agenda (32,14%, n = 9). Per acabar, un professional va esmentar que un accessori que també acostumava a utilitzar va ser el calendari, i un altre especialista, els contactes. D'altra banda, quant als elements menys utilitzats, un 7,14% (n = 2) dels professionals van mencionar que no utilitzaven la resta d'aplicacions (per ex.: directori d'empreses, bloqueig de sales de treball, llistes de sessions i factures, emissió de factures...). Alguns d'aquests participants que si van contestar aquest apartat, van concretar que les opcions que menys fan servir són el xat, la passarel·la de pagaments i la gestió administrativa.

**Taula 15**

*Anàlisi del contingut de respostes sobre els elements més i menys utilitzats de CITA.IO*

	<b>Categoria</b>	<b>Codi</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>r</sub></b>	<b>%</b>
<b>Elements més utilitzats</b>	Videoconferència	1	22	0,785	78,5
	Història clínica	2	9	0,321	32,1
	Agenda	3	9	0,321	32,1
	Calendari	4	1	0,03	3,57
	Contactes	6	1	0,03	3,57
	Resta d'aplicacions	9	2	0,007	7,14
<b>Elements menys utilitzats</b>	Xat	7	1	0,03	3,57
	Passarel·la de pagaments	9	1	0,03	3,57
	Gestió administrativa	10	1	0,03	3,57

Nota. Elaboració pròpia

### 4.3.2. Finalitats d'ús de la plataforma digital de CITA.IO

Fent referència a les finalitats d'ús, per part dels professionals de la salut mental, de la plataforma digital CITA.IO (vegeu Taula 16), el 78,67% (n = 22) va indicar que l'utilitzen per proporcionar la TO, d'aquest total: un 25.2% (n = 7) van especificar que l'utilitzaven per visitar a pacients a distància (per ex.: perquè el pacient no vivia a prop del centre o perquè treballava a l'estranger) i un 7,14% dels participants (n = 2) van explicar que la motivació d'ús d'aquesta plataforma digital era per la videoconferència. La resta de professionals no van expressar en més detall el motiu pel qual realitzaven la TO en aquesta plataforma (46,42%; n = 13). Altres finalitats d'ús que van compartir els participants feien referència al tipus de visita que realitzaven: tres professionals van indicar que utilitzaven CITA.IO per fer un seguiment a aquells usuaris que es troben en règim ambulatori (10,71%) i, un especialista va referir utilitzar CITA.IO per fer un ingrés a un pacient nou (3,57%). Finalment, un 17,85% (n = 5) dels participants van explicar que un dels motius pels quals feien servir CITA.IO va ser per aprofitar els accessoris que aquesta plataforma ofereix: un 10,71% (n = 3) va fer referència al control i seguiment de la història clínica i, un 7,14% (n = 1) van destacar l'organització de l'agenda.

**Taula 16**

*Anàlisi del contingut de les respostes sobre les finalitats d'ús dels professionals de la plataforma CITA.IO*

<b>Categoria</b>	<b>Codi</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>r</sub></b>	<b>%</b>
<b>Teràpia Online</b>	2	Teràpia en línia	13	0,464	46,42
	4	Visitar a pacients a distància	7	0,25	25
	7	Videoconferència	2	0,007	7,14
<b>Tipus de visita</b>	1	Ambulatori	3	0,107	10,71
	5	Ingrés	1	0,03	3,57
<b>Ús d'accessoris</b>	3	Control de la història clínica	3	0,107	10,71
	6	Organització de l'agenda	2	0,007	7,14

*Nota.* Elaboració pròpia

### 4.3.3. Punts forts i aspectes a millorar de la plataforma digital CITA.IO

Fent referència als punts forts i als aspectes a millorar de la plataforma CITA.IO, les respostes dels participants es van poder agrupar en cinc categories respecte als aspectes positius de la plataforma digital (protecció de dades, accessibilitat, paracticitat, accessoris i altres) i en tres categories en relació amb els punts dèbils de CITA.IO (accessoris, aspectes tècnics, altres) (vegeu Taula 17). Per una banda, envers als professionals que van especificar quins elements consideren que CITA.IO hauria de canviar sobre els accessoris proporcionats: un 10,71% de les respostes van associar-se a la història clínica (HC) (per ex.: “que aquesta estigui vinculada amb la HC de la clínica”, “la seva estructura”, “accés a carregar la HC”). Un 7,14% (n = 2) a

la facturació, en què un participant va mencionar els pagaments (sense entrar en més detall) i, un altre professional va especificar que li agradaria “que els usuaris puguin pagar abans de fer les sessions per tal d’evitar que no quedin sessions sense cobrar”. I, un 3,57% (n = 1) dels professionals es van referir als elements de la plataforma, com per exemple: a l’estructura de l’agenda, als tipus de sessions que ofereixen (a un subjecte li agradaria poder fer una videoconferència amb més d’un usuari) i el desig que CITA.IO oferís més serveis. Envers a la segona etiqueta, les respostes es van enfocar a comentar aspectes tècnics, com són la qualitat de la imatge, el so (on un professional va indicar que li agradaria que es pogués bloquejar el so quan es necessites), la videotrucada i, en general, la plataforma (sense especificar res en concret). A més a més, dos especialistes van afegir i destacar la lentitud de l’estructura digital, on un d’ells va expressar que li agradaria que les dades es poguessin carregar més ràpidament. Finalment, sobre la última etiqueta, altres, un 7,14% (n = 2) dels professionals van expressar que en el moment de contestar aquesta pregunta no se’ls hi va acudir res i, un professional va compartir que no canviaria res.

D’altra banda, en relació amb les fortaleces de la plataforma, els elements més destacats per part dels professionals van girar entorn a la protecció de dades que ofereix CITA.IO (tant pel que fa a la seguretat, confidencialitat i encriptació de les dades com en la seva fiabilitat) i, a la seva practicitat (tant en termes d’utilitat, senzillesa i comoditat, per ex.: que es pugui fer la TO des de qualsevol lloc, què es una plataforma intuïtiva), ambdues, amb una freqüència del 42,85% (n = 12). A continuació, altres aspectes força comentats van ser els mateixos accessoris proporcionats per la plataforma. Dels quals, els més elogiats per a la seva utilitat varen ser l’agenda, la història clínica i la videoconferència (cada una amb un 10,71%; n = 3). I, uns altres dos elements també remarcats per la seva funcionalitat van ser la facturació (7,14%) i el fet de poder fer anotacions (7,14%). Per acabar, en relació amb la categoria de l’accessibilitat de la plataforma: un 14,28% (n = 4) van valorar aquest aspecte sense entrar en més detall, i dos professionals van valorar positivament que CITA.IO els permet tenir accés a aquells pacients que no poden assistir al centre de manera presencial perquè es troben en altres localitzacions del món (7,14%).

**Taula 17***Anàlisi del contingut de les respostes sobre els punts forts i aspectes a millorar de la plataforma CITA.IO*

	<b>Categoria</b>	<b>Codi</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>fr</b>	<b>%</b>	
<b>Punts forts</b>	Protecció de dades	2	Seguretat	6	0,214	21,42	
		14	Confidencialitat	2	0,07	7,14	
		29	Encryptació	2	0,07	7,14	
		10	Fiabilitat	2	0,07	7,14	
	Accessibilitat	8	Accessibilitat	4	0,142	14,28	
		7	Accés a pacients que es troben en localitzacions allunyades	2	0,07	7,14	
	Practicitat	12	Fàcil d'utilitzar	8	0,285	28,57	
		5	Què es pugui fer des de qualsevol lloc del món	2	0,07	7,14	
		6	Útil	1	0,003	3,57	
		16	Intuïtiva	1	0,003	3,57	
		3	Històrica clínica	3	0,107	10,71	
	Accessoris	9	Agenda	3	0,107	10,71	
		17	Videoconferència	3	0,107	10,71	
		4	Facturació	1	0,003	3,57	
		11	Anotacions	1	0,003	3,57	
	Altres	13	Qualitat de la connexió	1	0,003	3,57	
		1	Interfase	1	0,003	3,57	
	<b>Aspectes a millorar</b>	Accessoris	3	Històrica clínica	3	0,107	10,71
			4	Facturació	2	0,07	7,14
		9	Agenda	1	0,003	3,57	
28		Que ofereixi més serveis	1	0,003	3,57		
22		Tipus de sessions	1	0,003	3,57		
Aspectes tècnics		18	Qualitat de la imatge	1	0,003	3,57	
		19	Qualitat del so	1	0,003	3,57	
		20	Qualitat de la plataforma	1	0,003	3,57	
		23	Qualitat de la videotrucada	1	0,003	3,57	
Altres		28	Lentitud de la plataforma	2	0,07	7,14	
		24	No se'm acut res	2	0,07	7,14	
		25	Cap	1	0,003	3,57	

*Nota.* Elaboració pròpia

#### **4.3.4. Percepció del professional de la salut mental sobre el grau de comprensió i ús de la plataforma digital CITA.IO**

En relació a la percepció sobre el grau de comprensió i ús de la plataforma digital CITA.IO (vegeu Taula 18), els professionals l'han mesurat amb una puntuació mitjana de 8,86 (D.T. = 1.433), amb una puntuació mínima de 4 i màxima de 10. Això significa que CITA.IO és una plataforma que resulta fàcil d'utilitzar i entendre per part dels professionals de la salut mental.

**Taula 18***Descripció de la variable grau de comprensió i ús de CITA.IO*

N	Vàlid	28
<b>Mitjana</b>		8,86
<b>Desviació típica</b>		1,433
<b>Mínim</b>		4
<b>Màxim</b>		10

*Nota. Elaboració pròpia*

#### 4.3.5. Grau de percepció de la similitud de la TO i de la TP a partir dels serveis oferts en la plataforma digital CITA.IO

Pel que fa a la percepció dels professionals envers la similitud de la TO i de la TP a partir dels serveis proporcionats per CITA.IO (per ex.: videoconferència, gestió administrativa, agenda, visualització de l'historial clínic de l'usuari, etc.) (vegeu Taula 19), els participants van obtenir una puntuació mitjana de 7,32 (D.T. = 1.867), amb una puntuació mínima de 3 i una màxima de 10. És a dir, en general els participants van percebre que la TO i la TP, amb l'ajuda dels accessoris oferts per CITA.IO, són força similars.

**Taula 19***Descripció de la variable del grau de percepció de la similitud de la TO i TP*

N	Vàlid	28
<b>Mitjana</b>		7,32
<b>Desviació típica</b>		1,867
<b>Mínim</b>		3
<b>Màxim</b>		10

*Nota. Elaboració pròpia*

#### 4.3.6. Percepció de l'eficàcia i l'eficiència dels professionals de la salut mental envers la plataforma digital CITA.IO

Pel que fa a la percepció de l'eficàcia i l'eficiència dels professionals sobre CITA.IO (vegeu Taula 20), per una banda, els participants van valorar l'eficàcia de la plataforma amb una puntuació mitjana de 8,36 (D.T. = 1,569), amb una puntuació mínima de 4 i una màxima de 10. D'altra banda, els professionals van avaluar l'eficiència de la plataforma amb una puntuació mitjana de 8,21 (D.T. = 1,641), amb una puntuació mínima de 4 i una màxima de 10.

**Taula 20***Descripció de la variable del grau de percepció de l'eficàcia i l'eficiència dels professionals*

N	Vàlid	Grau d'eficàcia de CITA.IO	Grau d'eficiència de CITA.IO
		28	28
<b>Mitjana</b>		8,36	8,21
<b>Desviació típica</b>		1,569	1,641
<b>Mínim</b>		4	4
<b>Màxim</b>		10	10

*Nota. Elaboració pròpia*

Per tant, en la línia del que s'ha anat observant en els apartats anteriors, els professionals van considerar que la TO, en aquest cas oferta a través de CITA.IO, és eficaç i eficient.

#### 4.3.7. Grau de satisfacció dels professionals de la salut mental envers la plataforma digital CITA.IO

En quant al grau de satisfacció dels professionals sobre CITA.IO (vegeu Taula 21), aquests van obtenir una puntuació mitjana de 8,14 (D.T. = 1.799), amb una puntuació mínima de 3 i una màxima de 10. Per tant, en general, els professionals van indicar elevats nivells de satisfacció amb la plataforma.

**Taula 21**

*Descripció de la variable del grau de satisfacció dels professionals envers CITA.IO*

N	Vàlid	28
<b>Mitjana</b>		8,14
<b>Desviació típica</b>		1,799
<b>Mínim</b>		3
<b>Màxim</b>		10

*Nota.* Elaboració pròpia

#### 4.3.8. Comparació de l'AT construïda en la TO i en la TP

En relació amb les valoracions dels professionals envers l'estabilitat de l'aliança de treball en la teràpia en línia i la teràpia presencial (vegeu Taula 22): un 60,7% van contestar que l'AT que experimentaven en la TO era igual d'estable que en la TP, un 39,3% van considerar que l'AT en la TO era menys estable que en la TP i, cap professional va considerar que el vincle terapèutic en la TO era més estable que en la TP.

**Taula 22**

*Comparació de l'AT en la TO i en la TP*

	Freqüència	%	% vàlid	% acumulat
<b>El vincle terapèutic en la TO és menys estable que en la TP</b>	11	39,3	39,3	39,3
<b>El vincle terapèutic en la TO és igual d'estable que en la TP</b>	17	60,7	60,7	100,0
<b>Total</b>	28	100,0	100,0	

*Nota.* Elaboració pròpia.



## 5. Discussió

Malgrat l'increment en la pràctica de la TO, i l'existència de diversos estudis avalant l'eficàcia de la VC com a eina per a la prestació d'aquest tipus serveis, la comunitat científica ha examinat molt poc l'Aliança Terapèutica (AT) en aquest context. Actualment, una crítica que existeix envers l'ús de la TO és perquè es considera que l'AT es pot veure perjudicada a causa de l'absència de senyals no verbals i de la falta del contacte cara a cara. En el territori espanyol, aquest tipus d'estudis són inexistents. Per això, aquesta recerca té com a objectiu general estudiar la percepció de l'Aliança Terapèutica (AT) en l'àmbit de la teràpia en línia. A partir d'aquest propòsit s'han plantejat uns objectius específics i unes hipòtesis de recerca.

Per començar, fent referència a la primera hipòtesi (els professionals de la salut mental valoraran la TO com a una eina eficaç i eficient), aquesta es confirma donat que els participants van percebre la teràpia en línia com a un recurs eficaç i eficient. En aquest sentit, cal destacar que els especialistes van qualificar l'eficàcia de la TO amb una puntuació mitjana de 8 (D.T. = 1.466) i, l'eficiència amb una puntuació mitjana de 8,11 (D.T. = 1.663). Aquests resultats estan en la línia del trobat per autors com Simpson et al. (2021), Batastini et al. (2021), Fernandez et al. (2021) i Gros et al. (2013), els quals demostraren que les intervencions en línia poden ser tan efectives com la teràpia presencial. Els participants de l'actual treball, així com Batastini et al. (2021), consideren la VC és una alternativa eficaç i efectiva a la teràpia convencional (cara a cara) per satisfer la bretxa entre la necessitat d'atenció sanitària mental i la disponibilitat de recursos d'intervenció psicològica. La VC afavoreix l'accés a aquella població clínica que no li és possible assistir de manera física al centre d'atenció psicològica, per una multitud de factors. Com per exemple: perquè usuari-terapeuta es troben en diferents localitzacions del món; perquè potser el pacient necessita un psicòleg especialitzat en la seva patologia, i no hi ha un professional que compleixi amb aquests requisits en la zona on viu; per una qüestió de falta de temps; perquè l'usuari s'hagi vist obligat a emigrar a un altre país on no hi ha psicòlegs que parlin el seu idioma matern; per persones que temen l'estigmatització pel fet d'acudir a centres psicològics de manera presencial; entre d'altres. El fet d'aportar noves evidències que donen suport a l'eficàcia i l'eficiència de la TO, l'ajuden a situar-se com a una alternativa viable a la teràpia tradicional, mostrant el potencial de la videoconferència per atendre les necessitats de la salut mental i benestar des de la distància. En particular, també cal destacar que els resultats obtinguts en el present estudi han mostrat que una bona opció per oferir serveis d'atenció psicològica a distància és la plataforma CITA.IO, la qual s'ha considerat com una eina eficaç, eficient i fàcil d'utilitzar.

A continuació, en relació amb la segona hipòtesi (les característiques personals dels professionals no tindran un impacte en com els professionals valoren l'eficàcia i l'eficiència de la TO), s'ha comprovat que la percepció de l'eficàcia i l'eficiència dels professionals envers l'atenció psicològica en línia no es veuen influenciades en funció del gènere, de l'edat o els anys d'experiència del professional amb la TO. Amb la qual cosa, els resultats suggereixen que la TO és una eina eficaç i efectiva independentment d'aquestes característiques personals dels professionals de la salut mental.

Pel que fa a la literatura existent, cal destacar que autors com Békés & Doorn (2020), Perle et al. (2013) i Tonn et al. (2017) han estudiat quina influència poden tenir les actituds i expectatives dels professionals envers l'eficàcia del tractament en línia. Els tres equips d'investigació van examinar si s'establien diferències en les actituds de la TO en funció de les característiques del professional (p.ex: edat, gènere), entre altres factors. En la línia dels resultats assolits en el present treball, es va observar que el gènere i l'edat no tenien cap impacte en les actituds cap a l'ús de la tecnologia en l'àmbit de la salut mental. Malgrat que els resultats obtinguts en aquest treball suggereixen que la TO és eficaç i eficient, en un futur seria convenient dur a terme estudis de tractaments controlats i aleatoritzats en els quals s'avaluï l'eficàcia i eficiència de l'atenció psicològica en línia i en presencial.

Pel que fa a la tercera hipòtesi (El perfil d'usuari més adient per tractar en la TO és el que presenta un quadre clínic estabilitzat amb simptomatologia ansiosa i/o depressiva moderada-lleu), els resultats obtinguts en l'actual estudi concorden amb la literatura prèvia. En general, els participants d'aquest treball coincideixen amb la literatura científica en el moment de recomanar la TO per a tractar quadres clínics compensats i estables, i, per tant, trastorns mentals lleus i/o moderats (de la Torre Martí & Pardo Cebrián, 2018). En particular, la TO se situa com a una bona alternativa per a intervenir amb trastorns relacionats amb l'estat d'ànim (p.ex.: Moreno et al., 2012; Nelson et al., 2003) i l'ansietat (p.ex.: Yuen et al., 2013), com per exemple la fòbia social (p.ex.: Yuen et al., 2019) i l'agorafòbia (Bouchard et al., 2004). La TO també es recomana per actuar en casos de trastorns obsessius compulsius (Luu et al., 2020).

D'altra banda, els resultats del present estudi també coincideixen amb la literatura existent al determinar quin perfil de pacient presenta més limitacions a ser intervingut en línia. Tant els professionals que han col·laborat en aquest treball com la comunitat científica, no aconsellen tractar en línia trastorns mentals greus i/o molt greus (amb presència de simptomatologia deliroide i al·lucinògena, com per exemple, en els trastorns psicòtics) o, quan hi ha ideació

suïcida o homicida. El motiu principal és que això pot suposar una situació de risc, la qual requereixi una certa contenció que no és possible oferir a distància (de la Torre Martí & Pardo Cebrián, 2018). Stofle (2001) citat per Rochlen et al. (2004) també afirmen que la TO no és adequada per a pacients hospitalitzats o amb trastorns psiquiàtrics greus. És a dir, els clients que presenten menys possibilitats a adherir-se a una teràpia en línia són els que presenten ideacions suïcides, trastorns del pensament, trastorns límit de la personalitat o problemes mèdics no supervisats. A més a més, els participants del present estudi tampoc recomanen la TO per a les addiccions comportamentals i els trastorns d'ús de substàncies en actiu, els quals es poden vincular amb elevats nivells d'impulsivitat i dificultats per a l'autocontrol. Aquests tipus de quadres clínics descompensats necessiten l'aplicació d'unes estratègies específiques, les quals no es poden aplicar en els entorns en línia. Perquè, comparat amb la teràpia presencial, en la teràpia a distància, el professional té un menor control de la situació (de la Torre Martí & Pardo Cebrián, 2018).

Més enllà dels diferents trastorns psicològics, convé destacar que la majoria dels professionals de la salut han mencionat l'AT com a un aspecte fonamental per a facilitar l'adherència del pacient, i per tant, produir canvis clínics, en la teràpia en línia. En aquesta mateixa línia, autors com Bordin (1979), Elvins & Green (2008) o Karver et al. (2006) coincideixen quan afirmen que el vincle terapèutic es troba significativament associat als resultats clínics de la psicoteràpia.

Respecte a la quarta hipòtesi (els ingredients essencials per a conduir, de manera efectiva, una teràpia en línia seran similars als de la presencial), cal destacar que els resultats obtinguts confirmen la idea que la teràpia en línia no implica un canvi de paradigma o revolució en l'àmbit de la psicoteràpia. En aquest sentit, les habilitats i les competències del terapeuta per a guiar una sessió d'intervenció psicològica són semblants tant en la teràpia presencial com en la TO. En general, els resultats del present estudi suggereixen que els ingredients essencials per conduir, de manera efectiva, un tractament en línia són similars als de la teràpia cara a cara. La qual cosa es podria explicar pel fet que la VC, en ser una eina sincrònica i oferir la possibilitat de mantenir un contacte visual entre professional-usuari, no presenta diferències significatives respecte a la teràpia convencional (Khan et al., 2022). A més a més, un altre aspecte que s'ha observat que sembla no presentar diferències significatives són els anys d'experiència en l'àmbit de la TO.

No obstant això, respecte als ingredients essencials que van destacar els professionals d'aquest estudi perquè la psicoteràpia en línia sigui eficaç, aquests giren entorn als components bàsics que destaquen Feixas & Botella (1994), Sexton & Whiston (1994) i Wampold (2015), en particular, el vincle terapèutic. El qual, per tal de facilitar-lo i reforçar-lo els especialistes que han col·laborat en el present treball remarquen la importància que hi hagi un fort compromís per ambdues parts (professional i client) envers la teràpia, uns objectius terapèutics consensuats (els quals, han de tenir un sentit per al pacient) i la necessitat que el professional comparteixi unes instruccions clares i directes per facilitar la comprensió de l'usuari sobre el què s'està treballant a les sessions. Aquests tres elements recolzen els resultats obtinguts per Sexton & Whiston (1994) i Stefan & David (2013), que també destaquen l'ús d'intervencions terapèutiques centrades en la relació amb el client, perquè els moments on l'usuari manifesta una millora terapèutica es vinculen en aquelles situacions en què aquest percep unes clares intencions de col·laboració i ajuda del professional. A més a més, aquests autors també emfatitzen, com a ingredients essencials per a l'èxit de la psicoteràpia, la rellevància de l'acord i comprensió mútua en la formulació dels objectius terapèutics. Els quals són fonamentals en la teràpia presencial, i que, pel que s'observa, també resulten clau en la TO.

Addicionalment, altres aspectes fonamentals que van referir els professionals d'aquest treball respecte a les habilitats i capacitats dels terapeutes, van ser l'empatia i el control de la comunicació no verbal. En primer lloc, d'acord amb els resultats obtinguts en l'estudi de Reese et al. (2016), per una banda, les actituds cap a la telepsicologia i la capacitat empàtica del professional semblen ser predictors importants pel vincle terapèutic en les teràpies lliurades per la VC. I, d'altra banda, aquestes variables són similars a la psicoteràpia presencial. En segon lloc, per tal de superar els possibles malentesos que poden esdevenir per a la limitació de la visualització dels senyals no verbals en la VC, Mallen et al. (2011) proposen que si durant la sessió es fa servir el xat de la VC, que el professional indiqui explícitament la seva comprensió de les respostes emocionals del client per completar la informació. Per acabar, un altre motiu pel qual la teràpia en línia no suposa una modificació important en el paradigma de la psicoteràpia convencional és que, com bé exposen els resultats del present estudi, i sustentant la investigació publicada per Fernández et al. (2021), si aquesta es fa des de la TCC, en tractar-se d'una teràpia altament estructurada, pot seguir un protocol d'intervenció similar al de la teràpia presencial, i per tant, facilitar la conducció de la sessió en línia. En aquest sentit, Gros et al. (2013) també recomanen tenir sempre en compte els ajustos necessaris per a superar les possibles limitacions en els mateixos protocols de tractament, però tot i que aquests varien

segons el trastorn i l'enfocament del tractament, normalment no semblen influir en l'eficàcia del tractament.

De tota manera, és important destacar que per tal de dur a terme una intervenció efectiva en aquest entorn en línia, convé fer alguns ajustaments. Els quals radiquen en la necessitat de preparar, prèviament, els aspectes tècnics i informàtics, que facilitaran la conducció d'una sessió de teràpia a distància adequada. A més a més, en relació amb lloc on es farà la TO, els participants de l'actual treball, igual que Khan et al. (2022), recomanen que es faci en un espai còmode, que impliqui poques distraccions. Els professionals també coincideixen amb les aportacions de de la Torre Martí & Pardo Cebrián (2018) quan esmenten que les característiques de l'espai terapèutic on es faci la TO ha de ser una habitació que asseguri privacitat i intimitat, i que denoti professionalitat, així com que posseeixi d'una adequada il·luminació.

Seguidament, sobre la cinquena hipòtesi (estudiar si l'AT establerta en la teràpia en línia serà similar a la formada en la modalitat presencial), en primer lloc, una vegada analitzades les dades recollides a través del WAI-T, es pot afirmar que l'AT no es veu limitada en entorns de tractament en línia, és a dir, no es veu perjudicada de manera negativa. A més a més, les puntuacions mitjanes obtingudes pels participants, tant en la puntuació total com en les tres sub-escalaes del WAI-T, són lleugerament superiors a les puntuacions mitjanes extretes en l'estudi d'Andrade-González & Fernández-Liria (2015b), en el qual es va estudiar l'AT en contextos d'intervenció presencial.

En relació amb aquells professionals que adopten postures més contràries a la teràpia en línia, cal destacar que una de les raons principals és la seva preocupació envers l'establiment d'una bona AT, a causa de l'absència de senyals no verbals i del contacte cara a cara. Per aquests motius consideren que no es podrà generar el mateix vincle terapèutic que en la teràpia presencial. Tanmateix, autors com Reese et al. (2016), Sucala et al. (2012), Stefan & David, (2013), Cohen & Kerr (1999), Simpson & Reid (2014) i Simpson et al. (2021) han demostrat que l'AT construïda en els entorns en línia no és menor que l'observada en la TP.

En aquesta mateixa línia, pel que fa a la comparació de l'AT construïda en l'entorn en línia i en la teràpia convencional (cara a cara), els resultats del present estudi suggereixen que, com s'ha dit anteriorment, l'aliança de treball pot arribar a ser igual o lleugerament superior que en la presencial. Per això, la majoria dels professionals (60,7%; N = 17) van percebre que el vincle

terapèutic format en la TO és igual d'estable que en la presencial. Per tant, aquests resultats sostenen descobriments com els de Rees & Stone (2005), Simpson & Reid (2014), Sucula (2012) i Stefan & David (2013). Els quals, generalment indiquen que la teràpia en línia és equivalent que la teràpia presencial, en termes de vincle terapèutic.

En resposta a la sisena hipòtesi (les característiques personals del professional no tindran una influència en com els professionals perceben l'AT establerta amb els usuaris en la TO), no s'ha observat que les dades personals dels professionals tinguin cap impacte en com aquests perceben l'AT. És a dir, s'ha comprovat que l'AT no varia en funció del gènere, de l'edat o els anys d'experiència de l'especialista amb la TO. Per aquest motiu, es pot afirmar que l'atenció psicològica en línia es pot establir un bon vincle terapèutic independentment de les característiques personals dels professionals. D'acord amb el què s'ha comentat anteriorment, a l'hora d'establir una bona AT el més rellevant és que: hi hagi un fort compromís tant pel professional com pel client envers la teràpia; s'estableixin uns objectius terapèutics consensuats; el professional comparteixi unes instruccions clares i directes per facilitar la comprensió de l'usuari sobre què s'està treballant a les sessions; i, que hi hagi empatia i un control de la comunicació no verbal. A més a més, que es facin els ajustaments tècnics i informàtics necessaris per dur a terme una intervenció efectiva en aquest entorn en línia.

Per una banda, sobre la relació entre el gènere dels professionals amb la valoració de l'aliança de treball, vinculant els resultats extrets en l'actual treball amb la literatura existent, cal destacar que Wintersteen et al. (2005) i Cottone et al. (2003), no van poder demostrar que el gènere condueixi a una millora dels resultats clínics del pacient, i per tant, a una qualificació de l'AT més elevada. D'altra banda, en relació amb la influència dels anys d'experiència del professional en l'àmbit de la TO sobre la formació de l'AT, els resultats obtinguts en el present treball són consistents amb els resultats extrets en l'estudi de Grete Hersoug et al. (2001) i Dunkle & Friedlander (1996), els quals mostraven que l'experiència del terapeuta i la seva formació professional no influencien, de manera significativa, la manera en com els pacients valoraven el seu vincle terapèutic.

Fent referència a la setena hipòtesi (la percepció del professional entorn l'AT tindrà un efecte en com aquests experimenten l'eficàcia i eficiència de la TO), en el present estudi s'ha observat que, existeix una estreta relació entre la valoració de l'especialista sobre l'eficàcia i eficiència de la TO amb la vivència, en general, de l'AT en el tractament en línia. En aquest sentit, i en la línia dels resultats trobats per autors com King et al. (2006), Knaevelsrud & Maercker (2006),

i Knaevelsrud & Maercker (2007), els quals van investigar l'impacte que té l'AT en els resultats clínics finals obtinguts en el tractament a distància. Aquests tres estudis van mostrar que els pacients que van valorar l'aliança amb unes puntuacions més elevades van ser els que van presentar una major reducció de la simptomatologia pròpia que s'estaven tractant (p.ex.: ansietat, estrès post-traumàtic).

En el present estudi també es va observar una correlació estadísticament significativa entre la percepció de l'eficàcia i eficiència de la TO amb la qualificació de la dimensió de tasques de l'AT, és a dir, amb l'acord en l'assignació de les activitats a realitzar al llarg del tractament per assolir els objectius terapèutics plantejats en l'inici de la teràpia. Greenberg & Webster (1982) en un estudi per avaluar l'AT entre terapeuta-pacient en la psicoteràpia gestàltica van administrar el WAI a una mostra de 6 terapeutes i 31 pacients (amb dificultats en la presa de decisions). Els resultats van mostrar que els usuaris havien extret una relació estadísticament significativa entre les puntuacions de la sub-escala tasques del WAI-P i els resultats del tractament. Per tant, l'acord mutu en l'assignació de les tasques al llarg del procés terapèutic és un factor determinant tant pel terapeuta com pel pacient, perquè aquest determinarà si el tractament a distància ha estat eficaç o no. Així doncs, els resultats del present estudi confirmen les troballes obtingudes per Greenberg & Webster (1982), però en un entorn d'intervenció en línia.

Així doncs, els resultats obtinguts en el present treball i ofereixen noves evidències al fet que: 1) l'AT és un element central en la psicoteràpia (tant en la modalitat presencial com online), 2) existeix una relació significativa entre la construcció de l'AT i la percepció de l'eficàcia i eficiència de la TO i, 3) no hi hagi una diferència significativa entre l'AT establerta de manera online i de manera presencial, la qual cosa permet assegurar que no existeixen diferències significatives al respecte entre la pràctica professional de la TO i la teràpia presencial.

Finalment, pel que fa a la vuitena hipòtesi (els professionals de la salut mental valoraran en elevats nivells de satisfacció la plataforma CITA.IO, així com l'avaluaran com a una eina eficaç i efectiva per proporcionar els seus serveis a distància), s'ha observat que els professionals que fan servir CITA.IO mostren elevats índexs de satisfacció. Perquè, per una banda, és una plataforma digital fàcil d'utilitzar i comprendre. I, per l'altra, és una plataforma que proporciona uns serveis segurs, encriptats i que permeten mantenir la confidencialitat dels pacients. Així mateix, també s'ha observat que aquesta plataforma permet realitzar el tractament en línia amb una elevada eficàcia i eficiència, afavorint que la teràpia a distància no

divergeixi tant envers la presencial, dins de les seves possibilitats. Per aquest motiu, i en resposta a les preocupacions manifestades per aquells professionals que adopten una posició més reticent a la TO per qüestions de seguretat i protecció de la confidencialitat, el fet de poder aportar les valoracions de professionals envers una plataforma segura i encriptada, que compleix amb la GDPR permet donar més rigorositat i fiabilitat a la teràpia en línia. Per acabar, tot i que CITA.IO es presenta com a una potencial eina com a alternativa a la teràpia presencial, en un futur serà d'interès explorar i estudiar l'ús d'altres plataformes que ofereixen serveis semblants.

## **6. Conclusions**

En el present treball es tenia com a objectiu principal estudiar la percepció dels professionals de la salut mental envers l'Aliança Terapèutica (AT) en l'àmbit de la teràpia en línia. Una vegada analitzades les dades, s'ha pogut comprovar que els especialistes valoren positivament l'eficàcia i eficiència de l'atenció psicològica a distància, independentment de les seves característiques personals. A més a més, s'ha observat que els professionals consideren que la TO és més eficaç i eficient, sobretot, per a aquells pacients amb un perfil jove, que presenten un quadre clínic compensat amb una patologia mental lleu i/o moderada (p.ex.: trastorns ansiosos i de l'estat d'ànim). A més a més, els resultats també han expressat que la teràpia en línia no sembla implicar un canvi de paradigma en l'àmbit de la psicoteràpia. Perquè, en relació amb els ingredients essencials necessaris per conduir, de manera efectiva, una sessió psicològica en línia són similars als de la modalitat presencial.

En segon lloc, en relació amb la percepció dels especialistes quant al vincle terapèutic en la psicoteràpia en línia, els participants han considerat que l'AT és un element central en la psicoteràpia (tant en la modalitat presencial com en línia). I, que aquesta, no es veu perjudicada de manera negativa en el tractament en línia. Per aquest motiu, al no haver-hi una diferència significativa entre l'AT establerta de manera online i de manera presencial, es pot afirmar que no existeixen diferències significatives entre la pràctica professional de TO i la teràpia presencial. A més, també s'ha observat que en la teràpia en línia es pot establir una bona aliança de treball independentment de les característiques personals dels professionals. Així mateix, els resultats també han mostrat que existeix una estreta relació entre la valoració de l'especialista sobre l'eficàcia i eficiència de la TO amb la vivència, en general, de l'AT en el tractament en línia.



En tercer i últim lloc, pel que fa a la valoració dels professionals de la salut mental respecte la plataforma CITA.IO, generalment, aquests l'han puntuada com a una eina eficaç i eficient per proporcionar els serveis a distància de manera segura. Així mateix, també s'ha pogut provar que aquesta plataforma facilita que la teràpia a distància no sigui tan diferent de la presencial, dins de les seves possibilitats.

Fent referència a les limitacions del present estudi, convé destacar que, en tractar-se d'un disseny no experimental transversal, el tampany de la mostra amb la qual s'ha comptat per al desenvolupament d'aquest treball ha estat petita ( $N = 28$ ). Per aquest motiu, no s'han pogut demostrar diferències estadísticament significatives entre les característiques personals dels professionals (edat, gènere, anys d'experiència amb l'ús de la TO) i les seves percepcions envers l'eficàcia i eficiència de la TO, ni en les seves valoracions respecte a l'AT construïda en els tractaments en línia.

Per a futures investigacions en aquesta línia de treball, seria convenient ampliar la mida de la mostra per tal d'augmentar la significativitat de l'estudi. Així mateix, també seria beneficiós fer una investigació amb tractaments controlats i aleatoritzats, en els quals s'avalués: per una banda, l'eficàcia i eficiència de l'atenció psicològica en línia i en presencial. I, d'altra banda, s'analitzés la qualitat de l'AT construïda en la TO i la teràpia convencional (cara a cara). A més a més, el present treball es tracta d'un estudi focalitzat en l'ús de la plataforma CITA.IO. En aquest sentit, seria interessant dur a terme estudis similars en els quals s'examini l'ús d'altres plataformes digitals que possibilitin la pràctica de la TO d'una manera segura i confidencial, i, per tant, que respectin la GDPR.

## 7. Bibliografía

- AFP in Helsinki. (2020). “Shocking” hack of psychotherapy records in Finland affects thousands. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/oct/26/tens-of-thousands-psychotherapy-records-hacked-in-finland>
- Albornoz, M., & Mata, J. (2009). Capítulo 5: Sector TICs. In M. Albornoz & J. Mata (Eds.), *MANUAL DE LISBOA 2009 Pautas para la interpretación de los datos estadísticos disponibles y la construcción de indicadores referidos a la transición de Iberoamérica hacia la Sociedad de la Información* (pp. 96–110). <https://oei.int/publicaciones/manual-de-lisboa-pautas-para-la-interpretacion-de-los-datos-estadisticos-disponibles-y-la-construccion-de-indicadores-referidos-a-la-transicion-de-iberoamerica-hacia-la-sociedad-de-la-informacion>
- Alsina-Jurnet, I. (2015). *Expanding Learning Scenarios Opening Out the Educational Landscape AUGMENTED REALITY IN ONLINE EDUCATIONAL CONTEXTS: THE UOC CASE STUDY*. 9–12. <https://doi.org/10.38069/edenconf-2015-ac-0089>
- Alsina-Jurnet, I., Carvallo-Beciu, C., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2007). Validity of virtual reality as a method of exposure in the treatment of test anxiety. *Behavior Research Methods*, 39(4), 844–851. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/validity-virtual-reality-as-method-exposure/docview/204303053/se-2>
- Alsina-Jurnet, I., & Guàrdia-Ortiz, L. (2015). Augmented Reality in online educational contexts: The UOC case study. *Expanding Learning Scenarios Opening Out the Educational Landscape*, 9–12. <https://doi.org/10.38069/edenconf-2015-ac-0089>
- Alsina-Jurnet, I., Gutiérrez-Maldonado, J., & Rangel-Gómez, M. V. (2011). The role of presence in the level of anxiety experienced in clinical virtual environments. *Computers in Human Behavior*, 27(1), 504–512. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.09.018>
- American Psychiatric Association. (2021). *Psychiatrists Use of Telepsychiatry During COVID-19 Public Health Emergency*.
- American Psychological Association. (2020). *Psychologists embrace telehealth to prevent the spread of COVID-19*. American Psychological Association.

[https://www.apaservices.org/practice/legal/technology/psychologists-embrace-telehealth?\\_ga=2.27001727.354145242.1641383633-198884689.1618419733](https://www.apaservices.org/practice/legal/technology/psychologists-embrace-telehealth?_ga=2.27001727.354145242.1641383633-198884689.1618419733)

American Psychological Association. (2021). *Worsening mental health crisis pressures psychologist workforce*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/reports/practitioner/covid-19-2021>

Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015a). Adaptación española del Working Alliance Inventory (WAI). Propiedades psicométricas de las versiones del paciente y del terapeuta (WAI-P y WAI-T). *Anales de Psicología*, 31(2), 524–533. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.177961>

Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015b). Adaptación española del Working Alliance Inventory (WAI). Propiedades psicométricas de las versiones del paciente y del terapeuta (WAI-P y WAI-T). *Anales de Psicología*, 31(2), 524–533. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.177961>

Arztkonsultation ak GmbH. (2020). *mentavio*. <https://www.mentavio.es/>

Asociación de Especialistas en Atención Psicológica por Videoconferencia. (2015). *El futuro es presente*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. <https://www2.uned.es/psicologiaabierta/aeapv/fep.htm>

Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. In *Annals of Behavioral Medicine* (Vol. 38, Issue 1, pp. 4–17). <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>

Barak, A., Klein, B., Psych, D., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4–17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>

Batastini, A. B., Paprzycki, P., Jones, A. C. T., & MacLean, N. (2021). Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 83). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101944>

- Baus, O., & Bouchard, S. (2014). Moving from virtual reality exposure-based therapy to augmented reality exposure-based therapy: A review. In *Frontiers in Human Neuroscience* (Vol. 8, Issue MAR). Frontiers Media S. A. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00112>
- Békés, V., & Doorn, K. A. van. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 238–247. <https://doi.org/10.1037/int0000214>
- Bischoff, R. J., Hollist, C. S., Smith, C. W., & Flack, P. (2004). Addressing the mental health needs of the rural underserved: Findings from a multiple case study of a behavioral telehealth project. *Contemporary Family Therapy*, 26(2), 179–19.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260. [https://clinica.ispa.pt/ficheiros/areas\\_utilizador/user11/63.\\_the\\_generalizability\\_of\\_the\\_psychoanalytic\\_concept\\_of\\_the\\_working\\_alliance.pdf](https://clinica.ispa.pt/ficheiros/areas_utilizador/user11/63._the_generalizability_of_the_psychoanalytic_concept_of_the_working_alliance.pdf)
- Bornas, X., Rodrigo, T., Barceló, F., & Toledo, M. (2002). Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: una revisión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 533–541.
- Borrelli, B., & Ritterband, L. M. (2015). Special issue on eHealth and mHealth: Challenges and future directions for assessment, treatment, and dissemination. *Health Psychology*, 34, 1205–1208. <https://doi.org/10.1037/hea0000323>
- Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A., Quero, S., Guillén, V., & Marco, H. J. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y comunicación en psicología clínica. *UOC Papers*, 4, 32–41. <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/botella.pdf>
- Botella, C., Riva, G., Gaggioli, A., Wiederhold, B. K., Alcaniz, M., & Baños, R. M. (2012). The present and future of positive technologies. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(2), 78–84. <https://doi.org/10.1089/cyber.2011.0140>
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., Renaud, P., & Lapierre, J. (2004). Delivering Cognitive-Behavior Therapy for Panic Disorder with

- Agoraphobia in Videoconference. In *TELEMEDICINE JOURNAL AND e-HEALTH* (Vol. 10, Issue 1).
- Bradford, G. K. (2007). The play of unconditioned presence in existential-integrative psychotherapy. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 39(1), 23–47. <https://www.atpweb.org/jtparchive/trps-39-07-01-23.pdf>
- Brown, F. W. (1998). *Rural Telepsychiatry*. 49(7).
- Burdea, G. C., & Coiffet, P. (1994). *Virtual Reality Technology* (Second Edition). Wiley-Interscience .  
[https://files.isec.pt/DOCUMENTOS/SERVICOS/BIBLIO/INFORMA%C3%87%C3%95ES%20ADICIONAIS/Virtual-reality-2ed\\_Burdea.pdf](https://files.isec.pt/DOCUMENTOS/SERVICOS/BIBLIO/INFORMA%C3%87%C3%95ES%20ADICIONAIS/Virtual-reality-2ed_Burdea.pdf)
- Burke, M. J., & Normand, J. (1987). Computerized Psychological Testing: Overview and Critique. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18(1), 42–51. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.18.1.42>
- Carmona, C. B., & Fuentealba, S. C. (2018). Una mirada histórica del impacto de las TIC en la sociedad del conocimiento en el contexto nacional actual. *Contextos Estudios de Humanidades y Ciencias Sociales*, 41, 1–19. <http://revistas.umce.cl/index.php/contextos/article/view/1386>
- Chen, C. H., Lee, I. J., & Lin, L. Y. (2015). Augmented reality-based self-facial modeling to promote the emotional expression and social skills of adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 396–403. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.015>
- Christensen, H., & Hickie, I. B. (2010). E-mental health a new era in delivery of mental health services. *The Medical Journal of Australia*, 192(11), S2–S3. <https://doi.org/https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb03684.x>
- CITA.IO. (2020). *CITA.IO*. <https://cita.io/>
- Clus, D., Larsen, M. E., Lemey, C., & Berrouiguet, S. (2018). The use of virtual reality in patients with eating disorders: Systematic review. In *Journal of Medical Internet Research* (Vol. 20, Issue 4). JMIR Publications Inc. <https://doi.org/10.2196/jmir.7898>

- Cohen, G. E., & Kerr, B. A. (1999). Computer-Mediated Counseling. *Computers in Human Services, 15*(4), 13–26. [https://doi.org/10.1300/j407v15n04\\_02](https://doi.org/10.1300/j407v15n04_02)
- Colby Mark, K. (1975). *Artificial Paranoia. A Computer Simulation of Paranoid Processes* (A. P. Goldstein & L. Krasner, Eds.; 1st ed.). Pergamon .
- Colombo, D., Fernández-Álvarez, J., Patané, A., Semonella, M., Kwiatkowska, M., García-Palacios, A., Cipresso, P., Riva, G., & Botella, C. (2019). Current state and future directions of technology-based ecological momentary assessment and intervention for major depressive disorder: A systematic review. In *Journal of Clinical Medicine* (Vol. 8, Issue 4). MDPI. <https://doi.org/10.3390/jcm8040465>
- Colosimo, K. A., & Pos, A. E. (2015). A rational model of expressed therapeutic presence. *Journal of Psychotherapy Integration, 25*(2), 100–114. <https://doi.org/10.1037/a0038879>
- Cottone, J. G., Drucker, P., & Javier, R. A. (2003). Gender differences in psychotherapy dyads: Changes in psychological symptoms and responsiveness to treatment during 3 months of therapy. *Psychotherapy, 39*(4), 297–308. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.4.297>
- de Fornel, M., & Libbrecht, L. (1996). The Interactional Frame of Videophonic Exchange. *Réseaux. The French Journal of Communication, 4*(1), 47–72. <https://doi.org/10.3406/reso.1996.3305>
- de la Torre Martí, M., & Pardo Cebrián, R. (2018). *Guía para la Intervención Telepsicológica*.
- Donker, T., Cornelisz, I., Chris Van Klaveren, ;, Annemieke Van Straten, ;, Cuijpers, P., & van Gelder, J.-L. (2019). Effectiveness of Self-guided App-Based Virtual Reality Cognitive Behavior Therapy for Acrophobia: A Randomized Clinical Trial Supplemental content CME Quiz at [jamanetwork.com/learning](http://jamanetwork.com/learning) and CME Questions page 772. *JAMA Psychiatry, 76*(7), 682–690. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0219>
- Dunkle, J. H., & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of Therapist Experience and Personal Characteristics to the Working Alliance. *Journal of Counseling Psychology, 43*(4), 456–460. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.4.456>
- Elvins, R., & Green, J. (2008). *The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.002>

- Ertelt, T. W., Crosby, R. D., Marino, J. M., Mitchell, J. E., Lancaster, K., & Crow, S. J. (2011). Therapeutic factors affecting the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa via telemedicine versus face-to-face delivery. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 687–691. <https://doi.org/10.1002/eat.20874>
- Feixas, G., & Botella, L. (1994). Eficacia de la psicoterapia: investigaciones de resultados. In *Psicoterapia: Modelos contemporaneos y aplicaciones* (pp. 961–104). Promolibro. <https://www.researchgate.net/publication/258030269>
- Fernandez, E., Woldgabreal, Y., Day, A., Pham, T., Gleich, B., & Aboujaoude, E. (2021). Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28(6), 1535–1549. <https://doi.org/10.1002/cpp.2594>
- Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2001). Construcción de la alianza de trabajo. In *La práctica de la psicoterapia* (2nd ed., pp. 96–99).
- Fletcher-Tomenius, And Vossler, L., & Andreas. (2009). Trust in Online Therapeutic Relationships: The Therapist’s Experience. *Counselling-Psychology-Review*, 24(2), 24–34. <http://www.bpsshop.org.uk/>
- Frueh, B. C., Monnier, J., Grubaugh, A. L., Elhai, J. D., Yim, E., & Knapp, R. (2007). Therapist adherence and competence with manualized cognitive-behavioral therapy for PTSD delivered via videoconferencing technology. *Behavior Modification*, 31(6), 856–866. <https://doi.org/10.1177/0145445507302125>
- González-Peña, P., Torres, R., Barrio, V. del, & Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clinica y Salud*, 28(2), 81–91. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- Gorini, A., Capideville, C. S., de Leo, G., Mantovani, F., & Riva, G. (2011). The role of immersion and narrative in mediated presence: the virtual hospital experience. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14(3), 99–105. <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0100>

- Greenberg, L. S., & Webster, M. C. (1982). Resolving Decisional Conflict by Gestalt Two-Chair Dialogue: Relating Process to Outcome. In *Journal of Counseling Psychology* (Vol. 29, Issue 5).
- Grete Hersoug, A., Per Høglend, C., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of Working Alliance in Psychotherapy. In *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* (Vol. 10, Issue 4).
- Gros, D. F., Morland, L. A., Greene, C. J., Acierno, R., Strachan, M., Egede, L. E., Tuerk, P. W., Myrick, H., & Frueh, B. C. (2013). Delivery of evidence-based psychotherapy via video telehealth. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 506–521. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9363-4>
- Hanley, T. (2021). Researching online counselling and psychotherapy: The past, the present and the future. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(3), 493–497. <https://doi.org/10.1002/capr.12385>
- Herbert, M. S., Afari, N., Liu, L., Heppner, P., Rutledge, T., Williams, K., Eraly, S., VanBuskirk, K., Nguyen, C., Bondi, M., Atkinson, J. H., Golshan, S., & Wetherell, J. L. (2017). Telehealth Versus In-Person Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Randomized Noninferiority Trial. *Journal of Pain*, 18(2), 200–211. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.10.014>
- Heron, K. E., & Smyth, J. M. (2010). *Ecological Momentary Interventions: Incorporating Mobile Technology Into Psychosocial and Health Behavior Treatments NIH Public Access*. 15, 1–39. <https://doi.org/10.1348/135910709X466063>
- Inpsique. (2020). *inPsique Servicio Psicólogo Online*. <https://inpsique.com/>
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. In *The American psychologist* (Vol. 68, Issue 9). <https://doi.org/10.1037/a0035001>
- Kaplan, R. M., & Stone, A. A. (2013). Bringing the laboratory and clinic to the community: Mobile technologies for health promotion and disease prevention. In *Annual Review of Psychology* (Vol. 64, pp. 471–498). Annual Reviews Inc. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143736>



- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review, 26*, 50–65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>
- Khan, S., Shapka, J. D., & Domene, J. F. (2022). Counsellors' experiences of online therapy. *British Journal of Guidance & Counselling, 50*(1), 43–65. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1885009>
- King, R., Bambling, M., Reid, W., & Thomas, I. (2006). Telephone and online counselling for young people: A naturalistic comparison of session outcome, session impact and therapeutic alliance. *Counselling and Psychotherapy Research, 6*(3), 175–181. <https://doi.org/10.1080/14733140600874084>
- King, S. A., & Moreggi, D. (2007). Self-Help and Support Groups: The Pros and Cons of Text-Based Mutual Aid. *Psychology & the Internet Intrapersonal Interpersonal & Transpersonal, 77*–109. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouocsp-ebooks/detail.action?docID=285780>.
- Kingsley, A., & Henning, J. A. (2015). Online and Phone Therapy: Challenges and Opportunities. *The Journal of Individual Psychology, 71*(2), 185–194. <https://doi.org/10.1353/jip.2015.0010>
- Kleinmuntz, B., & Mclean, R. 8. (1968). IN BEHAVIORAL SCIENCE DIAGNOSTIC INTERVIEWING BY DIGITAL COMPUTER. In *Behavioral Science: Vol. W*.
- Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *Journal of Medical Internet Research, 8*(4). <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e31>
- Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: A randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry, 7*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-13>
- León, O. G., & Montero, I. (2003). El problema, los participantes y la evidencia empírica. In J. Manuel Cejudo (Ed.), *Métodos de Investigación en Psicología y Educación* (Tercera, pp. 52–65). McGraw-Hill .

- Luff, P., Heath, C., Kuzuoka, H., Hindmarsh, J., Yamazaki, K., & Oyama, S. (2003). Human-Computer Interaction Fractured Ecologies: Creating Environments for Collaboration Fractured Ecologies: Creating Environments for Collaboration. *Human-Computer Interaction*, 18(1–2), 51–84. [https://doi.org/10.1207/S15327051HCI1812\\_3](https://doi.org/10.1207/S15327051HCI1812_3)
- Luu, J., Millard, M., Newby, J., Haskelberg, H., Hobbs, M. J., & Mahoney, A. E. J. (2020). Internet-based cognitive behavioural therapy for treating symptoms of obsessive compulsive disorder in routine care. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100561>
- Lynskey, O. (2015). The Dual Objectives of European Protection Regulation. In *In The Foundations of EU Data Protection Law*. Oxford University Press.
- Maieritsch, K. P., Smith, T. L., Hessinger, J. D., Ahearn, E. P., Eickhoff, J. C., & Zhao, Q. (2016). Randomized controlled equivalence trial comparing videoconference and in person delivery of cognitive processing therapy for PTSD. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 22(4), 238–243. <https://doi.org/10.1177/1357633X15596109>
- Mallen, M. J., Day, S. X., & Green, M. A. (2003). ONLINE VERSUS FACE-TO-FACE CONVERSATIONS: AN EXAMINATION OF RELATIONAL AND DISCOURSE VARIABLES. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1/2), 155–163. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.40.1/2.155>
- Mallen, M. J., Jenkins, I. M., Vogel, D. L., & Day, S. X. (2011). Online counselling: An initial examination of the process in a synchronous chat environment. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(3), 220–227. <https://doi.org/http://doi.wiley.com/10.1080/14733145.2010.486865>
- Matsumoto, K., Hamatani, S., & Shimizu, E. (2021). Effectiveness of Videoconference-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Adults with Psychiatric Disorders: Systematic and Meta-Analytic Review. In *Journal of Medical Internet Research* (Vol. 23, Issue 12). JMIR Publications Inc. <https://doi.org/10.2196/31293>
- Milgram, P., & Kishino, F. (1994). A TAXONOMY OF MIXED REALITY VISUAL DISPLAYS. *IEICE Transactions on Information Systems*, E77-D(12), 1–15. [http://vered.rose.utoronto.ca/people/paul\\_dir/IEICE94/ieice.html](http://vered.rose.utoronto.ca/people/paul_dir/IEICE94/ieice.html)

- Mora, L., Nevid, J., & Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for Internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior*, *24*(6), 3052–3062. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2008.05.011>
- Moreno, F. A., Chong, J., Dumbauld, J., Humke, M., & Byreddy, S. (2012). Use of standard webcam and internet equipment for telepsychiatry treatment of depression among underserved hispanics. *Psychiatric Services*, *63*(12), 1213–1217. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100274>
- Morland, L. A., Greene, C. J., Rosen, C. S., Foy, D., Reilly, P., Shore, J., He, Q., & Frueh, B. C. (2010). Telemedicine for anger management therapy in a rural population of combat veterans with posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(7), 855–863. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05604blu>
- Morland, L. A., Hynes, A. K., MacKintosh, M. A., Resick, P. A., & Chard, K. M. (2011). Group cognitive processing therapy delivered to veterans via telehealth: A pilot cohort. *Journal of Traumatic Stress*, *24*(4), 465–469. <https://doi.org/10.1002/jts.20661>
- Mott, J., Bucolo, S., Cuttle, L., Mill, J., Hilder, M., Miller, K., & Kimble, R. M. (2008). The efficacy of an augmented virtual reality system to alleviate pain in children undergoing burns dressing changes: A randomised controlled trial. *Burns*, *34*(6), 803–808. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2007.10.010>
- Nelson, E.-L., Barnard, M., & Cain, S. (2003). Treating Childhood Depression over Videoconferencing. In *TELEMEDICINE JOURNAL AND e-HEALTH* (Vol. 9, Issue 1).
- Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S., & Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *25*(6), 797–808. <https://doi.org/10.1002/cpp.2315>
- OpenTherapi. (n.d.). *OpenTherapi*. Retrieved March 1, 2022, from <https://opentherapi.com/>
- Reglamento (UE) 2016/ 679 del Parlamento Europeo y del Consejo - de 27 de abril de 2016 - relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, (2016).

- Perle, J. G., Langsam, L. C., Randel, A., Lutchman, S., Levine, A. B., Odland, A. P., Nierenberg, B., & Marker, C. D. (2013). Attitudes Toward Psychological Telehealth: Current and Future Clinical Psychologists' Opinions of Internet-Based Interventions. *Journal of Clinical Psychology, 69*(1), 100–112. <https://doi.org/10.1002/jclp.21912>
- Price, M., Yuen, E. K., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Acierno, R., & Ruggiero, K. J. (2014). mHealth: A mechanism to deliver more accessible, more effective mental health care. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 21*(5), 427–436. <https://doi.org/10.1002/cpp.1855>
- Psypocket Formación. (2022). *Psypocket Psicología en un click*. <https://formacion.psypocket.es/quienes-somos/>
- Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(6), 649–653. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.6.649>
- Reese, R. J., Mecham, M. R., Vasilj, I., Lengerich, A. J., Brown, H. M., Simpson, N. B., & Newsome, B. D. (2016). The effects of telepsychology format on empathic accuracy and the therapeutic alliance: An analogue counselling session. *Counselling and Psychotherapy Research, 16*(4), 256–265. <https://doi.org/10.1002/capr.12092>
- Riva, G. (1998). Virtual environments in neuro science. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine, 2*(4), 275–281. <https://doi.org/10.1109/4233.737583>
- Riva, G., Baños, R. M., Botella, C., Mantovani, F., & Gaggioli, A. (2016). Transforming experience: The potential of augmented reality and virtual reality for enhancing personal and clinical change. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 7, Issue SEP). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00164>
- Riva, G., Botella, C., Baños, R., Mantovani, F., García-Palacios, A., Quero, S., Serino, S., Triberti, S., Repetto, C., Dakanalis, A., Villani, D., & Gaggioli, A. (2015). Presence-inducing media for mental health applications. In *Immersed in Media: Telepresence Theory, Measurement and Technology* (pp. 283–332). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-10190-3\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-319-10190-3_12)

- Riva, G., Calvo, R. A., & Lisetti, C. (2015). Cyberpsychology and Affective Computing. In R. A. Calvo, S. D'Mello, J. Matthew Gratch, & A. Kappas (Eds.), *The Oxford Handbook of Affective Computing* (pp. 547–558).
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online Therapy: Review of Relevant Definitions, Debates, and Current Empirical Support. *J Clin Psychol*, *60*, 269–283. <https://doi.org/10.1002/jclp.10263>
- Salerno, G. (2022). *Online psychoanalysis: Interview with Paolo Migone*. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1991593>
- Segawa, T., Baudry, T., Bourla, A., Blanc, J. V., Peretti, C. S., Mouchabac, S., & Ferreri, F. (2020). Virtual Reality (VR) in Assessment and Treatment of Addictive Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in Neuroscience*, *13*. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.01409>
- Sexton, T. L., & Whiston, S. C. (1994). The Status of the Counseling Relationship: An Empirical Review, Theoretical Implications, and Research Directions. *The Counseling Psychologist*, *22*(1), 6–78.
- Sharma, G. (2017). *Pros and cons of different sampling techniques*. *3*(7), 749–752. [www.allresearchjournal.com](http://www.allresearchjournal.com)
- Sharma, V., Goyal, M., & Malik, D. (2017). An Intelligent Behaviour Shown by Chatbot System. *International Journal of New Technology and Research (IJNTR)*, *3*(4), 52–54. [https://www.ijntr.org/download\\_data/IJNTR03040071.pdf](https://www.ijntr.org/download_data/IJNTR03040071.pdf)
- Shum, H. yeung, He, X. dong, & Li, D. (2018). From Eliza to XiaoIce: challenges and opportunities with social chatbots. *Frontiers of Information Technology and Electronic Engineering*, *19*(1), 10–26. <https://doi.org/10.1631/FITEE.1700826>
- Simpson, J., Doze, S., Urness, D., Hailey, D., & Jacobs, P. (2001). Telepsychiatry as a routine service—the perspective of the patient. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *7*, 155–160.
- Simpson, S., Bell, L., Britton, P., Mitchell, D., Morrow, E., Johnston, A. L., & Brebner, J. (2006). Does video therapy work? A single case series of bulimic disorders. *European Eating Disorders Review*, *14*(4), 226–241. <https://doi.org/10.1002/erv.686>

- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280–299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>
- Simpson, S., Knox, J., Mmitchell, D., Ferguson, J., Brebner, J., & Brebner, E. (2003). A multidisciplinary approach to the treatment of eating disorders via videoconferencing in north-east Scotland. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9(1), 37–38.
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnuovo, G., & Reid, C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28(2), 409–421. <https://doi.org/10.1002/cpp.2521>
- Skarbez, R., Smith, M., & Whitton, M. C. (2021). Revisiting Milgram and Kishino's Reality-Virtuality Continuum. *Frontiers in Virtual Reality*, 2, 1–8. <https://doi.org/10.3389/frvir.2021.647997>
- Skårderud, F. (2003). Sh@me in cyberspace. Relationships without faces: The E-media and eating disorders. In *European Eating Disorders Review* (Vol. 11, Issue 3, pp. 155–169). <https://doi.org/10.1002/erv.523>
- Soto-Pérez, F., Franco-Martín, M., Monardes, C., & Jiménez, F. (2010). Internet y Psicología Clínica: Revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 19–37.
- Soto-Pérez, F., Franco-Martín, M., & Moonardes-Seemann, C. (2016). Ciberterapias: Tratamientos mediados por ordenador y otras tecnologías. *Formación Continua a Distancia (FOCAD)*, 29(1), 1–30. <https://www.researchgate.net/publication/303485517>
- Standing Committee on Family and Community Affairs. (1997). *Health Online: Report into health information management and telemedicine*. <https://www.aph.gov.au/binaries/house/committee/fca/tmreport.pdf>
- Stefan, S., & David, D. (2013). Face-to-face counseling versus high definition holographic projection system. Efficacy and therapeutic alliance. A brief research report medical practice View project REBT and CBT in Depression View project. In *Article in Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*. <http://www.eonreality.com/eon-holopodium>

- Stillman, R., Roth, W. T., Colby, K. M., & Rosenbaum, C. P. (1969). An On-Line Computer System for Initial Psychiatric Inventory. *American Journal of Psychiatry*, *125*(7S), 8–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/ajp.125.7S.8>
- Suárez Gutiérrez, M. (2016). El Impacto de las TIC's en la sociedad. *Interconnectando Saberes*, *1*(1), 25–40. <https://is.uv.mx/index.php/IS/article/view/1096>
- Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G. H. (2012). The therapeutic relationship in E-therapy for mental health: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(4). <https://doi.org/10.2196/jmir.2084>
- Tamburri, D. A. (2020). Design principles for the General Data Protection Regulation (GDPR): A formal concept analysis and its evaluation. *Information Systems*, *91*. <https://doi.org/10.1016/j.is.2019.101469>
- Thompson, C. B., & Panacek, E. A. (2007). Research Study Designs: Non-experimental. *Air Medical Journal*, *26*(1), 18–22. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amj.2006.10.003>
- Tonn, P., Reuter, S. C., Kuchler, I., Reinke, B., Hinkelmann, L., Stöckigt, S., Siemoneit, H., & Schulze, N. (2017). Development of a questionnaire to measure the attitudes of laypeople, physicians, and psychotherapists toward telemedicine in mental health. *JMIR Mental Health*, *4*(4). <https://doi.org/10.2196/mental.6802>
- Trojan, J., Diers, M., Fuchs, X., Bach, F., Bekrater-Bodmann, R., Foell, J., Kamping, S., Rance, M., Maaß, H., & Flor, H. (2014). An augmented reality home-training system based on the mirror training and imagery approach. *Behavior Research Methods*, *46*(3), 634–640. <https://doi.org/10.3758/s13428-013-0412-4>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, *14*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/WPS.20238>
- Weizenbaum, J. (1996). ELIZA — a computer program for the study of natural language communication between man and machine. *Communications of the ACM*, *9*(1), 36–45. [https://dl.acm.org/doi/pdf/10.1145/365153.365168?casa\\_token=K2UDI4CQIEYAAAAA:sVFhyBs8uuJaJQUjOvaqik6j8HtsG4oKGZoDqGZMnAAmansAlwcdmriCIUoljnqcyMCQ6rCWdBHP](https://dl.acm.org/doi/pdf/10.1145/365153.365168?casa_token=K2UDI4CQIEYAAAAA:sVFhyBs8uuJaJQUjOvaqik6j8HtsG4oKGZoDqGZMnAAmansAlwcdmriCIUoljnqcyMCQ6rCWdBHP)

- Wintersteen, M. B., Mensinger, J. L., & Diamond, G. S. (2005). Do gender and racial differences between patient and therapist affect therapeutic alliance and treatment retention in adolescents? *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(4), 400–408. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.400>
- Wittson, C. L., & Affleck, C. (1961). Two-way television in group therapy. *Mental Hospitals, 12*, 22–23. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/ps.12.11.22>
- Yuen, E. K., Goetter, E. M., Stasio, M. J., Ash, P., Mansour, B., McNally, E., Sanchez, M., Hobar, E., Forte, S., Zulaica, K., & Watkins, J. (2019). A pilot of acceptance and commitment therapy for public speaking anxiety delivered with group videoconferencing and virtual reality exposure. *Journal of Contextual Behavioral Science, 12*, 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.01.006>
- Yuen, E. K., Herbert, J. D., Forman, E. M., Goetter, E. M., Juarascio, A. S., Rabin, S., Goodwin, C., & Bouchard, S. (2013). Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(4), 389–397. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.002>



## 8. Annexos

### 8.1. Consentiment informat

El código URL o link utilizado para acceder a este formulario, es una invitación para participar en el Trabajo de Fin de Grado, del grado en Psicología de la Universidad de Vic – Universidad Central de Cataluña (UVIC-UCC) de la alumna Núria Repiso Puigdelliura. Esta investigación tiene como propósito estudiar la alianza terapéutica entre psicólogo y usuario en el ámbito de la terapia online, así como conocer la eficacia que los i las psicólogos perciben de la misma.

En este formulario encontrareis dos cuestionarios, incorporados en el marco práctico del trabajo; con la intención, por una banda, de proporcionar información sobre la experiencia del uso de la plataforma CITA.IO por parte de los profesionales de la psicología para proporcionar sus servicios en línea. I, por la otra banda, de analizar el vínculo terapéutico percibido por los profesionales de la psicología hacia sus clientes en la terapia online y conocer la eficacia que perciben. La participación en estos dos formularios requerirá de aproximadamente entre 8 y 12 minutos.

La información obtenida se mantendrá de forma confidencial en todo momento y se utilizará, exclusivamente, para finalidades académicas. A su vez, la participación es totalmente voluntaria y si decide no continuar o en algún momento decide suspender su participación en el estudio, no se verá comprometido su anonimato ni se hará uso de la información proporcionada.

En el caso que exista dudas o preguntas en relación con este estudio, podéis contactar con la estudiante, mediante la siguiente dirección electrónica: [nuria.repiso@uvic.cat](mailto:nuria.repiso@uvic.cat).

He sido informado o informada sobre el objetivo del estudio y acepto participar voluntariamente:

Acepto

No Acepto

## 8.2. Tests

### TEST 1. Aliança terapèutica en la teràpia en línia

#### 1) Dades personals

- 1) Edad del o de la participante:
- 2) Me identifico con...
  - i. Mujer
  - ii. Hombre
  - iii. Otras
- 3) Indica su profesión (por ej.: psicólogo/a, psiquiatra, etc.)
- 4) Señala la corriente de psicología (por ej.: cognitivo-conductual, psicoanalítica, etc.) con la que trabaja.
- 5) Indica los años de experiencia laboral que tiene como profesional en su especialidad.

#### 2) **Working Alliance inventory, therapist form** (WAI; Horvath, 1981; Horvath & Greenberg, 1986, 1989)<sup>2</sup>

#### INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

Este cuestionario corresponde al Inventario de la Alianza Terapéutica (WAI; Horvath, 1981; Horvath & Greenberg, 1986, 1989). En este encontrará una serie de oraciones que describen cómo algún/a profesional de la psicología puede pensar o sentir sobre el vínculo terapéutico con el cliente. Marque en que grado de la escala (1: nunca; 7: siempre) se identifica con la situación expuesta. Utilice los números del medio para describir las variaciones entre ambos extremos.

1: nunca, 2: raramente, 3: ocasionalmente, 4: algunas veces, 5: a menudo, 6: muy a menudo, 7: siempre

- 1) Me siento incómodo con mi paciente.
- 2) Mi paciente y yo estamos de acuerdo sobre qué hacer para mejorar su situación.
- 3) Tengo dudas sobre el resultado de estas sesiones.
- 4) Mi paciente y yo estamos seguros de la utilidad de las actividades que realizamos en la terapia.
- 5) Creo que realmente entiendo a mi paciente.

---

<sup>2</sup> Adaptació espanyola del Working Alliance Inventory (WAI). Versió del terapeuta (WAI-T) (Andrade-González & Fernández-Liria, 2015a)

- 6) Mi paciente y yo estamos de acuerdo en cuanto a sus objetivos.
- 7) Mi paciente no tiene claro qué es lo que estamos haciendo en la terapia.
- 8) Creo que a mi paciente le caigo bien.
- 9) Tengo que aclarar con mi paciente el objetivo de nuestras sesiones.
- 10) No estoy de acuerdo con mi paciente en los objetivos de estas sesiones.
- 11) Creo que mi paciente y yo no aprovechamos de una manera efectiva el tiempo que pasamos juntos.
- 12) Tengo dudas sobre lo que estamos intentando conseguir en la terapia.
- 13) Soy claro y explícito con las responsabilidades de mi paciente en la terapia.
- 14) Los objetivos de estas sesiones son importantes para mi paciente.
- 15) Creo que lo que mi paciente y yo estamos haciendo en la terapia no tiene que ver con sus preocupaciones.
- 16) Estoy seguro de que lo que hacemos en la terapia va a ayudar a mi paciente a conseguir los cambios que quiere.
- 17) Realmente me importa el bienestar de mi paciente.
- 18) Tengo claro lo que espero que mi paciente haga en estas sesiones.
- 19) Mi paciente y yo nos respetamos mutuamente.
- 20) Creo que no soy totalmente sincero acerca de lo que siento hacia mi paciente.
- 21) Confío en mi capacidad para ayudar a mi paciente.
- 22) Mi paciente y yo estamos trabajando para conseguir los objetivos que hemos acordado.
- 23) Aprecio a mi paciente como persona.
- 24) Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que trabaje mi paciente.
- 25) Gracias a estas sesiones mi paciente tiene más claro cómo puede cambiar.
- 26) Entre mi paciente y yo hemos creado un clima de confianza mutua.  
Mi paciente y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son sus verdaderos problemas.
- 27) Nuestra relación es importante para mi paciente.
- 28) Mi paciente teme que si dice o hace algo equivocado, dejaré de trabajar con él.
- 29) Mi paciente y yo hemos colaborado para establecer los objetivos de estas sesiones.
- 30) Mi paciente se frustra por lo que le pido que haga en la terapia.
- 31) Mi paciente y yo entendemos qué tipo de cambios le vendrían bien.
- 32) Las cosas que hacemos en la terapia no tienen sentido para mi paciente.

- 33) Mi paciente no sabe qué esperar de la terapia.
- 34) Mi paciente cree que estamos trabajando en su problema de forma adecuada.
- 35) Respeto a mi paciente incluso cuando hace cosas que no me parecen bien.

### **3) Percepción del/a psicólogo/a hacia la terapia online**

- 1) Indique los años que hace que utilizas la terapia online.
- 2) Puntúe del 0 al 10, cómo considere de eficaz la terapia online.
- 3) Puntúe del 0 al 10, cómo considere de eficiente la terapia online.
- 4) ¿Qué tipo de perfil de pacientes piensa que se adhiere mejor al tratamiento en la terapia en línea?
- 5) ¿Para qué trastornos recomendaría utilizar la terapia online? Y, ¿para qué trastornos no la recomendaría?
- 6) ¿Cuáles son los ingredientes esenciales para conducir, de manera efectiva, la terapia online (generar un buen rapport con el usuario, promover una fuerte alianza terapéutica, realizar las sesiones de terapia en un lugar adecuado y profesional, etc.)?

## **TEST 2. Test sobre la percepción de la plataforma digital CITA.IO**

### **INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO**

A continuación, se presentan 12 cuestiones relacionadas con su experiencia en el uso de la plataforma CITA.IO. En relación con las preguntas abiertas, explique brevemente cuál es su opinión sobre la situación expuesta. Y, en cuanto a las preguntas cerradas (por ej.: 6 - 10), puntúe en una escala de 0 a 10 (donde 0=nada y 10=muy) en que grado está de acuerdo con las cuestiones formuladas.

- 1) ¿Cuáles son los elementos de la plataforma CITA.IO que más utiliza? Y, ¿los que menos?
- 2) ¿Para qué fines utiliza CITA.IO?
- 3) ¿Cuánto tiempo hace que utiliza CITA.IO?
- 4) Indique los aspectos más positivos de la plataforma CITA.IO.
- 5) Indique las áreas a mejorar de la plataforma CITA.IO.
- 6) Del 1 (siendo nada fácil) al 10 (siendo muy fácil), ¿en qué grado piensa que la plataforma digital CITA.IO es fácil de comprender y usar?

- 7) A partir de los servicios que ofrece la plataforma digital CITA.IO (videoconferencia, gestión administrativa, agenda, visualización del historial clínico del usuario, etc.), indique del 1 (siendo nada) al 10 (siendo mucho), en qué grado piensa que CITA. IO facilita que la terapia online sea similar a la terapia presencial.
- 8) Del 1 (siendo nada) al 10 (siendo mucho), ¿en qué grado piensa que la plataforma digital CITA.IO es eficaz para hacer la terapia online?
- 9) Del 1 (siendo nada) al 10 (siendo mucho), ¿en qué grado piensa que la plataforma digital CITA.IO es eficiente para hacer la terapia online?
- 10) Del 1 (siendo nada) al 10 (siendo mucho), indique el grado de satisfacción con la plataforma CITA.IO.
- 11) ¿Considera que en la terapia online el vínculo terapéutico con sus usuarios es más, igual o menos estable que en la terapia presencial? Marque la afirmación con la que coincida más con su opinión.
  - a. El vínculo terapéutico en la terapia online es más estable que en la terapia presencial.
  - b. El vínculo terapéutico en la terapia online es igual de estable que en la terapia presencial.
  - c. El vínculo terapéutico en la terapia online es menos estable que en la terapia presencial.
- 12) Comentarios adicionales sobre la plataforma CITA.IO.