

Revista de Ciencias Sociales

Revisión del uso de la videoconferencia en atención de salud mental en el contexto hispanohablante

Prieto-Fidalgo, Ángel*

Díaz-Ruiz, Carolina**


Catalán-Vega, Marcos Antonio***


Duque, Aránzazu****

Resumen


Las intervenciones en salud mental mediante videoconferencia han adquirido cada vez más relevancia. Sin embargo, el corpus científico parece aún poco desarrollado. Así, el objetivo de la presente revisión es recoger la evidencia disponible acerca de la utilización de la videoconferencia en la atención psicológica y psiquiátrica en el contexto hispanohablante. Mediante un cuidadoso proceso de búsqueda, se examinaron los estudios científicos centrados en la intervención por videoconferencia. De los 1.569 estudios analizados 30 cumplieron los criterios para el análisis de tipología y de ellos 7 se incluyen en la revisión. Se analizaron los hallazgos de los estudios encontrados utilizando seis criterios básicos: Cantidad de información, adherencia al tratamiento, alianza terapéutica, barreras geográficas, satisfacción de los pacientes y respuesta al tratamiento. Los resultados arrojados por los estudios reflejaron datos positivos de la videoconferencia en los seis criterios evaluados. Así, se concluye que los estudios apuntan a la conveniencia del uso de la videoconferencia en la atención en salud mental. Sin embargo, debido al reducido número de estudios desarrollados en contexto hispanohablante y la disparidad en cuanto a criterios y metodologías empleadas entre éstos, las conclusiones deben considerarse preliminares. Se arrojan algunas recomendaciones para futuras investigaciones.

Palabras clave: Telepsiquiatría; telepsicología; videoconferencia; terapia en línea; salud mental.

* Maestría en Metodología de las Ciencias del Comportamiento y Salud. Graduado en Psicología. Investigador predoctoral en la Universidad de Deusto, Bilbao, España. Grupo de Investigación Deusto Stress Research. Miembro de la Organización de Salud Mental Digital Cibersalud. E-mail: a.prieto@deusto.es  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3259-2886>

** Maestría en Psicoanálisis y Filosofía de la Cultura. Maestría en Psicopedagogía Clínica. Licenciada en Psicología Miembro de la Organización de Salud Mental Digital Cibersalud. E-mail: carolinadiaz.info@gmail.com  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0138-6788>

*** Licenciado en Documentación. Bibliotecario en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu. E-mail: ma.catalan@psjid.org  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1011-666X>

**** Doctora en Neurociencias. Maestría en Neurociencias Básicas y Aplicadas. Licenciada en Psicología. Profesora Investigadora de la Universidad Internacional de Valencia, España. Grupo de investigación Psicología y Calidad de Vida de la Universidad Internacional de Valencia. Miembro de la Organización de Salud Mental Digital Cibersalud. E-mail: aranzazu.duque@campusviu.es  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4661-3665>

Recibido: 2021-03-28 · Aceptado: 2021-06-16

Review of the use of videoconferencing in mental health care in the Spanish-speaking context

Abstract

Mental health interventions via videoconferencing have become increasingly relevant. However, the scientific corpus still seems to be underdeveloped. Therefore, the aim of the present review is to gather the available evidence on the use of videoconferencing in psychological and psychiatric care in the Spanish-speaking context. Through a careful search process, scientific studies focused on videoconferencing intervention were examined. Of the 1.569 studies analyzed, 30 met the criteria for typology analysis and 7 of them are included in the review. The findings of the studies found were analyzed using six basic criteria: Amount of information, adherence to treatment, therapeutic alliance, geographical barriers, patient satisfaction and response to treatment. The results of the studies showed positive data on videoconferencing in the six criteria evaluated. It is concluded that the studies point to the usefulness of videoconferencing in mental health care. However, due to the small number of studies conducted in a Spanish-speaking context and the disparity in the criteria and methodologies used among them, the conclusions should be considered preliminary. Some recommendations for future research are made.

Keywords: Telepsychiatry; telepsychology; videoconference; online therapy; mental health.

Introducción

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) se han insertado en diferentes áreas de la vida cotidiana, lo cual ha impactado de forma notable en los modos de vivir y relacionarse en la sociedad actual; por lo cual es ineludible contar con competencias en conocimientos y habilidades en el uso de *internet* con el fin de poder acceder a entornos y ambientes en los cuales se promuevan interacciones y experiencias de interconexión (Delgado, Gutiérrez y Ochoa, 2020; Varguillas y Bravo, 2020). Así, la introducción de las TIC se ha convertido en un imperativo en casi todos los sectores, incluyendo el ámbito de la salud (Bujnowska-Fedak y Pirogowicz, 2014). Esto ha dado lugar a la emergencia de la telesalud definida por la Organización Mundial de la Salud como:

El empleo de información y

tecnologías de comunicación para un mejor control de la salud. Por ejemplo, para el tratamiento de determinados pacientes, el fomento de la investigación, la creación de herramientas para la educación de estudiantes, para monitorear diversas enfermedades, y en fin, para la supervisión de la salud pública. (World Health Organization, 2004, p.153)

La utilización de la tecnología ha crecido enormemente dando lugar a diferentes subdisciplinas como la telepsicología o la telepsiquiatría que, a pesar de que se engloban dentro del paraguas de la telesalud y parten del acceso a la salud desde la distancia, tienen el matiz de que la atención recibida es en el contexto específico que abarcan, pudiendo realizarse de manera tanto síncrona (como videoconferencias, llamadas y videollamadas) como asíncrona (correo

electrónico, webs y blogs de autoayuda, publicaciones en redes sociales). La importancia de estos nuevos campos se puede ver en el hecho de que el uso y acceso de las tecnologías que permiten conectar con internet es muy similar entre usuarios de salud mental y población general (Ennis et al., 2012).

Aunque la psicología puede aplicarse en otros terrenos fuera de la psicoterapia como, por ejemplo, actos psicoeducativos, preventivos o aplicados, usualmente tanto la telepsicología como la telepsiquiatría han sido asociadas principalmente con la videoconferencia (Nelson y Bui, 2010; Nelson, Bui y Velasquez, 2011) y enfocadas a la atención en salud mental. Cabe pensar, que esta asociación se debe a que esta tecnología es la que más se acerca a la simulación de una consulta tradicional. A diferencia de otras tecnologías, la videoconferencia es sincrónica, permite ver y escuchar, y no requiere más que un ordenador o smartphone con acceso a internet. En este contexto la videoconferencia cumple el fin de proveer y brindar acceso a la evaluación y/o tratamiento de los trastornos mentales.

La aplicación de la videoconferencia con propósito de proveer atención en salud mental ha suscitado dudas en cuanto a su idoneidad y validez (Soto-Pérez et al., 2010; Barnett, 2019; Hilty et al., 2019; Stoll, Müller y Trachsel, 2020). Entre los principales factores por los que se cuestiona la intervención por este medio, destacan la falta de investigaciones, la carencia de un marco de competencias digitales aplicado al ámbito clínico que forme a profesionales para llevar a cabo su labor en el ámbito digital (Hilty et al., 2018) o diversos prejuicios sobre la efectividad de la intervención por videoconferencia (Soto-Pérez et al., 2010).

Algunas de estas dudas suscitadas han sido superadas a través de distintos estudios internacionales, principalmente aquellas relativas a la eficacia y relación terapéutica. Las revisiones sistemáticas llevadas a cabo en este ámbito recogen principalmente estudios de Canadá, Estados Unidos, Australia y Escocia (Backhaus et al., 2012; Simpson y Reid, 2014; Rees y Maclaine, 2015; Berryhill et al., 2019; Orlando, Beard y Kumar, 2019). En términos generales, las revisiones parecen mostrar una alta satisfacción con la modalidad por videoconferencia (Backhaus et al., 2012; Orlando et al., 2019;) y no encontrar diferencias claras con la modalidad presencial en la efectividad (Backhaus et al., 2012; Rees y Maclaine, 2015; Berryhill et al., 2019) ni en la alianza terapéutica (Backhaus et al., 2012; Simpson y Reid, 2014), al menos en formato individual.

Debido a que las consultas tanto de telepsicología como de telepsiquiatría se proponen como una posible manera de reducir los problemas de distancia geográfica o dificultades de acceso a ciertas locaciones (Nelson y Bui, 2010), así como la escasez de profesionales especializados en lugares remotos o adaptarse a trastornos que requieran, al menos inicialmente, una intervención desde el domicilio (Bouchard et al., 2004), se posibilita el tratamiento mental a la población mediante videoconferencia. Sin embargo, poco se conoce del funcionamiento de la telepsicología y telepsiquiatría en el contexto de los países hispanohablantes.

Además, el marco legal, formativo y profesionalizante, a pesar de la creciente demanda por los servicios de atención a la salud mental en la modalidad online, es aún muy escaso. Prueba de ello, es que el Consejo General de Colegios Oficiales

de Psicólogos de España, no establece pautas para dicha práctica hasta el año 2017 (Ramos et al., 2017) y, hoy en día, no existe ninguna regulación normativa para la aplicación de la tele salud. Es con la llegada del brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) a inicios de 2020, que muchos colegios de psicólogos y otras organizaciones reguladoras, consideran la puesta en marcha de las consultas en línea como método válido para la atención de la población. Pero ¿qué conocimiento se dispone sobre el funcionamiento de la teleterapia mediante videoconferencia en el contexto hispanohablante? y ¿qué lagunas existen en el conocimiento de los efectos de dicha intervención?

Ciertamente, parece que poco se ha escrito y desarrollado en el contexto hispanohablante, en lo que al uso de la videoconferencia para atención psicológica y psiquiátrica se refiere. Tanto las pautas a seguir como la viabilidad o eficacia de una tecnología, pudiera funcionar de forma diferencial según contexto cultural e idiomático. Con el fin de esclarecer estas cuestiones, en este artículo, se elabora una revisión de los estudios empíricos sobre la intervención en salud mental mediante videoconferencia que den cuenta de su desarrollo a nivel hispanohablante.

Por tanto, teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, el objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de la evidencia disponible acerca de la intervención psicológica o psiquiátrica mediante la utilización de la videoconferencia en países hispanohablantes. De forma más específica, se pretende determinar si la videoconferencia puede ser utilizada con garantías como medio de la atención en salud mental, centrandolo en el análisis

en seis criterios básicos: Cantidad de información, adherencia al tratamiento, alianza terapéutica, barreras geográficas, satisfacción de los pacientes y eficacia del tratamiento.

Cabe destacar, que no existe actualmente ningún trabajo de revisión de este tipo, publicado en lengua castellana. Así, la presente revisión es uno de los primeros estudios centrados en el análisis de la atención psicológica en línea, mediante videoconferencia a nivel hispanohablante.

1. Metodología

1.1. Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en el mes de septiembre de 2020 a través de las bases de datos *Scielo*, *PubMed* y *PsycInfo*. En *PubMed*, se buscaron aquellos artículos en los cuales los conceptos estuviesen en los campos relativos a materias. En el resto de bases de datos se combinó la búsqueda por materias (en los casos que fue posible) con la de texto libre.

En *PubMed*:
(((“Videoconferencing”[Mesh]) OR
“Remote Consultation”[Mesh]))
AND (((“Psychology”[Mesh]) OR
“psychology” [Subheading]) OR
“Psychiatry”[Mesh])

En *PsycInfo*: (MA
(Videoconferencing OR Remote
Consultation) AND MA (Psychology
OR Psychiatry)) OR (videoconf* AND
Psychology) OR (videoconf* AND
psicologia).

En *Scielo*: (videoconferencia or videoconferencia) and (psychology or psychiatry or (mental health) or psicología or psiquiatria or (salud mental)).

En general, se consideró que,

estrategias en campo libre y que utilizasen truncamientos como video, no eran apropiadas, pues el número de resultados superaban los 40.000 sin que, aparentemente, fuesen relevantes. La dificultad del análisis de este volumen de resultados supone una limitación en el estudio. Se asumió desde el principio la elección de unas palabras clave, no descartando otras posibilidades, sino atendiendo a la falta de revisiones previas en este contexto hispanohablante.

1.2. Procedimiento y criterios de elección

El primer paso fue revisar la autoría del conjunto de artículos resultante de la búsqueda a través de las bases de datos. Para el primer filtro, se seleccionaron todos aquellos documentos en los que al menos uno de los autores estuviera asociado a una institución perteneciente a un país hispanohablante (península ibérica y Latinoamérica). En total se encontraron 44 artículos, de los 1.569 iniciales, cuyos autores estaban asociados a una institución iberoamericana.

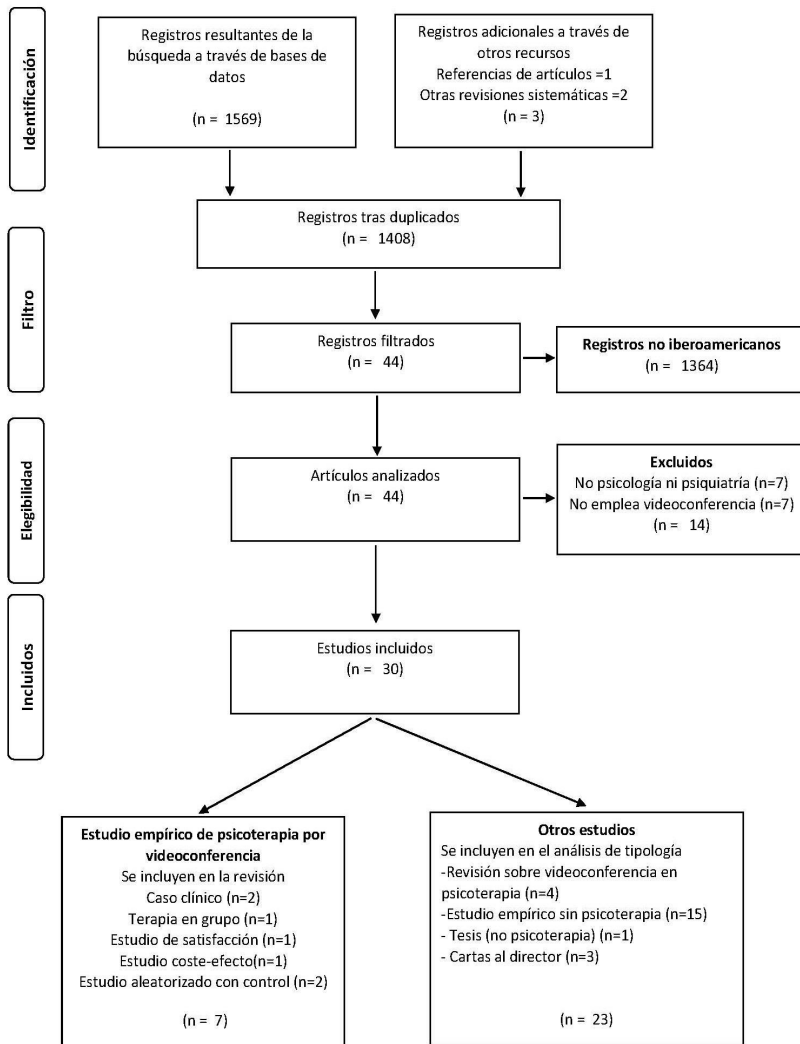
Se aplicó un segundo filtro para el estudio de la tipología de las publicaciones, seleccionándose todas aquellas que estudiaran la videoconferencia en el área de la psicología o psiquiatría. Una vez aplicados estos criterios se excluyeron 14 artículos, 7 de ellos, por no tener relación con la psicología ni psiquiatría; y, otros 7, porque el objetivo del estudio no incluía la videoconferencia. De los 30 estudios que cumplieron los criterios, se realizó un análisis de tipología con el fin de clasificarlos en base a su campo de estudio y metodología empleada.

Por último, y de cara a la revisión de

la evidencia disponible sobre la atención psicológica y/o psiquiátrica mediante videoconferencia, se aplicó un tercer filtro en el que se seleccionaron aquellos artículos que: A) fueran estudios empíricos y B) emplearan la videoconferencia para la atención psicológica y/o psiquiátrica. En total fueron incluidos 7 artículos para la revisión (ver Figura I).

Con el objetivo de que cada artículo fuera al menos revisado por dos investigadores, tres revisores especializados en el área revisaron al menos dos tercios de los artículos. Siguiendo los pasos ya comentados, los revisores tuvieron que etiquetar en tres categorías: A) exclusión de la tipología y revisión, cuando no cumple ningún criterio; B) exclusión de la revisión e inclusión en tipología, cuando cumple los criterios del segundo, pero no los del tercer filtro; C) inclusión en revisión, cuando cumple todos los criterios. La fiabilidad interjueces entre los tres revisores medida con el estadístico *Kappa* osciló entre 0,79 y 0,93. No obstante, todos los artículos fueron analizados al menos por dos personas y las discrepancias evaluadas por un tercer revisor imparcial.

En lo que respecta a la extracción y análisis de los resultados, se empleó una metodología de tipo cualitativo. Para ello se realizó una síntesis de las principales características y resultados de los 7 estudios revisados (ver Cuadro 1), que posteriormente, se han organizado por criterios para facilitar el análisis conjunto de la información y la elaboración de conclusiones.



Fuente: Elaboración propia, 2021

Figura I: Diagrama de flujo de los artículos a revisar y aquellos en los que se analiza la tipología

Cuadro 1
Tabla resumen de los artículos analizados en la presente revisión

Autores, año	Objetivos	Metodología	Resultados
Martínez et al. (2014)	Evaluar la efectividad de un programa basado en videoconferencia para aumentar la calidad de vida a través de la relación con pares.	<p>Diseño. Estudio cuasiexperimental pre-post con grupo control en lista de espera. Participantes. 45 participantes con enfermedades neuromusculares (24 grupo experimental y 21 control) con asignación por conveniencia. Variable Independiente. Tipo de intervención, presencial o por videoconferencia. Variabes dependientes. Resultados clínicos: WHO-DAS II, SF36, SIP. Satisfacción: entrevista semiestructurada. Intervención: grupal con cuatro meses y medio de duración, con 7 sesiones con dos semanas de intervalo basada en TCC (psicoeducación, reducción de estrés, reestructuración cognitiva, tareas de casa). Tecnología. Skype con formación previa según conocimientos en el manejo de la herramienta.</p>	<p>Satisfacción. El 85% de los participantes reportaron un alto nivel de satisfacción con la videoconferencia, un 83% volvería a participar en proyectos con videoconferencia. Respuesta al tratamiento. - En la evaluación pre-intervención los resultados mostraron una mayor discapacidad y una peor calidad de vida en el GE antes de la intervención. Después del programa de teleasistencia, las puntuaciones respecto a los parámetros de calidad de vida fueron homogéneas en GC y GE. - No se detalla si el efecto es ES entre GC y GE.</p>
De Las Cuevas et al. (2003)	Evaluar el servicio de telepsiquiatría desarrollado por el Servicio Canario de Salud en términos de aceptación de usuario y satisfacción	<p>Diseño. Estudio descriptivo que examina la utilización del servicio de telepsiquiatría en El Hierro. Participantes. 40 pacientes derivados servicio psiquiátrico ambulatorio con diversos trastornos. Incidencias: diario de incidencias. Satisfacción: cuestionario de satisfacción.</p>	<p>Cantidad de información. Profesional pudo recabar la misma información que en el modelo presencial. El 90% de los participantes de acuerdo en presentar la misma información que en persona. Barreras temporales y geográficas. 100% de los participantes totalmente de acuerdo en preferir recibir la terapia por videoconferencia a esperar más tiempo o tener que desplazarse para terapia presencial. Satisfacción. Mayoría de ítems clasificados por pacientes como "excelentes". La calidad de audio y voz lo peor valorado. Otros. datos acerca del número de consultas y motivo, datos más específicos sobre satisfacción.</p>
Osma, Crespo y Castellano (2016)	Evaluar la adecuación del uso de videoconferencia en un caso de Trastorno Explosivo Intermitente mediante un estudio de caso único.	<p>Diseño: Intervención por videoconferencia de caso único con medidas pre-post. Participante. Hombre español de 33 años viviendo en china con trastorno explosivo intermitente. Variable independiente. Evolución frente a intervención. Variabes dependientes. Resultados clínicos: entrevista con la pareja, emotional self-record, STAI, BDI, NEO-PI-R, ASI, RSE. Satisfacción: CSQ-8. Intervención. 20 sesiones (3 de evaluación) de 60-70 minutos con TCC multicomponente (TCCM) con componentes de reducción del arousal, psicoeducación, análisis funcional de episodios agresivos, control de estímulos, aumento de las emociones positivas, prevención de recaídas, entre otros. Tecnología: Skype</p>	<p>Adherencia al tratamiento. Alta presencia por videoconferencia Barreras temporales y geográficas. Mayor tiempo de preparación inicial para el profesional. El paciente destaca la flexibilidad, la comodidad y el ahorro de tiempo. Satisfacción. La satisfacción fue excelente (28 puntos de 32; CSQ-8) Respuesta al tratamiento. Disminución de los episodios agresivos. Resultados buenos en STAI, BDI, y NEO-PI-R excepto "responsabilidad/conciencia". En general, las variables secundarias mejoran.</p>

Cont... Cuadro 1

De Las Cuevas et al. (2006)	Conocer la eficacia del servicio de telepsiquiatría	<p>Diseño. Estudio controlado aleatorizado. Participantes. 140 pacientes (70 en videoconferencia y 70 presencial). Balanceo por diagnóstico (CIE-10). Mismo psiquiatra en todas las consultas. Variable independiente. Modalidad consulta psiquiátrica, presencial o videoconferencia. Variables dependientes. CIDI (entrevista diagnóstica según CIE-10), SCI-90R y CGI. Intervención. 8 sesiones mínimo (30 mins) durante 24 semanas. Tratamiento psicofarmacológico y TCC. Tecnología. Polycom como software de videoconferencia.</p>	<p>Adherencia terapéutica. 4 abandonos en videoconferencia frente 6 del tratamiento presencial. Respuesta al tratamiento. En todas las medidas existe una mejoría significativa en la comparación intragrupo. No se aprecian diferencias en la eficacia en la comparación de los dos grupos.</p>
Hungerbuehler et al. (2016)	Evaluar la efectividad y la viabilidad del tratamiento en el hogar para la depresión leve a través de consultas psiquiátricas por videoconferencia.	<p>Diseño. Estudio controlado aleatorizado. Participantes. 107 adultos con depresión leve. Variable independiente Tipo de tratamiento, por videoconferencia y cara a cara (53 videoconferencia y 54 cara a cara). Variables dependientes. Resultados clínicos: HDRS-17, MHI-38, evolución de la medicación y recaídas. Adherencia al tratamiento. Asistencia a citas y abandonos. Satisfacción. CSQ-8. Alianza terapéutica: WAI-S y MMAS-4. Intervención. Consultas mensuales de aproximadamente 20 minutos basadas psicoeducación, seguimiento de medicación y asesoramiento y seguimiento a los 6 y a los 12 meses. Tecnología. Skype.</p>	<p>Resultados clínicos. Disminución de la gravedad de la depresión y mejora del estado de salud mental a los 12 meses en los dos grupos. Hubo interacción entre el tratamiento y el tiempo relación con la severidad de la depresión. Adherencia al tratamiento. Más abandonos en el grupo cara a cara que en el grupo de videoconferencia a los 6 meses y una tendencia al menor cumplimiento de citas también en el grupo cara a cara. Satisfacción. Aumento significativo durante los primeros 6 meses y se mantiene estable hasta el final del estudio en los dos grupos. Alianza terapéutica. Aumento significativo durante los 12 meses de tratamiento en los dos grupos.</p>
Barrera-Valencia et al. (2017)	Determinar la costo-efectividad de un modelo de telepsiquiatría sincrónico frente a otro asincrónico en pacientes con síntomas de depresión internados en un centro de privación de libertad.	<p>Diseño. Estudio cuasiexperimental pre-post. Participantes. 106 presos internados con síntomas de depresión. Variable independiente. Tratamiento telemático sincrónico (videoconferencia) vs asincrónico (correo electrónico mediante plataforma tecnológica). Resultados clínicos: HDRS. Costes: tiempo de atención. Intervención. Modalidad asincrónica: entrevista y evaluación en la cárcel por un médico general + psiquiatra para emisión de un concepto final de diagnóstico y tratamiento mediante plataforma tecnológica corroborado por el médico general también mediante plataforma tecnológica con establecimiento del tratamiento farmacológico en su caso y cita de seguimiento según correspondiera. Modalidad sincrónica: atención directa por el psiquiatra a través de videoconferencia con establecimiento de tratamiento farmacológico si se requería y la cita de seguimiento según correspondiera.</p>	<p>Resultados clínicos. Ambos tratamientos son efectivos en mejorar los síntomas de depresión; sin embargo, los valores en la escala HDRS fueron más bajos tras el tratamiento para la modalidad asincrónica. Costes. Coste del modelo asincrónico significativamente menor respecto al coste del modelo sincrónico.</p>

Cont... Cuadro 1

<p>Escudero et al. (2018)</p>	<p>Mostrar la aplicación de la TCC-CT por videoconferencia con una víctima directa de un atentado terrorista que sufre TEPT y otros trastornos psicológicos comórbidos a largo plazo y analizar la efectividad o utilidad clínica de la TCC-CT por videoconferencia.</p>	<p>Diseño. Estudio de caso único con medidas pre-post. Participantes. Paciente con síntomas de TEPT, víctima de un atentado terrorista en 1987 a manos de la banda terrorista ETA. Variable independiente. Programa de TCC-CT de García-Vera y Sanz (Moreno et al., 2017) para víctimas del terrorismo con trastornos aplicada exclusivamente mediante videoconferencia. Tipo de intervención. 36 sesiones semanales de terapia de: exposición prolongada en imaginación y en vivo a los recuerdos traumáticos y a otros estímulos ansiógenos; técnicas de control de la ansiedad; técnicas de reestructuración cognitiva; programación de actividades agradables; psicoeducación sobre las reacciones al trauma o al duelo y su normalización; técnicas de prevención de recaídas; técnicas de creación de una nueva narrativa vital; y entrenamiento en habilidades sociales y en solución de problemas sociales, con seguimiento al mes, a los 3 y a los 6 meses. Resultados clínicos: Entrevista clínica SCID-I-VC para el diagnóstico del TEPT. Sintomatología depresiva (BDI-II), ansiosa (BAI), de estrés postraumático (PCL-S), de duelo complicado (IDC), de inadaptación (EI) y preocupaciones patológicas (PSWQ). Tecnología. Ordenadores equipados con cámaras web mediante Skype.</p>	<p>Resultados clínicos. Tratamiento muy efectivo en todos los índices de porcentaje de datos no solapados (PND). Indicadores de cambios (Jacobson y Truax, 1991) clínicamente significativos para la sintomatología de depresión (BDI-II), ansiedad (BAI) y de TEPT (PCL-S), en los seguimientos a 1, 3 y 6 meses. A nivel cualitativo, se refiere una mejoría sustancial en diferentes términos: reactivación conductual, enfrentarse a lugares concurridos, reducción de la activación fisiológica al hablar sobre el atentado, reducción de la evitación, así como de las conductas de seguridad, reducción de las obsesiones y compulsiones, aumento de las actividades sociales, reducción de la medicación psiquiátrica. Según el terapeuta dejó de cumplir los criterios diagnósticos.</p>
-------------------------------	--	--	--

Nota: GC= Grupo control; GE= grupo experimental; ES= estadísticamente significativo; TCC= Terapia Cognitivo Conductual.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Finalmente, para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios se atendió tanto al número de sujetos de la muestra; a la aleatorización de los mismos (sesgo de selección); a las pérdidas durante el seguimiento y el manejo de estas en el análisis de los datos (sesgo de deserción); al cegamiento de los evaluadores de resultado (sesgo de detección); así como a los instrumentos de evaluación empleados

se presentan los principales resultados ofrecidos por los 7 artículos, organizados en base a varios criterios básicos: Cantidad de información, adherencia al tratamiento, alianza terapéutica, barreras geográficas, satisfacción de los pacientes y respuesta al tratamiento. Por último, se recogen los resultados en relación con otro aspecto relevante, como es el tipo de tecnología utilizada en los estudios.

2. Resultados y discusión

Los resultados se organizan del siguiente modo: En primer lugar, se detalla la tipología de estudios encontrados y el ámbito de aplicación. A continuación,

2.1. Tipología y ámbito de aplicación de los estudios

A través de la estrategia de búsqueda previamente detallada, se localizaron 7 estudios que constituyen la totalidad

de los trabajos empíricos disponibles hasta el momento de la búsqueda y que utilizan la videoconferencia para la intervención psicológica o psiquiátrica en el contexto iberoamericano. Entre ellos se encuentran 2 estudios de caso único, 4 estudios cuasiexperimentales y 1 estudio descriptivo.

Asimismo, cabe destacar otros 23 estudios que, a pesar de utilizar

videoconferencia, no lo hacen en el contexto de la atención psicológica o psiquiátrica. Entre ellos, 15 estudios empíricos, de los cuales 12 versan sobre psicología organizacional y de grupos, 2 sobre apoyo social entre iguales y 1 sobre psicología de la educación. Los estudios restantes se componen de 4 revisiones de la literatura, 3 cartas al editor y 1 tesis (ver Tabla 1).

Tabla 1
Clasificación del análisis de tipología de los estudios sobre videoconferencia en países iberoamericanos

Clasificación	n	Idioma		
		Ing	Esp	Por
En revisión (n=7)				
Empíricos que emplean la videoconferencia				
Estudio de caso único	2	1	1	-
Estudio cuasiexperimental	4	3	1	-
Estudio descriptivo	1	1	-	-
Estudio de tipología (n=23)				
No emplean la videoconferencia para atención psicológica ni psiquiátrica				
Revisión de la literatura	4	1	2	1
Tesis	1	1	-	-
Cartas al director	3	3	-	-
Estudio empírico (n=15)				
Ámbito psicología de las organizaciones o psicología de los grupos	12	5	7	-
Psicología de la educación	1	1	-	-
Aumento de redes de apoyo social (contacto entre enfermos)	2	2	-	-

Nota. n= se refiere al número de publicaciones de categorías de último nivel. El número de publicaciones para aquellos grupos que incluyen más categorías han sido especificados entre paréntesis. Ing= Inglés; Esp= Español; Por= Portugués.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Por tanto, se puede apreciar que la investigación basada en la evidencia empírica en el contexto hispanohablante proporcionado en este trabajo, presenta un claro vacío respecto al ámbito de la psicoterapia mediante videoconferencia.

En cuanto al riesgo de sesgo, las principales amenazas a la validez encontradas hacen referencia a la posible presencia de sesgos de selección (en algunos estudios que ocultan método de asignación a los grupos o carecen de aleatorización), de sesgos de detección introducidos por el evaluador (no son ciegos en ciertos estudios o no utilizan métodos de evaluación objetivos estandarizados), y de sesgos de deserción referidos a la mortandad experimental (la mayoría de estudios no mencionan si hubo pérdidas).

2.2. Cantidad de información

La cantidad de información que la videoconferencia permite obtener del paciente, el cual es fundamental, debido a que una de las condiciones necesarias para llevar a cabo un tratamiento, sea *online* o presencial, es precisamente contar con garantías de obtener información completa del cliente y su contexto (De La Torre y Pardo, 2018).

El único estudio que analiza este aspecto (De Las Cuevas et al., 2003) reporta que el profesional que llevó a cabo las consultas pudo recabar la misma información que por el medio presencial tradicional. Además, cuando se preguntó a los pacientes sobre este aspecto, el 90% estuvo de acuerdo en presentar la misma información que en persona. Así, tanto el profesional como los pacientes están de acuerdo en afirmar que la cantidad de información, recogida y proporcionada respectivamente, es la misma respecto a la

que podría extraerse mediante la atención presencial tradicional.

Es importante plantear que, más allá de la cantidad de datos, la calidad de los mismos es asimismo relevante en la medida en que su veracidad determinará la existencia de una base sólida para la evaluación del caso sobre la cual construir el diagnóstico, tratamiento y posterior seguimiento. De hecho, se recomienda que el profesional adapte, no sólo sus habilidades de comunicación, sino también sus instrumentos de evaluación, empleando preferentemente aquellos que ya hayan sido adaptados al formato *online* (De La Torre y Pardo, 2018).

2.3. Adherencia al tratamiento

Otro aspecto que constituye un pilar básico para que una intervención psicológica sea efectiva, es la adherencia al tratamiento (Roca et al., 2011). El problema es que ninguna estrategia de medición única se ha considerado óptima, siendo la combinación de métodos la mejor aproximación a la medición del comportamiento de adherencia (Roca y Monzón, 2009).

Uno de los indicadores utilizados por los estudios revisados que tienen en cuenta ese aspecto es el cumplimiento de las citas, el cual incluye la asistencia a las sesiones y el cumplimiento de horarios. Osma et al. (2016), reportan un alto cumplimiento de las citas, mientras que otros autores encuentran incluso una mayor adherencia terapéutica del formato de videoconferencia en comparación con el formato cara a cara (De Las Cuevas et al., 2006; Hungerbuehler et al., 2016).

Otro indicador empleado es la tasa de abandonos, obteniendo los estudios de De Las Cuevas et al. (2006) y Hungerbuehler et al. (2016), quienes

observan una mayor tasa de abandono en el grupo presencial, registrando además Hungerbuehler et al. (2016), una menor tendencia al cumplimiento de las citas también en el grupo cara a cara. En este sentido, parece que la tasa de abandonos en los primeros meses es cuando la intervención se hace presencialmente, lo que sugiere que la videoconferencia podría ser en cierto modo un medio para enganchar al paciente desde el inicio (Hungerbuehler et al., 2016).

2.4. Alianza terapéutica

La alianza terapéutica está muy relacionada con el anterior criterio, puesto que la solidez de la relación terapéutica profesional-paciente, puede determinar en parte la adhesión del paciente al tratamiento. En general, en los estudios revisados, la relación terapéutica con el profesional es considerada como positiva (De Las Cuevas et al., 2003; Hungerbuehler et al., 2016; Osma et al., 2016). Así, la mayoría de los pacientes se sienten cómodos en la interacción con el profesional (De Las Cuevas et al., 2003), llegando a observar un aumento significativo durante los 12 meses de tratamiento (Hungerbuehler et al., 2016), igualando al grupo con tratamiento cara a cara en aspectos comunicativos (Osma et al., 2016).

Otros estudios fuera del entorno latino van en la misma línea. En concreto, la revisión llevada a cabo por Simpson y Reid (2014), concluyó que la alianza terapéutica sería equivalente en el formato presencial y a distancia. Por el contrario, esta misma revisión reportó que dos estudios que realizaron terapia en grupo, encontraron una alianza terapéutica mayor en el formato presencial. Lo anterior, podría significar un funcionamiento

diferencial de la alianza terapéutica entre un formato individual y grupal.

2.5. Barreras geográficas

Se ha planteado que la videoconferencia podría llegar a ser una buena solución frente a la modalidad presencial, al permitir la superación de las limitaciones espaciales. Así, entre los artículos revisados se hacen evidentes las dificultades de acceso de los pacientes a la psicoterapia presencial, ya sea debido a la movilidad reducida del grupo de pacientes (Martínez et al., 2014), a la residencia en un país extranjero en el que el idioma hablado no es el mismo que el del país de origen (Osma et al., 2016), a la necesidad de un profesional especializado en una patología concreta (Martínez et al., 2014), o al alto coste económico o temporal para acceder al espacio físico de la consulta presencial (De Las Cuevas et al., 2003).

Osma et al. (2016), señalan como principal inconveniente, una mayor inversión de tiempo al tener que entrar en mayor detalle con el paciente acerca de las condiciones de la intervención (condiciones de conexión, método de pago o confidencialidad). Por el contrario, el paciente de dicho estudio destaca la flexibilidad, la comodidad y el ahorro de tiempo, como una gran ventaja del uso de la videoconferencia para la atención mental. En la misma línea, De Las Cuevas et al. (2003) señalan que el 100% de los participantes estuvo totalmente de acuerdo en preferir recibir la terapia por videoconferencia que tener que esperar más tiempo o tener que desplazarse para recibir terapia presencial.

Se sabe que la tecnología, contribuye a la extensión de la universalidad y la equidad en cuanto al aprovechamiento de los recursos en salud. Por ejemplo, la revisión de Simpson y Reid

(2014), señala que la videoconferencia podría ser la única opción viable de acceso a la psicoterapia en usuarios que viven en zonas rurales o remotas. Asimismo, es evidente la reducción de los costes que esto implica a través del ahorro de tiempo en la práctica asistencial, pues se evitan desplazamientos a las instituciones sanitarias muchas veces innecesarios (Martínez et al., 2017; Demichelis, Correa y Bertone, 2018).

Así, las intervenciones sanitarias, basadas en las nuevas tecnologías, han demostrado generar beneficios económicos para las instituciones de la salud. De hecho, una de las razones por las que aboga por impulsar el uso de la tele salud es precisamente la insostenibilidad de los costes de la atención tradicional en salud, colocando de manifiesto la necesidad de utilizar nuevas herramientas en la práctica asistencial (Wright et al., 2011).

2.6. Satisfacción de los pacientes

Los estudios que analizan la satisfacción y aceptabilidad de los usuarios, destacan resultados positivos en la medida en que los pacientes están satisfechos con la tecnología con la que se ha llevado a cabo la psicoterapia. Así, en general, la experiencia global de la videoconferencia es como mínimo algo satisfactoria (De Las Cuevas et al., 2003) hasta excelente (De Las Cuevas et al., 2003; Martínez et al., 2014; Osma et al., 2016).

Incluso, se contemplan, en algunos casos, la posibilidad de volver a utilizar dicho medio en futuras ocasiones (De Las Cuevas et al., 2003; Martínez et al., 2014). De forma más concreta, los pacientes plantean como algo o muy probable, la recomendación del sistema de videoconferencia a otras personas y el hecho de volver a utilizarlo en otra sesión

(De Las Cuevas et al., 2003) o en futuros proyectos de videoconferencia (Martínez et al., 2014). Asimismo, algo muy relevante del estudio de De Las Cuevas et al. (2003) es que, tras la experiencia con la terapia en línea, una gran mayoría de participantes la prefiere frente a la presencial.

En cuanto al ambiente y configuración física del sistema, aunque los pacientes suelen estar satisfechos con la facilidad de uso (De Las Cuevas et al., 2003), los aspectos que menor satisfacción producen, son precisamente los relacionados con los problemas técnicos asociados al propio sistema telemático, como la calidad de audio y video, por ejemplo (De Las Cuevas et al., 2003; Osma et al., 2016).

Otras revisiones, en la misma línea (Barkhaus et al., 2012; Simpson y Reid, 2014), han encontrado una alta satisfacción entre los pacientes, pero también la presencia de ciertos problemas técnicos puntuales (Barkhaus et al., 2012). Asimismo, han destacado la ausencia de diferencias en la satisfacción entre la psicoterapia presencial y la llevada a cabo por videoconferencia (Barkhaus et al., 2012; Simpson y Reid, 2014). Sin embargo, los estudios recogidos en estas revisiones no se llevaron a cabo en países latinos, lo que hace difícil y arriesgada la generalización de estos últimos resultados en pacientes de este grupo de países.

2.7. Respuesta al tratamiento

Martínez et al. (2014), utiliza como indicadores de éxito el nivel de discapacidad, los cambios comportamentales relacionados a la salud, y, por último, el estado mental y físico (a través de 8 dimensiones: Funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud

general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental). Concluyen que, el programa basado en la videoconferencia permite mejorar aspectos psicosociales, con una reducción del nivel subjetivo de discapacidad, así como una mejora de la calidad de vida en personas con enfermedades neuromusculares.

Por su parte, De Las Cuevas et al. (2006) utilizan las escalas SRCL-90R: *Test* de los 90 Síntomas (con tres subescalas: Índice de Gravedad Global, Índice de Malestar Positivo y Total de Síntomas Positivos) y CGI (Impresión Clínica Global) en usuarios de consulta de atención psiquiátrica ambulatoria, encontrando una mejoría significativa en ambas escalas tanto en el grupo por videoconferencia como presencial, aunque no encuentran diferencias entre ambos medios.

En la misma línea, Hungerbuehler et al. (2016) observan una disminución de la gravedad de la depresión, utilizando la Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (HDRS); y una mejora del estado de salud mental, medida a través del Inventario de Salud Mental (MHI-38) a los 12 meses en ambos grupos. Por su parte, Barrera-Valencia et al. (2017), utilizando también la HDRS informan que en general el tratamiento telemático es efectivo en la mejora de los síntomas de depresión.

Por último, Escudero et al. (2018) encuentran el tratamiento muy efectivo, utilizando para su evaluación los índices de porcentaje no solapados, siendo estos equivalentes al 100% así como los indicadores de cambios clínicamente significativos de *Jacobson* y *Truax* aplicados para la sintomatología de depresión (BDI-II), ansiedad (BAI) y de TEPT (PCL-S).

Por tanto, de los 7 artículos revisados, 6 trabajos han evaluado los resultados clínicos mediante videoconferencia, encontrando resultados clínicos efectivos o incluso muy efectivos. Sin embargo, tan solo dos han comparado la eficacia de la intervención mediante videoconferencia con un formato presencial, no encontrando diferencias significativas. Por otra parte, la mayoría de los estudios de tres revisiones analizadas concluyen que el formato por videoconferencia es igual de eficaz que el formato presencial en diferentes casos clínicos y tipos de intervenciones (Backhaus et al., 2012; De Bitencourt et al., 2016; Berryhill et al., 2019). Sin embargo, los datos analizados por De Bitencourt et al. (2016) en intervenciones psicodinámicas, no dejan claro que este tipo de intervenciones sean útiles en casos severos.

En relación con esta variable de respuesta al tratamiento, es fundamental revisar el concepto de efectividad o utilidad clínica de las intervenciones, el cual implica tres aspectos clave: i) Generalización: Reproducibilidad de los resultados obtenidos con el método de trabajo, los sujetos y los terapeutas -experimentales- en condiciones artificiales en la práctica clínica real; ii) Viabilidad: Aceptabilidad de la intervención por parte de los clientes (coste, malestar, duración, efectos secundarios, entre otros), probabilidad de cumplimiento, facilidad de difusión entre los profesionales; y iii) Eficiencia: Relación costes/beneficios para el cliente y para la sociedad (Bados, García y Fusté, 2002).

La viabilidad se puede relacionar con la factibilidad; es decir, el grado en el que es posible llevar a cabo una determinada intervención de forma

satisfactoria en un ámbito dado (Karsh, 2004; Proctor et al., 2011). Así, en el contexto de las intervenciones en línea, la factibilidad estaría estrechamente unida a la viabilidad de la implementación de la videoconferencia como recurso tecnológico para proveer de atención psicológica y psiquiátrica. Por ello, la evaluación o análisis de este concepto resulta fundamental.

De hecho, varias revisiones sistemáticas realizadas en una franja de 8 años con carácter internacional (Backhaus et al., 2012; Stoll et al., 2020), muestran, por un lado, evidencia respecto a que la videoconferencia es factible en diferentes formatos y tipos de psicoterapia; si bien, por otro lado, recomiendan mayor investigación por las reticencias que presenta, mayormente debidas a que los profesionales no reciben formación en su uso aplicado.

Asimismo, cabe matizar que la factibilidad puede divergir notablemente en función de diferentes factores como por ejemplo el tipo de intervención, el contexto social, el nivel educativo, el nivel económico o de infraestructuras. En el presente trabajo, aunque los estudios revisados en general encuentran resultados positivos en el uso de la videoconferencia en atención mental, la factibilidad no es medida directamente por los criterios considerados, lo cual constituye una limitación destacable para determinar la viabilidad de esta tecnología.

2.8. Tecnología empleada por los estudios

Otro aspecto relevante es la tecnología empleada respecto a la cual no todos los estudios aportan suficiente información. Así, de los 7 trabajos, 2 estudios no reportan la tecnología

empleada para el abordaje psiquiátrico por videoconferencia (De Las Cuevas et al., 2003; Barrera-Valencia et al., 2017), 4 estudios eligen como *software* SKYPE® (Martínez et al., 2014; Osma et al., 2016; Hungerbuehler et al., 2016, Escudero et al., 2018) y el último estudio emplea el sistema Polycom® (De Las Cuevas et al., 2006).

Desde los inicios hasta la actualidad, año 2020, tanto la tecnología existente como la infraestructura en telecomunicaciones, ha dado un giro gigantesco. Por ello, algunas de las limitaciones o fallos técnicos que se podrían estar dando en épocas pasadas pueden no ser un inconveniente en la actualidad. De hecho, hoy en día se ha podido mejorar notablemente la conexión y la calidad de imagen, además de la mayor seguridad ofrecida por esta tecnología, junto con el mayor número de herramientas destinadas al uso específico de teleconsulta.

Sin embargo, entre los estudios incluidos en la presente revisión, el sistema más ampliamente utilizado es *Skype*, el cual no está específicamente desarrollado para esta práctica. Por ejemplo, la necesidad de registro del usuario de *Skype* o *Hangouts* (Gasparini et al., 2013) haría de este medio una tecnología poco recomendable para su uso en telesalud. Máxime, al existir plataformas específicamente diseñadas íntegramente para tal fin como, por ejemplo: *PsicoReg* (Soluciones tecnológicas en salud [Sotecs], 2021), *We Doctor* (We Doctor Global Care SL, 2021), y *Doxy.me* (2021).

Respecto a esta cuestión, desde el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2018) se recomienda tener en cuenta una serie de puntos críticos que contemplan no sólo las propias medidas de seguridad

al inicio del tratamiento, sino también la consideración de su aplicabilidad a lo largo de la intervención y, en el caso de que fuese necesario en función del tipo de tratamiento o contexto, la posibilidad de introducir medidas adicionales.

Asimismo, son importantes los mecanismos de identificación y notificación inmediata de violaciones de seguridad de los datos, así como la previsión de medidas de reacción. También hay que prever la Evaluación de Impacto en aquellos tratamientos que lo requieran, así como la posible necesidad de nombrar un Delegado de Protección de Datos (DPD) y todos los mecanismos para su selección adecuada y designación.

Conclusiones

En el presente trabajo se ha realizado una revisión exploratoria con el objetivo de reunir la evidencia disponible sobre el uso de la videoconferencia en el ámbito de la salud mental en países hispanohablantes. A pesar de las limitaciones como el escaso número de estudios encontrados y los posibles sesgos asociado a una disminución de la rigurosidad metodológica de los estudios incluidos, este trabajo supone un primer intento de resumir la evidencia científica acerca de la utilización de la videoconferencia en la atención de salud mental, con el aliciente de ser la única que hace este análisis en lengua española dentro del contexto latinoamericano.

Cabe señalar, que los datos recogidos en esta revisión son de carácter preliminar, principalmente debido a los siguientes motivos: (i) La amplia mayoría de los estudios analizados se llevan a cabo en España, lo que no permite llegar a las mismas conclusiones para Latinoamérica por las posibles diferencias culturales;

(ii) el número de artículos publicados es especialmente reducido, por lo que no permite generalizar muchos de los aspectos tratados que podrían divergir según el diagnóstico del paciente o tipo de encuadre terapéutico; (iii) algunos artículos no proveen datos acerca de la tecnología empleada o ésta está desfasada y, por lo tanto, no aporta datos válidos para el momento actual; y, (iv) los estudios no utilizan sistemáticamente los mismos criterios para determinar la efectividad clínica.

Las limitaciones ya citadas, especialmente las referidas al reducido número de artículos y la calidad metodológica de los trabajos encontrados, son un reflejo de un campo aún poco desarrollado en el contexto hispanohablante. Futuros estudios deberían centrar su esfuerzo en la mejora de la metodología aplicada. Algunas recomendaciones podrían ser las siguientes: (i) Emplear métodos estandarizados para la evaluación de la adherencia y alianza terapéutica; (ii) emplear grupos control con los que poder realizar la comparativa pertinente entre el formato online y presencial; (iii) detallar las tecnologías empleadas, la velocidad de conexión, así como los dispositivos con los que se conectan; y, (iv) en ensayos controlados aleatorizados seguir normativa estandarizada en la comunicación de los resultados como por ejemplo la guía CONSORT (Consort Group, 2010).

A pesar de las limitaciones anteriores, el principal aporte del presente trabajo, además de recoger la tipología de estudios y su ámbito de aplicación, es visibilizar el estado en el que se encuentra la evidencia científica sobre el modo en el que el uso de la videoconferencia como medio de comunicación, puede influir en

la cantidad de información recogida de los usuarios, la adherencia al tratamiento de éstos últimos, los costos en términos de tiempo invertido, la satisfacción de los usuarios, la alianza terapéutica y los resultados clínicos.

Puede concluirse con relativa certeza que la modalidad online, como mínimo, supera las barreras espaciales propias de la modalidad presencial además de mejorar los síntomas clínicos en determinados diagnósticos psicológicos y aporta ciertas ventajas respecto a la modalidad presencial, lo cual va en la línea de los hallazgos generados por otros estudios de revisión llevados a cabo en otros países.

A lo anterior, hay que añadir la situación provocada por el COVID-19 que ha generado un cambio en la forma en que las personas se relacionan, lo cual confiere aún más fuerza a la videoconferencia como un formato prometedor cuya introducción se hace necesaria en determinadas intervenciones clínicas con un tipo de trastornos y pacientes determinados. Además, el acceso físico a los servicios, de por sí complejo y dificultoso en muchos países y entornos sociales, se ha complicado aún más en el contexto de la pandemia del COVID-19 (Nievas y García, 2020).

No obstante, más allá de la situación de confinamiento provocada por el COVID-19, la atención mediante videoconferencia en salud mental se presenta como una herramienta de gran potencial para realizar ciertas intervenciones clínicas que cumplan con las necesidades del paciente y rompan con algunas de las desventajas, como la falta de disponibilidad de especialistas próximos o las dificultades en movilidad entre otras, que pueden aparecer al intervenir en modalidad presencial.

Referencias bibliográficas

- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, M., Lohr, J., y Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services, 9*(2), 111-131. <https://doi.org/10.1037/a0027924>
- Bados, A., García, E., y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology - IJCHP, 2*(3), 477-502.
- Barnett, J. E. (2019). The ethical practice of psychotherapy: Clearly within our reach. *Psychotherapy, 56*(4), 431-440. <https://doi.org/10.1037/pst0000272>
- Barrera-Valencia, C., Benito-Devia, A. V., Vélez-Álvarez, C., Figueroa-Barrera, M., y Franco-Idárraga, S. M. (2017). Costo-efectividad de telepsiquiatría sincrónica frente a asincrónica para personas con depresión privadas de la libertad. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 46*(2), 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.008>
- Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H., y King, M. (2019). Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. *Telemedicine and e-Health, 25*(6), 435-446. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0058>
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., Renaud, P., y Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine and e-Health, 10*(1), 13-25. <https://doi.org/10.1089/153056204773644535>
- Bujnowska-Fedak, M. M., y Pirogowicz, I. (2014). Support for e-health services among elderly primary care patients. *Telemedicine and e-Health, 20*(8), 696-704. <https://doi.org/10.1089/>

[tmj.2013.0318](#)

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2018). *Protección de datos en Psicología: Guía práctica. Adaptación al Reglamento General Europeo de Protección de Datos*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de <https://www.copmadrid.org/mailing/colegioinforma/Documento%20ayuda%20RGPD.pdf>

Consort Group (2010). CONSORT 2010. Lista de comprobación de la información que hay que incluir al comunicar un ensayo clínico aleatorizado. http://www.consort-statement.org/Media/Default/Downloads/Translations/Spanish_es/Spanish%20CONSORT%20Checklist.pdf

De Bitencourt, D., Braga, P., Trelles, C., Bassols, A. M., Sfoggia, A., Kowacs, C., Valle, D., Benetti, M., Bento, M., Stella, R., Pigatto, S., Laks, C. (2016). A psychodynamic perspective on a systematic review of online psychotherapy for adults. *British Journal of Psychotherapy*, 32(1), 79-108. <https://doi.org/10.1111/bjp.12204>

De La Torre, M., y Pardo, R. (2018). *Guía para la Intervención Telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <https://www.psichat.es/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-2019.pdf>

De Las Cuevas, C., Arredondo, M. T., Cabrera, M. F., Sulzenbacher, H., y Meise, U. (2006). Randomized clinical trial of telepsychiatry through videoconference versus face-to-face conventional psychiatric treatment. *Telemedicine and e-Health*, 12(3), 341-350. <https://doi.org/10.1089/tmj.2006.12.341>

De Las Cuevas, C., Artiles, J., De La Fuente, J., y Serrano, P. (2003). Telepsychiatry in the Canary Islands: user acceptance and satisfaction.

Journal of Telemedicine and Telecare, 9(4), 221-224. <https://doi.org/10.1258/135763303322225553>

Delgado, G., Gutiérrez, R. A., y Ochoa, C. (2020). Competencias en uso de Tecnologías de Información y Comunicación: Estudiantes de postgrados a distancia. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXVI(E-2), 314-327. <https://doi.org/10.31876/rcs.v26i0.34130>

Demichelis, M., Correa, M., y Bertone, R. A. (octubre de 2018). Interoperabilidad e integración entre sistemas de información en salud. *XXIV Congreso Argentino de Ciencias de la Computación*, La Plata, Argentina.

Doxy.me (2021). The simple, free, and secure telemedicine solution. *Doxy.me*. <https://doxy.me/>

Ennis, L., Rose, D., Denis, M., Pandit, N., y Wykes, T. (2012). Can't surf, won't surf: The digital divide in mental health. *Journal of Mental Health*, 21(4), 395-403. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.689437>

Escudero, S., Navarro, R., Reguera, B., Gesteira, C., Morán, N., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2018). Tratamiento psicológico por videoconferencia de una víctima de terrorismo con trastorno por estrés posttraumático y otros trastornos emocionales comórbidos 30 años después del atentado. *Clinica y Salud*, 29(1), 21-26. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a4>

Gasparini, C.D., Torres-Padrosa, V., Boada, I., y Marzo, J. L. (2013). Videoconferencing in eHealth: Requirements, integration and workflow. *IEEE 15th International Conference on E-Health Networking, Applications and Services (Healthcom 2013)*, 201-206. <https://doi.org/10.1109/HealthCom.2013.6720667>

- Hilty, D. M., Maheu, M. M., Drude, K. P., y Hertlein, K. M. (2018). The need to implement and evaluate telehealth competency frameworks to ensure quality care across behavioral health professions. *Academic Psychiatry*, 42(6), 818-824. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0992-5>
- Hilty, D. M., Randhawa, K., Maheu, M. M., McKean, A. J. S., y Pantera, R. (2019). Therapeutic relationship of telepsychiatry and telebehavioral health: Ideas from research on telepresence, virtual reality and augmented reality. *Psychology and Cognitive Sciences – Open Journal*, 5(1), 14-29. <https://doi.org/10.17140/pcsoj-5-145>
- Hungerbuehler, I., Valiengo, L., Loch, A. A., Rössler, W., y Gattaz, W. F. (2016). Home-based psychiatric outpatient care through videoconferencing for depression: A randomized controlled follow-up trial. *JMIR Mental Health*, 3(3), e36. <https://doi.org/10.2196/mental.5675>
- Karsh, B-T. (2004). Beyond usability: Designing effective technology implementation systems to promote patient safety. *Quality & Safety*, 13(5), 388-394. <https://doi.org/10.1136/qhc.13.5.388>
- Martínez, O., Jometón, A., Pérez, M., Lázaro, E., Amayra, I., López-Paz, J. F., Oliva, M., Parada, P., Berrocoso, S., Iglesias, A., Caballero, P., De Nicolás, L., y Bárcena, J. E. (2014). Effectiveness of teleassistance at improving quality of life in people with neuromuscular diseases. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, E86. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.89>
- Nelson, E-L., y Bui, T. (2010). Rural telepsychology services for children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 66(5), 490-501. <https://doi.org/10.1002/jclp.20682>
- Nelson, E-L., Bui, T. N., y Velasquez, S. E. (2011). Telepsychology: research and practice overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(1), 67-79. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.08.005>
- Nievas, B. J., y García, S. (2020). eSalud, una respuesta social frente a la pandemia por Covid-19. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXVI(4), 23-27. <https://doi.org/10.31876/rcs.v26i4.34643>
- Orlando, J. F., Beard, M., y Kumar, S. (2019). Systematic review of patient and caregivers' satisfaction with telehealth videoconferencing as a mode of service delivery in managing patients' health. *PLoS One*, 14(8), e0221848. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221848>
- Osma, J., Crespo, E., y Castellano, C. (2016). Multicomponent cognitive-behavioral therapy for intermittent explosive disorder by videoconferencing: A case study. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 32(2), 424-432. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.211351>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., y Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Ramos, R., Alemán, J. M., Ferrer, C., Miguel, G., Prieto, V., y Rico, C. (2017). *Guía para la práctica de la telepsicología*. Consejo General de la Psicología. <https://doi.org/10.23923/cop.telepsicologia.2017>
- Rees, C. S., y Maclaine, E. (2015). A

- systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist*, 50(4), 259-264. <https://doi.org/10.1111/ap.12122>
- Roca, M., Armengol, S., Salvador-Carulla, L., Monzón, S., Salvà, J., y Gili, M. (2011). Adherence to medication in depressive patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(4), 541-543. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3182223af9>
- Roca, M., y Monzón, S. (2009). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia*. Ediciones Mayo.
- Simpson, S. G., y Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *The Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280-299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>
- Soluciones tecnológicas en salud - Sotecs (2021). PsicoReg. Plataforma para psicólogos para la gestión de pacientes. <https://psicoreg.com/>
- Soto-Pérez, F., Franco, M., Monardes, C., y Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 19-37. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4082>
- Stoll, J., Müller, J. A., y Trachsel, M. (2020). Ethical issues in online psychotherapy: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 993. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00993>
- Varguillas, C. S., y Bravo, P. C. (2020). Virtualidad como herramienta de apoyo a la presencialidad: Análisis desde la mirada estudiantil. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXVI(1), 219-232. <https://doi.org/10.31876/rcs.v26i1.31321>
- We Doctor Global Care SL (2021). El sistema de teleconsulta más completo del mercado. *WeDoctor. Tu salud a un click*. <https://we-doctor.com/>
- World Health Organization (2004). The forty-eighth world health assembly. *Midwifery*, 11(3), 153-154. [https://doi.org/10.1016/0266-6138\(95\)90030-6](https://doi.org/10.1016/0266-6138(95)90030-6)
- Wright, J. L., Sherriff, J. L., Dhaliwal, S. S., y Mamo, J. C. L. (2011). Tailored, iterative, printed dietary feedback is as effective as group education in improving dietary behaviours: Results from a randomised control trial in middle-aged adults with cardiovascular risk factors. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 43. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-43>