

***E-TERÀPIA*: Estudi sobre la percepció de la videoconferència en la teràpia psicològica**

TREBALL FINAL DE GRAU

Anna Trapé Ubeda

Quart Curs en el Grau de Psicologia

Tutor: Àngel Serra

Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya

Facultat d'Interpretació, Traducció i Ciències Humanes

Vic, Maig 2018

Agraïments

Voldria destinar aquestes paraules a totes aquelles persones que d'alguna manera han contribuït en el tancament d'aquesta etapa acadèmica.

Agrair en primer lloc, el suport incondicional que he rebut per part del meu tutor, Àngel Serra, que en tot moment m'ha orientat i m'ha guiat en aquest viatge. A l'Ivan Alsina, per donar-me l'oportunitat de poder contactar amb les *Clíniques Cita* i transmetrem la passió per les noves tecnologies en el tractament psicològic.

A les *Clíniques Cita* i l'empresa CITA.IO, per l'interès que han mostrat des de l'inici, la professionalitat i la confiança que han dipositat en mi.

I en especial, a la meva família, companys i amics que m'han acompanyat en aquest camí, animant-me i recolzant-me en els moments més difícils.

A tots, gràcies.

Resum

La finalitat d'aquesta investigació és estudiar la percepció i l'actitud que tenen les persones sobre la videoconferència en la teràpia psicològica. També es pretén obtenir el perfil de les persones que utilitzen aquesta modalitat *d'e-teràpia* de les *Cliniques Cita*. L'estudi ha comptat amb una mostra de 50 persones; 15 homes i 30 dones. Les dades s'han recollit a partir d'un qüestionari dissenyat exclusivament per aquesta investigació i el test NEO-FFI. De les *Cliniques Cita*, vam tenir accés a un total de 16 pacients. Els resultats demostren que els participants prefereixen la teràpia tradicional vers la VC, que tenen coneixença de la VC en teràpia i que tot i no posicionar-se en termes d'eficàcia, consideren que podria presentar diversos avantatges. En relació al perfil de persones que utilitza la videoconferència, la majoria són homes, d'entre 30 i 50 anys que viuen a zones allunyades d'on es localitza el seu terapeuta.

Abstract

The purpose of this research is to study the perception and attitude that people have about videoconferencing in psychological therapy. We also want to obtain the profile of the people who use this type of *e-therapy* from *Cliniques Cita*. The study had a sample of 50 people; 15 men and 30 women, the data were collected based on a questionnaire exclusively designed for this research and the NEO-FFI test. From *Cliniques Cita*, we had access to a total of 16 patients. The results show that participants prefer traditional therapy towards videoconferencing, that they had knowledge about VC in therapy, and that, despite not having a clear idea about its effectiveness, they consider that it could present some advantages. Regarding the profile of people using videoconferencing, it has been observed that they were mostly men, from 30 to 50 years old, who lived in remote areas where the therapist is located.

Paraules clau/ Keywords: *e-teràpia*, *teràpia online*, intervencions basades en internet, videoconferència/ *e-therapy*, *online therapy*, internet-based interventions, videoconferencing.

ÍNDEX

1.	INTRODUCCIÓ	6
2.	MARC CONCEPTUAL	8
2.1.	<i>E-teràpia</i>	8
2.1.1.	Definició i concepte.....	8
2.1.2.	Característiques de l' <i>e-teràpia</i>	9
2.1.3.	Avantatges de l' <i>e-teràpia</i>	9
2.1.4.	Crítiques a l' <i>e-teràpia</i>	11
2.1.5.	Modalitats d' <i>e-teràpia</i>	13
2.2.	La videoconferència	16
2.2.1.	Població diana de la videoconferència	16
2.2.2.	Formats i tipus de psicoteràpia utilitzats en VC.....	16
2.2.3.	Satisfacció dels pacients en l'ús de la videoconferència	18
2.2.4.	Relació terapèutica en l'ús de la videoconferència.....	20
2.2.5.	Eficàcia de la videoconferència	23
2.2.6.	Estudis sobre videoconferència i personalitat	24
2.2.7.	Videoconferència en addiccions	26
2.2.8.	Qüestions ètiques i legals de la videoconferència.....	33
2.3.	L'actitud i les perspectives dels adults vers la teràpia online	35
3.	OBJECTIUS I HIPÒTESIS	39
4.	METODOLOGIA.....	41
4.1.	Tipus de Disseny	41
4.2.	Selecció de la mostra	41
4.3.	Mostra.....	42
4.4.	Instruments de recollida i anàlisi de dades.....	43
4.5.	Qüestions ètiques.....	45
4.6.	Procediment i recollida de dades	46
5.	RESULTATS	47
6.	DISCUSSIÓ.....	63
6.1.	Limitacions i propostes de futur.....	69
7.	CONCLUSIONS.....	71
8.	BIBLIOGRAFIA	72
9.	WEBGRAFIA.....	76

ÍNDIX DE TAULES

Taula 1: Continu de les intervencions professionals via internet.....	8
Taula 2: Quadre resum dels avantatges i les crítiques i/o limitacions de la <i>teràpia online</i>	13
Taula 3: Estudis que avaluen l'eficàcia de la videoconferència en diverses patologies.....	23
Taula 4: Descripció de les dades sociodemogràfiques dels participants.....	42
Taula 5: Taula de freqüència sobre el grau de coneixement del terme <i>e-teràpia</i>	47
Taula 6: Taula de freqüència sobre la coneixença de la VC per realitzar teràpia.....	48
Taula 7: Taula de freqüència sobre la percepció de les NT com a beneficioses	48
Taula 8: Taula de freqüència sobre l'ús de les NT per rebre assistència psicològica.....	49
Taula 9: Taula de freqüència sobre l'ús de la VC com a recurs per a fer teràpia.....	49
Taula 10: Taula de freqüència sobre l'ús de la VC en àrees remotes.....	50
Taula 11: Taula de freqüència sobre la percepció d'eficàcia de la VC vers la teràpia cara a cara.....	50
Taula 12: Taula de freqüència sobre l'establiment de l'aliança terapèutica en VC.....	51
Taula 13: Taula de freqüència sobre la necessitat d'un primer contacte presencial.....	51
Taula 14: Taula de freqüència sobre la preferència d'utilitzar la teràpia cara a cara a la VC.....	52
Taula 15: Taula de freqüència sobre la promoció de l'adherència	52
Taula 16: Taula de freqüència sobre l'actuació positiva en zones remotes.....	53
Taula 17: Taula de freqüència sobre la contribució en la reducció de l'estigma social.....	53
Taula 18: Taula de freqüència sobre l'ús de la VC en persones familiaritzades amb les NT.....	54
Taula 19: Taula de freqüència sobre l'ús de la VC per tal de guardar la privacitat i l'anonimat.....	54
Taula 20: Taula de freqüència sobre la negativitat de no saber on és el terapeuta quan realitza la VC.....	55
Taula 21: Taula de freqüència sobre la utilitat de la VC per a tot tipus de persones.....	55
Taula 22: Taula de freqüència sobre la substitució de les NT en la teràpia tradicional.....	56
Taula 23: Taula de correlació bivariada entre l'ítem 1 del qüestionari i el test <i>NEO FFI</i>	57
Taula 24: Taula de correlació bivariada entre l'ítem 18 del qüestionari i el test <i>NEO FFI</i>	57
Taula 25: Taula de correlació bivariada entre l'edat i els ítems del qüestionari.....	58
Taula 26: Variables sociodemogràfiques dels pacients que utilitzen VC a través de la plataforma.....	59
Taula 27: Estadística descriptiva del nombre de VC realitzades a la plataforma.....	60
Taula 28: Estadística descriptiva del nombre de sessions realitzades per setmana.....	60
Taula 29: Estadística descriptiva de la mitjana d'ambos sexes en el nombre de sessions	61
Taula 30: Estadística descriptiva del temps emprat per sessió de VC.....	61
Taula 31: Estadística descriptiva del nº de vegades que han accedit a la plataforma per no fer VC.....	62

1. INTRODUCCIÓ

En les últimes dècades, s'han produït grans avenços tecnològics que han permès obrir les portes a noves maneres de proporcionar assistència psicològica com és el cas de "*l'e-teràpia*". Aquesta nova modalitat de teràpia, pretén proporcionar un servei de salut o salut mental, utilitzant la internet com a via d'interacció entre el pacient i el terapeuta.

El present treball de final de grau va enfocat a estudiar "*l'e-teràpia*", però més en concret, una de les seves modalitats, la videoconferència. L'objectiu d'aquest treball és conèixer quina és la percepció dels usuaris sobre la videoconferència en la teràpia psicològica. Tanmateix, també ens centrarem a estudiar quin és el perfil dels pacients que utilitzen la videoconferència en el tractament de les addiccions de les *Clíniques Cita* (Centre d'Investigació i Tractament d'Addiccions). Esmentar, que en un inici, l'estudi anava més enfocat en analitzar pacients de les *Clíniques Cita* que utilitzaven la videoconferència en el tractament de les addiccions, però per qüestions que s'exposen a l'apartat de *limitacions*, ens vam decantar per enfocar l'estudi en la població sanitària.

L'estudi m'és d'especial interès per principalment dos motius. El primer motiu és perquè a tercer de carrera vaig cursar l'assignatura de: "*Psicologia i les Noves Tecnologies*", on vaig tenir l'oportunitat d'estudiar les diferents tecnologies que s'apliquen en l'àmbit de la psicologia clínica. Aquest tema em va despertar l'interès per conèixer amb més profunditat l'ús i la influència de les noves tecnologies en el tractament psicològic. El segon motiu que m'ha portat ha realitzar aquest treball és perquè es tracta d'una àrea en ple procés de desenvolupament, en la qual, trobem estudis que avalen la seva evidència empírica però encara queden àrees que s'han d'investigar.

L'ús de les noves tecnologies per a realitzar psicoteràpia és quelcom novedós, nou, que implica fer un canvi de paradigma en la concepció de la teràpia psicològica. És per aquest motiu, que també m'és d'especial interès poder copsar quines són les actituds i percepcions de les persones vers aquesta nova forma de realitzar l'assistència i la intervenció psicològica.

El treball es dividirà en 2 dues parts, la més conceptual i teòrica, i una altra de més pràctica o aplicada. La primera consta d'una fomentació teòrica que es divideix en tres subapartats. El primer subapartat fa referència a *l'e-teràpia*. El segon, fa esment a la videoconferència, on s'exposa de forma més detallada que s'entén per videoconferència i els principals resultats dels estudis fins el dia d'avui. El tercer apartat fa menció a l'actitud i les perspectives dels adults vers les noves tecnologies en teràpia psicològica.

El segon bloc del treball consta d'una part pràctica, on s'intentarà donar resposta a la pregunta d'investigació: *“Quina percepció tenen les persones sobre l'ús de la videoconferència en el tractament dels trastorns mentals?”* En aquest apartat, quedaran sintetitzades els objectius, les hipòtesis, la metodologia, els resultats, la discussió i les conclusions i si s'escau les limitacions i propostes de futur que suggereix l'estudi. Per últim, es conclourà el treball amb els annexos, on s'inclourà tota aquella informació addicional però també d'interès per la realització del treball.

2. MARC CONCEPTUAL

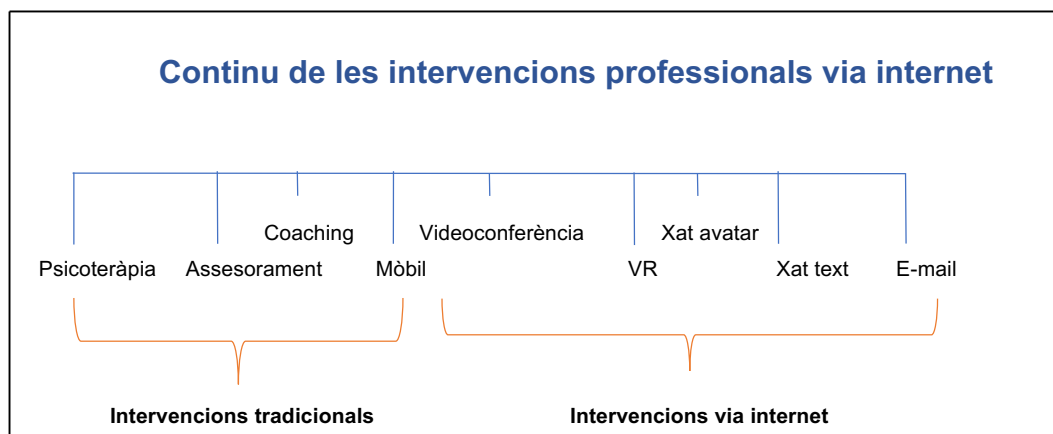
2.1. E-teràpia

2.1.1. Definició i concepte

Quan parlem d'intervencions basades en internet, és difícil trobar una definició clara i precisa. S'han utilitzat nombroses etiquetes per definir l'ús d'internet per a finalitats sanitàries i de salut mental com són: intervencions basades en pàgines web, *e-teràpia*, *ciberteràpia*, *e-health*, *e-intervencions* i *teràpia online* (Barak, 2008). Hem decidit centrar-nos en el terme "*e-teràpia*"- també anomenada *teràpia online*, ja que és el concepte que més s'aproxima a l'objecte d'estudi escollit.

El terme "*e-teràpia*", va ser creat per descriure la relació *online* que es produïa entre el terapeuta i el pacient quan aquests no es trobaven localitzats en la mateixa zona geogràfica i utilitzaven dispositius electrònics per comunicar-se entre ells (Ainsworth, 2000; Bloom, 1998, p. 4 citat per Manhal-Baugus, 2001). Així doncs, ens referirem al terme *e-teràpia* per descriure un servei de salut mental portat a terme per un professional en qualsevol de les següents modalitats: e-mail, videoconferència, xat, telèfon i web (Manhal-Baugus, 2001).

Taula 1: Continu de les intervencions professionals via internet (Grohol, J. M., 1999)



2.1.2. Característiques de l' e-teràpia

L'any 1999, John M, Grohol descriu que el pacient pot establir amb el seu terapeuta dos tipus de relacions: *asincrònica* (diferida) o bé *sincrònica* (simultània). Per una banda, la relació de tipus *asincrònic* fa referència a aquell tipus de comunicació que no es realitza en “temps real”, sinó quan els participants tenen la possibilitat de respondre a destemps. Avui en dia, ens trobem que l' *E-mail* (*asincrònic*), és considerat com una de les formes que més s'utilitzen en *teràpia online* (Stofle, 2000, p.270 citat per Rochlen et al 2004). Per altra banda, la relació de tipus *sincrònic* és menys comú i es produeix en “temps real”. Aquesta modalitat relacional inclou diverses formes de psicoteràpia com poden ser el xat, mòbil i videoconferència. En els últims anys, la relació sincrònica està agafant importància a mesura que les connexions d'internet d'alta velocitat es fan més freqüents, generant que cada vegada siguin més els terapeutes que obtin per aquesta modalitat de videoconferència per establir contacte amb els seus pacients (Rochlen, Zack i Speyer, 2004).

2.1.3. Avantatges de l' e-teràpia

Przeworski i Newman (2012), en el capítol titulat: “Tecnologia en la Psicoteràpia: Avantatges i Limitacions”, del llibre: “Manual de Tecnologia en Psicologia, Psiquiatria i Neurologia: Teoria, Recerca i Pràctica”, identifiquen els punts forts i febles de l'*e-teràpia*. I destaquen que un dels grans avantatges que presenten les teràpies basades en la tecnologia és que permeten trencar moltes de les barreres de la teràpia tradicional, com poden ser; sentir-se vergonyós o estigmatitzat, el cost de la teràpia, tenir accés a un professional especialitzat i problemes més de caràcter logístic com són problemes en el desplaçament, en trobar una persona que cuidi dels teus fills o bé, en programar una cita amb el terapeuta.

L'*e-teràpia*, pot ser especialment útil per aquelles persones que viuen en zones rurals, ja que el temps que han d'emprar per desplaçar-se de casa a la consulta sol ser major que el que dura la teràpia en si. Tanmateix, el transport públic en zones rurals és escàs, on són necessaris desplaçaments de llarga durada per arribar a la consulta (Murray i Keller, 1991).

Un altre inconvenient amb el qual han de combatre les persones que viuen en zones rurals és amb l'accés a rebre serveis de salut mental. Els serveis de salut mental en zones rurals són escassos i la majoria d'atenció és de caire mèdic i no psicològic (Fortney, Thill, Zhang, Duan i Rost, 2001; Wells, Manning, Duan, Newhouse i Ware, 1986). Fet que es tradueix en què els pacients tinguin un tractament basat en medicaments i no en teràpia i en conseqüència, les possibilitats per accedir a una atenció en salut mental òptima es veu reduïda.

De vegades, ens podem trobar que encara que els pacients tinguin accés a un terapeuta, aquest, tingui una formació més de caire generalista, en la qual, hagi dut a terme una formació en tractaments basats en evidència (Per exemple: teràpia cognitiva-conductual per tractar l'ansietat o la depressió), però aquesta, no sigui suficient per tractar un trastorn més específic (Barlow, Gorman, Shear i Woods, 2000; Dobson, 1989; Hofmann i Spiegel, 1999; Newman). En aquest sentit, *l'e-teràpia*, permet tenir accés a professionals més especialitzats i formats en el camp que el pacient necessita. Si s'utilitzen teràpies basades en l'evidència de forma eficaç, el pacient, és possible que experimenti un major progrés terapèutic, i en conseqüència, necessiti menys hores de teràpia per reduir els símptomes. *L'e-teràpia*, també permet entrenar i supervisar els terapeutes en tècniques específiques i treballar en aquelles que són més eficaces (Przeworski et al, 2012).

Una altra barrera que trenca la teràpia en línia és el cost de la teràpia. Als Estats Units, el cost de la teràpia és molt elevat, limitant l'accés a les persones que no tenen una assegurança o que presenten un nivell socioeconòmic baix. Partint d'aquesta base, la teràpia en línia podria suposar la fi d'aquesta problemàtica, donant l'oportunitat d'obtenir teràpia per aquelles persones més vulnerables econòmicament i augmentant així la ràtio de pacients que tenen accés a un tractament (Turner et al, 1995). Finalment, l'ús de *l'e-teràpia* pot contribuir a dissoldre l'estigma social. Moltes persones no acudeixen a la consulta per l'estigmatització que representa. El fet d'utilitzar tractaments basats en internet redueix l'estigma, ja que el pacient pot realitzar la teràpia des de la comoditat i la privacitat de la seva llar, salvaguardant així el seu anonimat.

2.1.4. Crítiques a l' e-teràpia

En l'actualitat, ens trobem que alguns professionals es poden mostrar escèptics davant d'aquesta modalitat de teràpia perquè poden considerar que la seva tasca està en perill o que aquesta, pot arribar a disminuir. Diversos estudis conclouen que aquest fet no és així i que la majoria de pacients que van utilitzar *teràpia online*, prèviament no van sol·licitar teràpia presencial i un 65% dels pacients que posteriorment van realitzar teràpia presencial, van anotar que la teràpia en línia era bona via d'accés per realitzar teràpia presencial (Metanoia, 2001).

Una altra crítica gira al voltant de què es perden alguns dels predictors d'èxit terapèutic com: l'aliança terapèutica, el llenguatge facial i el llenguatge corporal. En l'actualitat, trobem que la videoconferència, permet establir una connexió a temps real amb el terapeuta. Estudis, rebel·len que l'ús d'altres tecnologies que no són la videoconferència, també mantenen la majoria de factors interpersonals que són rellevants en la relació terapèutica com: la confiança i la comoditat per sincerar-se, l'empatia i el vincle terapèutic (Cook i Doyle, 2002; Knaevelsrud i Maercker, 2006).

Tanmateix, un altre aspecte que es qüestiona és el de si els pacients poden rebutjar o quedar insatisfets amb l'ús de la tecnologia per fer teràpia. Hi ha estudis que demostren que els pacients poden tenir actituds negatives a l'hora de buscar ajuda *online* (Chang i Chang, 2004; Rochlen, Beretvas, i Zack, 2004). No obstant això, quan amb els pacients se'ls hi va preguntar quina modalitat preferien perquè se'ls hi subministrés l'autoajuda, aquests, van afirmar que *online*. (Graham, Franses, Kenwright, i Marks, 2000, 2001). També van anotar nivells alts de satisfacció i credibilitat i taxes similars d'abandonament si es compara amb la teràpia cara a cara.

En la mateixa línia, els crítics defensen que es requereix una formació prèvia a l'ús de la *teràpia online*. Encara que Lange et al (2000), va anotar que els usuaris de les dues condicions van poder beneficiar-se del tractament *online*. Altres aspectes rellevants són les preocupacions derivades de qüestions ètiques i legals.

Així doncs, no hi ha pautes acordades per proporcionar aquest servei; ni un òrgan que supervisi la qualitat d'aquest ni tampoc la competència dels professionals. Les intervencions basades en la web presenten problemes ètics i professionals singulars (Hsiung, 2002).

Aquestes qüestions es poden veure reflectides en els Estats Units, on els terapeutes tenen llicència per intervenir en un estat en concret, però si utilitzen la *teràpia online* (e-mail, videoconferència), les barreres es trenquen, ja que pot arribar a intervenir en estats en els quals no en té llicència. Un altre punt en contra és que és molt difícil verificar les credencials dels terapeutes quan realitzen teràpia mitjançant internet.

En aquest sentit, existeix un constant diàleg entre els terapeutes nord-americans que proporcionen serveis de salut mental a través d'internet i les agències reguladores *National Institutes of Mental Health (NIMH)* i *National Board for Certified Counselors (NBC)* sobre la pràctica ètica i legal d'aquests serveis. No obstant això, s'han creat organismes com "*The International Society for Mental Health Online*" (*ISMHO*) i la "*Health on the Net Foundation (HON)*" que tenen l'objectiu de vetllar pels serveis de salut mental en línia.

Finalment, l'última limitació es focalitza principalment en els Estats Units on es reivindica que la *teràpia online* estigui inclosa dins de l'assegurança (Williams, Remmes, i Thompson, 1996). Com que ens trobem amb la problemàtica de què la *teràpia online* no està coberta per l'assegurança l'accés que tenen les persones amb menors recursos és limitat (Thompson i Fox, 2001).

Tot seguit es presenten en forma de taula resum els avantatges i les limitacions de les noves tecnologies en psicoteràpia.

Taula 2: Quadre resum dels avantatges i les crítiques i/o limitacions de les NT en psicoteràpia.¹

Avantatges	Crítiques/Limitacions
<ul style="list-style-type: none"> • Trencar barreres tradicionals; sentir-se vergonyós o estigmatitzat, el cost de la teràpia, problemes logístics. • Zones rurals: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menor temps destinat en el desplaçament. ✓ Més accés a serveis de salut mental. ✓ Més possibilitats de rebre una atenció sanitària òptima. • Professionals més formats i especialitzats. • Menor cost, major accés per a persones amb menys recursos econòmics. • Trencar amb l'estigma social. • Major comoditat, privacitat i anonimat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Qüestions legals i ètiques: <ul style="list-style-type: none"> ✓ No hi ha pautes acordades. ✓ No existeix un òrgan que supervisi la qualitat del servei. ✓ Dificultat per verificar la credibilitat del terapeuta <i>online</i>. • Discrepàncies entre terapeutes i agències reguladores. • No s'inclou a l'assegurança (Estats Units), no hi ha la mateixa oportunitat d'accés.

2.1.5. Modalitats d'e-teràpia

Existeixen cinc mètodes per dur a terme *e-teràpia*: e-mail, xat privat, videoconferència, missatges segurs basats en la web i veu a través del dispositiu mòbil (IP), (Ainsworth, 2000 ; eTherapy.com, 2001 ; Susman, 1998, p. 6 citat de Manhal-Baugus, 2001).

Barack et al (2008), van dur a terme una metanàlisi per tal d'investigar l'efectivitat de les diferents modalitats *d'e-teràpia*. Van estudiar un total de 27 estudis que inclouen les diferents modalitats *d'e-teràpia*. Van comptar: l'e-mail (7 estudis), xat (9 estudis), fòrum (8 estudis), àudio (2 estudis) i webcam (1 estudi).

¹ Adaptació del capítol 2 del llibre: "Tecnologia en la Psicoteràpia: Avantatges i Limitacions" de Prezeworski, A i Newman, M (2012). Dins de L'Abate, D. A. Kaise, "Manual de Tecnologia en Psicologia, Psiquiatria i Neurologia: Teoria, Recerca i Pràctica".

Els resultats demostren que el xat i l'e-mail eren més efectius en comparació al fòrum i la webcam. Una de les limitacions d'aquest estudi és el poc nombre d'estudis que representava cada modalitat de *teràpia online*.

A continuació s'expliquen amb més detall, les principals modalitats *d'e-teràpia*:

Psicoteràpia a través d'E-mail

L'e-mail, es podria definir com una forma de comunicació *asincrònica* en la qual el terapeuta i el pacient intercanvien informació mitjançant escrits en línia. Per tant, l'e-mail conserva la contenció i el ritme, tenint en consideració els intercanvis retardats en el temps com en la carta tradicional. L'e-mail és la forma *asincrònica* més utilitzada dins de les teràpies basades en ordinador. L'any 2000, Ainsworth, anota que el correu electrònic no només pot ser utilitzat com una única forma d'intervenció psicoterapèutica sinó que també es pot lliurar conjuntament amb la teràpia tradicional presencial.

Psicoteràpia a través de Xat

La psicoteràpia a través del xat permet que el terapeuta i el pacient es puguin comunicar a temps real a través d'internet. Així doncs, el xat és una forma de comunicació *sincrònica* en la qual els dos participants intercanvien texts instantanis simulant així una conversació real. El xat és la forma *sincrònica* que habitualment més s'utilitza dins de les teràpies basades en ordinador (Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani, & Riva, 2003, p. 14 citat de Przeworski et al, 2012).

Psicoteràpia a través de Web

La psicoteràpia a través de pàgines web permeten al pacient obtenir informació sobre la psicopatologia, tècniques, exercicis interactius i tècniques per practicar. També poden proporcionar àudios i vídeos perquè el pacient pugui practicar. En la majoria de casos, els llocs web funcionen per mòduls que als pacients han d'anar completant. No obstant això, de vegades, les pàgines web es combinen amb sales de xat o tenen l'opció de contactar amb el terapeuta a través d'e-mail. (Przeworski i Newman, 2012).

Psicoteràpia a través de Mòbil

El telèfon s'utilitza en salut mental amb diverses finalitats: incrementar la motivació dels pacients donats d'alta, per continuar la teràpia en pacients geogràficament allunyats i per obtenir informació dels familiars dels pacients entre d'altres. En aquest sentit, les tecnologies basades en mòbil com el telèfon i els “*smartphones*” permeten millorar els serveis existents, a més d'obrir portes a l'administració de tractaments psicoterapèutics.

Donar èmfasi, que en el camp de les drogodependències, l'ús del telèfon és especialment útil, ja que permet fer un seguiment del pacient per tal de reduir el percentatge d'abandonaments a teràpia (Shepard, Daley, Neuman, Blaakman, i McKay, 2015).

Psicoteràpia a través de videoconferència

La videoconferència proporciona l'oportunitat de què el client i el terapeuta realitzin trobades electròniques interactives des de llocs remots o geogràficament distants a través de *càmeres de vídeo digitals, webcams, monitors i internet*. En aquest sentit, les imatges en viu que es creen són enviades per via internet a l'altre usuari permetent tenir converses a temps reals des de llocs allunyats (Przeworski i Newman, 2012).

Per aquest motiu tot seguit aprofundirem en aquesta modalitat *d'e-teràpia*.

2.2. La videoconferència

L'inici de la psicoteràpia a través de videoconferència se situa a l'any 1961, quan es va utilitzar la videoconferència per realitzar una psicoteràpia grupal (Wittson et al, 1961, p.272 citat per Simpson et al, 2009). Des d'aleshores, el paper de la videoconferència per a propòsits terapèutics ha anat en augment. S'ha desenvolupat especialment en països com Escòcia, USA, Noruega i Austràlia que presenten zones remotes o illes i es troben amb la problemàtica de què les persones no tenen les mateixes oportunitats de rebre atenció sanitària o mental que aquells que viuen a la gran ciutat (Simpson et al, 2009).

2.2.1. Població diana de la videoconferència

La "*Revisió Sistemàtica sobre l'ús de la videoconferència*" (Backhaus et al, 2012), va realitzar una revisió dels estudis que utilitzaven videoconferència fins al 2012, obtenint el següent perfil: La majoria de persones que han utilitzat la videoconferència són gent gran (86%), considerant a un estudi amb persones majors de 60 anys. En menor mesura, ho han utilitzat els adolescents i/o nens (10%) i hi ha un 5% d'origen mixta i/o poc clar. No obstant això, en relació a les dades sociodemogràfiques, s'ha observat que la majoria eren homes (60%) i la resta (40%) eren dones.

2.2.2. Formats i tipus de psicoteràpia utilitzats en VC

En relació als formats i tipus de psicoteràpia utilitzats en videoconferència, Backhaus et al (2012), en el seu metanàlisi, anota que el format més utilitzat per fer videoconferència és a través de la teràpia individual representant un 71% dels estudis (n=30), el segon format més utilitzat és la teràpia grupal amb un 17% (n=7) i en menor freqüència, es situa la teràpia familiar amb un 10% (n=4). Cal destacar, que només un 2% dels estudis combinaven les dues modalitats de teràpia: psicoteràpia individual i grupal.

No obstant això, pel que fa al tipus de psicoteràpia, un 45% (n=19) dels estudis analitzats utilitzaven la teràpia cognitiva-conductual (incloent-hi la teràpia conductual i la teràpia d'exposició) com a tractament primari.

Un 26%, es van classificar com indefinits o diversos. Malgrat aquest fet, un 7% (n=3), va utilitzar la videoconferència per diversos tipus de *teràpia online* i un 5% (n=2), ho va utilitzar com a tractament per l'abús de substàncies.

Cada un dels estudis restants es van centrar en un tipus de tractament específic: Biofeedback (Earles, Folen, i James, 2001), Therapy Dignitat (Passik et al, 2004), hipnosi (Simpson et al, 2002), psicoanàlisi (Kaplan, 1997), Dessensibilització i reprocessament del moviment ocular (Todder i Kaplan, 2007), Teràpia per a la resolució de problemes (Oliver i Demiris, 2010) i "Habilitats de suport per al TEPT" (Morland , Pierce, i Wong, 2004).

Dades similars, s'exposen a "*Psychotherapy via videoconference: a review*", (Simpson, 2009), on es corrobora que els estudis en videoconferència han utilitzat la teràpia cognitiva-conductual (TCC) com a model central. Els estudis portats a terme conclouen que la TCC pot ser una teràpia eficaç en la videoconferència. En aquest sentit, a continuació s'expliquen alguns dels estudis que demostren l'eficàcia de la teràpia cognitiva-conductual:

Cowain (2012) en un estudi va dur a terme la teràpia cognitiva-conductual amb un pacient amb trastorn de pànic amb agorafòbia i depressió major. Els resultats demostren que després de 12 sessions, el pacient va experimentar una reducció significativa dels símptomes de depressió i ansietat acompanyat d'una millora en el funcionament en general.

Day i Scheider (2002), van dur a terme un estudi on van aplicar la teràpia cognitiva-conductual breu a través de videoconferència. L'estudi comptava amb una mostra de 80 pacients que presentaven des de preocupacions pel seu pes fins a trastorns de personalitat. Els pacients van ser assignats de forma aleatòria en les tres condicions: cara a cara, àudio i videoconferència o a una llista de grup control.

Els resultats demostren que no hi va haver diferències significatives en les tres condicions encara que sí que hi va haver diferències amb el grup sense tractament. El vídeo i l'àudio van tenir taxes més elevades d'abandonament que en cara a cara, podria ser degut al fet que la majoria de pacients eren de la zona local i no necessitaven aquest tipus de psicoteràpia. Altres limitacions podrien haver estat la curta durada i la varietat de tractaments estudiats.

Simpson et al (2006), van centrar el seu estudi en el disseny d'una sèrie de casos individuals per estudiar l'eficàcia de la TCC en pacients amb trastorns bulímics. 6 participants van assistir entre 11 fins a 26 sessions de TCC per videoconferència. Es van obtenir dades de l'inici, durant el tractament i després d'un mes. Els resultats van ser equivalents als assaigs duts a terme a cara a cara. Tres pacients després del tractament van ser totalment abstinents. I els símptomes bulímics van disminuir de forma significativa en 3 dels 6 pacients. No obstant això, un participant va reduir les purgues en un 89% i les conductes purgatives un 100% però cal destacar, que dos pacients no van mostrar millores. A més a més, 5 dels 6 participants van afirmar una millora clínicament significativa dels símptomes depressius en la Beck Depression Inventory-II (Beck, Steer i Brown, 1996), 3 en l'inventari bulímic test (Henderson i Freeman, 1987) i 4 en el índex de trastorn de personalitat (Conte, Plutchik, Karau, i Jerett, 1980) després del tractament.

En resum, la TCC, suggereix que pot ser realment útil en aquells casos on els pacients viuen en zones remotes i rurals i en són conscients de la seva malaltia.

2.2.3. Satisfacció dels pacients en l'ús de la videoconferència

En relació a la satisfacció, en el metanàlisi portat a terme per Barack et al (2012), van estudiar la satisfacció de dos tipus d'estudis: Estudis sense grup control i estudis amb un grup control en el qual es comparava l'ús de la videoconferència vers la psicoteràpia tradicional. En el primer tipus d'estudis, es va observar que els pacients qualificaven de positiva i satisfactòria la psicoteràpia a través de videoconferència però més en concret quan es tractava de psicoteràpia sobre la telemedicació (Deitsch et al, 2000; Frueh et al, 2005; Myers, Valentine, i Melzer, 2008; Simpson et al, 2003; Simpson et al, 2002).

En canvi, estudis que comparaven la VC amb la psicoteràpia tradicional van copsar que els usuaris descrivien nivells similars de satisfacció vers a la teràpia tradicional (Cluver et al, 2005; King et al, 2009; Morgan et al, 2008; Nelson, Barnard, i Cain, 2003; Ruskin et al, 2004).

Esmentar, que els usuaris van anotar fonts d'insatisfacció en termes purament tècnics propis de l'eina tecnològica. I en la majoria dels casos, els inconvenients no es van veure afectats en la satisfacció de l'usuari (Cowain, 2001; Folen et al, 2001).

Donar èmfasi que a "*Psychotherapy via videoconference: a review*", (Simpson, 2009) es va descriure que la majoria de pacients van preferir la videoconferència a la teràpia cara a cara ja que es van sentir menys intimidats i amb més control sobre les sessions. Destacar, però que la VC pot ser útil per alguns pacients perquè poden experimentar més sensació de control i satisfacció però per aquells que no dominen la videoconferència els hi pot ser contraproductiu produint-los-hi ansietat i confusió (Omodei i McLennan, 1998).

A continuació, de manera sintètica es mostren alguns dels estudis que avaluen la satisfacció dels pacients que han utilitzat la videoconferència:

Simpson et al (2001), van anotar en un estudi que 9 de cada 10 pacients estaven satisfets amb la teràpia en videoconferència. Els pacients descrivien que preferien la VC perquè se sentien menys vergonyosos i podien confrontar-se millor, permetent-los-hi expressar millor els seus sentiments, ja que se sentien més segurs.

No obstant això, Simpson et al (2001), també van observar que un pacient amb trastorn d'ansietat i personalitat paranoide va puntuar la VC com "deshumanitzant" i "inquietant". Aquestes dades suggereixen que aquelles persones amb trastorns mentals més greus els hi pot ser menys útil la VC que aquelles persones amb trastorns menys greus. Destacar però que la satisfacció en la VC depèn de múltiples factors, com poden ser el tipus de personalitat, la gravetat de la patologia i la necessitat de la persona de tenir un espai personal i sensació de control.

En resum, en general, els pacients que utilitzen la VC estan satisfets amb aquesta modalitat de teràpia. Estudis duts sense grup control, valoren la VC com a positiva i aquells en el que es compara amb la teràpia tradicional la valoren de forma similar. Tanmateix, la VC pot ajudar a aquelles persones vergonyoses, amb poca sensació de control però pot ser contraproduent per aquelles que tendeixen a presentar una personalitat més de tipus paranoide.

2.2.4. Relació terapèutica en l'ús de la videoconferència

Durant els últims 20 anys s'ha avaluat la relació terapèutica en termes d'aliança terapèutica. Bachelor i Horvath l'any 1999, van definir l'aliança terapèutica com un esforç col·laboratiu entre el terapeuta i el pacient per facilitar la curació. Malgrat que no existeixi una definició concreta, hi ha tres condicions que tota aliança terapèutica ha de presentar: el vincle afectiu entre el terapeuta i el pacient, la qualitat de la col·laboració, i la capacitat del terapeuta i el pacient per arribar a un consens en la realització dels objectius terapèutics i les tasques. Així doncs, aquests tres elements conjuntament amb els assoliments terapèutics són un dels factors claus perquè la psicoteràpia sigui efectiva. (Simpson et al, 2014).

Destacar, que en *e-teràpia* i més en concret, en videoconferència, l'aliança terapèutica és un aspecte que ha estat sotmès a crítiques, sent susceptible a debats i polèmiques. Posteriorment, el creixent nombre d'estudis que han analitzat aquest aspecte demostren que l'aliança terapèutica no és un factor que es vegi afectat sinó que la majoria dels pacients afirmen que es manté estable i forta.

En la revisió sistemàtica sobre "*L'aliança terapèutica en psicoteràpia*" (Simpson et al, 2014), van centrar el seu estudi en l'anàlisi del desenvolupament de l'aliança terapèutica, obtenint els següents resultats: Tots els 22 estudis que van analitzar l'aliança terapèutica, van obtenir puntuacions moderades-altes en l' AT per via videoconferència. La majoria descriu la seva preferència per l'ús de la VC, sent pocs els que s'inclinen per la teràpia cara a cara.

Els resultats dels estudis van revelar que es crea una forta aliança terapèutica entre pacient i terapeuta. Més en concret, es va veure plasmat en alguns estudis on es va incrementar l' AT, durant, abans i després de la teràpia. Mentre que d'altres descriuen que l'aliança es manté durant tot el procés terapèutic. Donar èmfasi, que en dos estudis es va qualificar de menor l'aliança terapèutica. El primer estudi era sobre teràpia familiar (Glueckauf et al, 2002) i el segon estudi sobre teràpia grupal (Green et al, 2010). En aquests dos estudis, es qualifica la relació terapèutica com a més baixa si es compara al cara a cara.

L'estudi portat a terme per Glueckauf et al (2002), se centrava en adolescents amb epilèpsia. En aquest estudi, tant els pares com els adolescents van valorar l'aliança terapèutica. Per una banda, els pares van valorar l'aliança terapèutica en les tres modalitats d'intervenció emprades (cara a cara, per telèfon i per videoconferència) com a bona, no presentant diferències significatives en les respectives modalitats.

En canvi, per altra banda, els adolescents la van puntuar com a més feble. Els autors de l'estudi donen una possible explicació a aquest fet, anotant que els dèficits neuropsicològics propis dels pacients amb epilèpsia podria ser un causant de la manca d'interpretació i de codificació d'aquest format de teràpia.

L'altre estudi portat a terme per Green et al (2010), pel tractament de la còlera en grup, en dues condicions: cara a cara i per videoconferència, van puntuar com a menor l'aliança terapèutica a través de la videoconferència.

Esmentar, que hi ha aspectes que poden influir en la qualitat de la relació terapèutica com és el cas de la naturalesa del tractament (intervenció prolongada, intensa o en grup) o bé pels factors específics del pacient (l'historial o el grau d'acceptació i maneig de la tecnologia). En aquest sentit, es qüestiona si en l'estudi de Glueckauf et al, (2002), el fet de ser en grup va fomentar que alguns pacients es distraguessin o inhibissin el seu comportament per la presència d' altres persones.

Un fet a destacar, és l'estudi de Rees i Stone (2005) que mesurava la percepció dels psicòlegs vers la VC i en persona. Els psicòlegs van avaluar de forma més negativa l'aliança terapèutica. La interpretació que en fan els experts va en la línia de què el terapeuta pot tenir la creença que l'ús de la tecnologia dificulta el desenvolupament de la relació terapèutica, l'empatia i la calidesa que li pot proporcionar.

2.2.5. Eficàcia de la videoconferència

Tot seguit es presenta en forma de taula, les principals àrees en les quals s'ha avaluat l'eficàcia² de la videoconferència (Barack et al, 2012) :

Taula 3: Estudis que avaluen l'eficàcia de la videoconferència en diverses patologies

Àrees	Estudis
Trastorn d'ansietat	
<ul style="list-style-type: none">• Trastorn de pànic	Recolzat per Bouchard et, al (2000, 2004), Linder, et al (2014).
<ul style="list-style-type: none">• Trastorn Obsessiu Compulsiu	Estudis de Cowain (2001), Himle, et al (2006), Vogel et al (2012), Fitt and Rees (2012), Goetter, et al (2013), Goetter, et al (2014).
<ul style="list-style-type: none">• Trastorn Estrès Post-Traumàtic	Recolzat per Fruch, Monnier, Grubaugh, et al, (2007), Germain, et al (2009), Tuerk, et al (2010), Hassija i Gray (2009), Morland et al 2011), Strachan et al (2012), Morland et al (2014).
Trastorns d'ansietat i depressió	Manchanda i McLaren (1998), Nelson, et al (2003), Ruskin et al (2004), Griffiths, Bignault i Yellowless (2006) i Stubbings, et al (2013).
Trastorns de la conducta alimentària	Bakke, et al (2001), Goldfied i Boachie(2003), Simpson, et al (2003), Simpson, et al (2006), Manrhone, et al (2009), Mitchell et al (2008).
Addicions	Kim et al (2000), Oakes, et al (2008), King et al (2009), Fruech, et al (2015), Tarp, K et al (2017).
Problemes físics	Earles, et al (2001), Shepard, et al (2006), Havery-Berino (1998), Glueckauf, et al (2002).
Altres	Transsexualitat (Ghosh, et al, 1997), problemes parento-filials (Nelson i Bui , 2010), diferents tipus de problemes (Grady i Melcer, 2005 ; Day i Schneider, 2002), ira (Morland, et al, 2010).

² Bados Lopez et al, 2002; **Definició d'Eficàcia:** "Es podria definir pel compliment de les següents condicions:

1) Ha estat investigat mitjançant bons dissenys experimentals de grup o de cas únic., 2) Han obtingut resultats superiors a la recuperació espontània (no tractament), al placebo i/o un tractament alternatiu, i/o a resultats equivalents a un tractament ja establert com eficaç. I per últim, els resultats han d'haver estat contrastats en almenys dos grups d'investigació independents".

Els resultats dels estudis demostren que no es mostren diferències significatives amb les dues condicions: VC i cara a cara. Aquest fet s'ha pogut observar en el tractament de l'ansietat i depressió (Nelson et al, 2003; Ruskin et al, 2004). Un fet curiós és el que van trobar Nelson et al (2003), on van observar que els símptomes depressius disminuïen més ràpid que en el grup presencial. Resultats similars s'han trobat en el tractament del Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic i en Trastorns de la Conducta Alimentària on els resultats que es van obtenir eren similars amb les dues condicions. No obstant això, cal destacar que en el cas de TCA, el grup presencial va reduir de forma més significativa el nombre de distorsions cognitives.

En la mateixa línia, s'ha pogut observar com n'és d'eficaç en el camp de les addiccions, incloent-hi alcohol, abús de substàncies i jocs d'atzar. En problemes físics, dolor crònic i problemes en l'intestí irritable (Earles et al, 2001), càncer (Sherpherd et al, 2006) i obesitat (Harvey- Berino, 1998). I també s'han obtingut resultats positius en altres com problemes parentals, transsexualitat i còlera entre d'altres.

2.2.6. Estudis sobre videoconferència i personalitat

En l'actualitat, no hi ha estudis que se centrin exclusivament a avaluar el tipus de personalitat³ que tenen els pacients que utilitzen VC ni tampoc trobem estudis que relacionin la personalitat amb l'eficàcia de la VC. Malgrat aquest fet, si que trobem alguns estudis que en alguns dels subapartats en fan una breu menció.

Com és el cas de l'estudi dut a terme per Simpson et al (2005), on van estudiar la utilitat de la teràpia cognitiva-conductual per via videoconferència per trastorns bulímics. En primer lloc, Simpson, descriu que la videoconferència pot ser especialment beneficiosa per persones que tenen molta angoixa a l'hora

³ Clonninger, 2002; **Definició de Personalitat:** "Causes internes subjacents al comportament individual i a la experiència de la persona. Diversos autors que han estudiat les diferències individuals han agrupat la personalitat segons tres tipus: Tipus, tret i factor. No obstant, la personalitat es pot estudiar des de un enfocament nomotètic o ideogràfic i és quelcom dinàmic, és a dir, pot ser modificat gràcies a la influència del ambient i de la situació".

d'assistir a les sessions. S'ha observat que les teràpies basades en tecnologia podrien ser especialment beneficioses per aquelles persones amb molta vergonya. Alts nivells de vergonya podrien dificultar la comunicació en la teràpia, ja que el pacient, espera que el terapeuta el rebutgi i el menyspreï provocant-li encara més vergonya.

En segon lloc, també podria ser beneficiosa per aquelles persones amb un alt nivell de consciència corporal que són molt conscients del seu pes i del seu cos i poden experimentar vergonya a l'hora d'anar a la consulta del terapeuta. També per a aquelles persones que presenten alts nivells de vergonya pel seu cos. La videoconferència esdevé un espai per a minimitzar la vergonya, sense oblidar que a banda de ser útil per persones vergonyoses, s'ha de treballar la vergonya.

En tercer lloc, la videoconferència podria ser útil per aquelles persones que necessiten tenir una sensació de control, que se senten intimidats i presenten una elevada autoconsciència dels seus problemes. Ja que la VC, els proporcionaria distància fent que se sentin menys pressionats i intimidats. També podria ser positiva per persones evitatives, ja que proporcionaria la suficient distància perquè puguin experimentar intimitat sense sentir-se envaïts, donant l'oportunitat de crear una relació en un entorn segur, salvaguardant el sentiment de control del pacient.

En canvi, la videoconferència no és recomanable per aquelles persones amb personalitats paranoïdes, que presenten dificultat per confiar amb els altres o bé que presenten falta de confiança social, ja que poden experimentar més ansietat perquè veuen perillar el seu anonimats o bé poden tenir por a ser gravats o escoltats per altres persones alienes. Aquest fet pot succeir quan les clíniques es troben en zones sorolloses o bé en clíniques noves que els professionals no estan familiaritzats amb aquest tipus d'equipament.

En resum, s'observa que pacients amb alts nivells de vergonya, autoconsciència corporal, evitatives i que necessiten un major control els hi seria beneficiós la videoconferència. En canvi, persones amb personalitats paranoïdes, que els costa confiar en els altres i que presenten manca de confiança social, podrien percebre com a negativa aquesta modalitat de teràpia (Simpson et al, 2015).

2.2.7. Videoconferència en addicions

Com hem comentat en apartats anteriors, una de les àrees en els quals s'ha demostrat l'efectivitat de la videoconferència és en el camp de les addicions. És per aquest motiu, que en aquest apartat, ens centrarem a analitzar els estudis realitzats fins el dia d'avui sobre pacients addictes.

La videoconferència pel tractament de les addicions o en psiquiatria es produeix a través de portals segurs d'ordinadors personals o consoles dedicades a la telemedicina.

L'addició és un trastorn crònic que necessita un seguiment i un contacte constant amb el professional de salut mental. És per aquest motiu, que és especialment útil la videoconferència en el camp de les addicions, ja que permet al pacient contactar amb el terapeuta quan més ho necessita, programar visites, convertint-se així amb un recurs immediat.

A més a més, permet que les persones amb addicions tinguin més accés al tractament, ja que elimina les barreres geogràfiques i l'estigma. Els pacients addictes que viuen en zones remotes i que han de conduir llargues distàncies fins al centre ara poden gaudir de fer teràpia des de la comoditat de casa seva. També permet trencar l'estigma que pot experimentar al pacient a l'hora de sotmetre's a un tractament per addicions (Molfenter, Boyle, Holloway, i Zwick, 2015).

Actualment, la videoconferència s'utilitza en les addicions en tres àmbits principalment:

1. Per realitzar vídeo teràpia on el pacient pot interactuar amb el professional des de llocs remots o des de la privacitat de casa seva.
2. Per dur a terme serveis de recuperació, en la qual un especialista en assessorament i/o recuperació intervé amb el pacient.
3. Per dur a terme serveis especials; on els pacients es posen en contacte amb especialistes mèdics difícils d'aconseguir.

Els estudis duts a terme per King et al (2009) i Fruech (2005), sobre videoconferència amb addiccions descriuen que la satisfacció que s'obté utilitzant la VC és similar a la de la teràpia cara a cara.

2.2.7.1. Estudis sobre la videoconferència i addicions

Malgrat sigui un camp emergent, trobem diversos estudis relacionats amb l'eficàcia, l'adherència⁴ i la satisfacció. A continuació, s'exposen els estudis que s'han realitzat fins el dia d'avui.

a) Estudis sobre l'eficàcia, adherència i la satisfacció

Kim et al (2000), van dur a terme un estudi amb 27 pacients (homes) amb antecedents de consum d'alcohol. Els participants es van dividir en dos grups: El primer va realitzar la intervenció cara a cara i després la basada en videoconferència i l'altre grup al revés, primer va rebre la intervenció en videoconferència i després cara a cara. Les sessions es van dur a terme al mateix dia i van tenir una durada d'aproximadament 30-50 minuts amb una pausa de 30 minuts.

⁴ Florez, 2007, p.29; **Definició d'Adherència:** "És un comportament complex que comporta: 1) Acceptar formar part d'un pla o programa de tractament., 2) Posar en pràctica les indicacions (compliment), 3) Evitar comportaments de risc (prevenció) i 4) Incorporar les conductes saludables a l'estil de vida (promoció)".

Després de les sessions, se'ls hi va passar un qüestionari de satisfacció als dos grups per igual. Els participants van puntuar alt la satisfacció vers la teleconsulta (videoconferència) amb una nota mitjana de 8,2 sobre 10. I també es van obtenir puntuacions elevades en la qualitat del so i la qualitat visual dels equips. No obstant això, també es va poder observar que les sessions per teleconferència van ser més llargues, sent significativament més llargues que les sessions presencials (VC: 40,7 min, Cara a cara: 33,0 min).

Destacar, que no va haver-hi diferències significatives entre les dues condicions. Finalment, els pacients van descriure que hi havia una sèrie d'aspectes que eren positius de la VC com són: sentir-se relaxat i còmode, que no es necessita cap esforç per fer servir l'equip i tenir accés al professional de la salut. Van puntuar com a negatiu la dificultat per entendre alguna de les paraules del professional i problemes generals amb el so i retards amb la comunicació.

Un altre estudi és el que van realitzar Oakes et al (2008), basant-se en un cas únic. El cas es va centrar en una dona de 31 un anys, "Julie", que vivia a una zona rural del sud d' Austràlia. Julie, presentava un impuls incontrolable de jugar a les màquines recreatives. En un inici, Julie va ser derivada perquè se li fes una avaluació al Servei de Teràpies per problemes patològics, la primera avaluació es va fer a través de videoconferència. Va rebre tractament psiquiàtric i conductual utilitzant la teràpia cognitiva-conductual.

D'aquesta manera, es va acordar amb la pacient de realitzar la teràpia cognitiva-conductual per a tractar el joc patològic utilitzant la videoconferència i una infermera de salut mental present a cadascuna de les sessions de tractament. Primer, es realitzava una sessió amb el terapeuta i després una sessió de supervisió amb la infermera. El tractament a través de VC va tenir una durada de sis setmanes. El tractament del joc patològic es centrava en un pla d'exposició gradual en el qual la subjecte cada vegada havia de realitzar una tasca diferent i habituar-se a ella.

Es va realitzar un seguiment durant el primer mes, el tercer, el sisè, el dotzè i després durant cada any fins al quart any. Per mesurar els resultats van utilitzar “*South Oaks Gambling Screen*”, *Work and Social Adjustment*”, Inventari de depressió de Beck, l’Inventari d’Ansietat de Beck i els problemes i objectius.

Els resultats de l’estudi demostren com n’és d’important que es complexin tots els principis d’exposició i l’eficàcia de la teràpia basada en exposició que presenta millores mantingudes fins als 4 anys. Focalitzar-nos, en la videoconferència, el pacient va anotar que trobava molt beneficiós l’ús de la VC i que no va patir ni li va generar ansietat. També va afirmar que va poder expressar les emocions, que es va sentir còmode i que va establir un rapport positiu amb el terapeuta i amb la infermera.

En resum, aquest estudi demostra que la videoconferència pot ser utilitzada per proporcionar una supervisió clínica continuada en àrees remotes però també és possible fer teràpia. I també com n’és d’efectiva la teràpia basada en l’exposició en zones rurals ja després de 4 anys el subjecte no va presentar problemes en el joc patològic.

Un dels estudis més rellevants va ser el de King et al (2009), que van dur a terme un estudi amb pacients del programa de Serveis de Tractament d’Addiccions (STA) de Baltimore. L’objectiu d’aquest estudi era poder copsar el grau de satisfacció dels pacients i veure la resposta dels pacients davant l’assessorament en grup basat en videoconferència (*e-Getgoing*) per respondre a un tractament parcial de metadona. L’estudi va comptar amb una mostra de 37 pacients que van ser assignats de forma aleatòria en una de les dues condicions en 6 sessions: Assessorament amb *e-Getgoing* o en grup presencial. Van mesurar d’adherència, el consum de drogues i la satisfacció dels pacients.

Per una banda, es va mesurar l’adherència dividint el nombre de sessions que els participants havien atès pel total de sessions (n=6). No es van obtenir resultats significatius encara que van haver-hi taxes més elevades d’adherència en la condició d’ *e-Getgoing* (*e-Getgoing*: 92% vs *in situ*: 76%).

Tampoc es van mostrar diferències significatives en les sessions d'assessorament individuals amb dues condicions (*e-Getgoing*: 83% vs *in situ*: 70%).

No obstant això, en relació al consum de drogues, en el moment de començar l'estudi tots els participants van donar positiu en el control d'orina però durant el tractament es van mostrar reduccions significatives en l'ús de fàrmacs. Tampoc es van mostrar diferències notables ambdues condicions però sí que és cert que l' *e-Getgoing* va obtenir puntuacions una mica majors. (*e-Getgoing*: 37% vs *in situ*: 42%).

Per altra banda, es van obtenir nivells alts de satisfacció en la modalitat de videoconferència (*e-Getgoing*). Els participants van reportar la seva preferència pel grup de tractament amb *e-Getgoing*. Els participants van anotar que l' *e-Getgoing* era més còmode, privat, novedós i divertit.

Fruech, et al (2005), van conduir un estudi amb 18 homes d'entre 18 i 85 anys diagnosticats d'abús d'alcohol o dependència a l'alcohol que rebien tractament al Centre Mèdic d'Assistència a Veterans, Clínica de Tractament d'Abús de Substàncies. Van ser excloses de l'estudi persones activament psicòtiques però aquelles amb altres psicopaties o altres formes d'abús de substàncies van ser incloses. L'objectiu d'aquest estudi era poder analitzar els resultats del procés així com la satisfacció, l'acceptació, l'assistència, la credibilitat, l'adherència i l'abandonament.

Els participants de l'estudi van rebre 8 sessions de teràpia grupal durant un període de 4 setmanes. Cada sessió va durar una hora i els grups estaven formats per 2-3 persones. Esmentar, que aquestes sessions formaven part d'un tractament llarg en el qual també es realitzaven sessions de teràpia en la mateixa sala, intercalant-se amb el programa de tractament. Després de les 4 setmanes de tractament als pacients se'ls hi va passar una breu bateria d'autoinformes i una entrevista temàtica qualitativa individual per avaluar la percepció de la intervenció en telepsiquiatria.

Els resultats d'aquest estudi posen de manifest com n'és de positiva la videoconferència. Els participants van puntuar alts nivells de satisfacció, van trobar la intervenció molt creïble, amb bona assistència i els subjectes no van abandonar el tractament amb un ritme diferent de l'esperat. Donar èmfasi, que un 82% dels participants van informar que recomanarien el servei a un amic o familiar.

Tarp et al (2017), van dur a terme un estudi amb l'objectiu d'avaluar l'efectivitat de la videoconferència com a mesura complementària en el tractament de trastorns de l'ús de l'alcohol. L'estudi es va dur a terme en una clínica pública d'alcohol d'Odense, Dinamarca. Els pacients (n=71) es van assignar en dues condicions: tractament usual (n=39) i tractament usual amb l'opció de triar entre sessió i sessió un tractament basat en videoconferència (n=32). Els pacients van realitzar el tractament durant 1 any i es van obtenir dades de tres moments diferents: en els primers tres mesos, sis mesos i l'any.

Els resultats demostren que en el primer mes, els pacients que no van utilitzar la videoconferència van deixar més el tractament si es compara amb aquells que van utilitzar la VC com a mesura opcional (31% TAU i 6% TAU+VC). Després d'un any, els resultats també són significatius, on un 44% dels pacients va deixar el tractament en la condició normal i un 25% en la condició de tractament acompanyat de videoconferència. Una dada a destacar, és que hi havia més pacients del grup (TAU+VC) que encara assistien al tractament després de l'any. No obstant això, no van haver diferències significatives amb els resultats del tractament amb les dues condicions. Aquests resultats suggereixen que utilitzar la VC com a mesura opcional pot afavorir a una major adherència en el tractament i a una possible prolongació del tractament.

b) Estudis sobre les perspectives i satisfacció en VC

Tarp et al (2017), van ampliar el seu estudi per tal de conèixer les perspectives dels pacients sobre el tractament opcional basat en videoconferència per a tractar el consum d'alcohol.

Es van servir els mateixos pacients i condicions. Els pacients que van ser assignats a la condició de triar o no la videoconferència se'ls hi va demanar si al final se'ls podia entrevistar per tal de veure les seves perspectives.

Per analitzar els resultats, es van basar en l'anàlisi qualitatiu del contingut on es van classificar els resultats en dues categories: rellevant o irrellevant. Per una banda, es va observar que la videoconferència era rellevant quan els pacients podien triar si dur a terme el tractament cara a cara o a través de VC perquè els hi produïa un impacte positiu en el tractament i augmentava així la seva autonomia i l'apoderament. Set pacients van anotar que no hi havia diferència entre el tractament cara a cara que a través de VC i que es mantenia el contingut i el format de les sessions.

Els participants també puntuen com a rellevant l'ús de la videoconferència quan aquesta és combinada i s'utilitzen com a part del tractament o per conèixer l'estat del pacient. En aquest sentit, alguns pacients afirmen que prefereixen en la primera sessió conèixer el terapeuta cara a cara per assegurar-se una bona comunicació.

Seguint la mateixa línia, els pacients anoten que pot ser rellevant per animar al pacient, ja que dóna sensació de ser menys exigent, més tranquil·la, facilitant així l'assistència al tractament. En canvi, la VC sembla que és irrellevant quan els pacients volen intimitat, quan el tractament no és compatible amb la videoconferència i quan el pacient té inquietuds sobre l'equipament tècnic.

Al mateix any, Kristine Tarp i Anette Soraarg (2017), van dur un tercer estudi on van estudiar la satisfacció dels pacients. En aquest cas, van demanar als subjectes que avaluessin la satisfacció del tractament. Per dur-ho a terme, primer de tot, els hi van passar un qüestionari anònim (cada 1, 3, 6, 9 i 12 mesos) i en segon lloc, els hi van realitzar una entrevista semiestructurada als pacients només pels pacients que tenien l'opció d'utilitzar la VC o no.

Finalment, els resultats de l'enquesta anoten que el grup de tractament habitual amb opció a la videoconferència estava igual de satisfet que el grup control. Anotar que en les entrevistes qualitatives, el grup amb opció a la VC, semblava tenir una satisfacció molt elevada amb la majoria d'elements del tractament. Els pacients també puntuen de forma positiva la connexió amb el terapeuta i la imatge de la VC encara que van puntuar de forma més negativa la qualitat del so.

En resum, es va observar com els pacients van obtenir una puntuació una mica més elevada en satisfacció, encara que aquesta puntuació no fos significativa, una de les explicacions podria ser degut al fet que els pacients podien escollir la modalitat terapèutica.

2.2.8. Qüestions ètiques i legals de la videoconferència

En la videoconferència ens trobem que molts aspectes ètics i legals no estan ben definits i hi ha una manca d'una guia i uns protocols fermes a seguir. La majoria d'estudis i recerques són recomanacions o aspectes a tenir en compte per dur a terme una bona praxi. De manera sintètica, s'exposaran alguns dels aspectes que es consideren rellevants a l'hora de dur a terme psicoteràpia a través d'internet: (I) Integrar tecnologia i evidència en la pràctica, (II) Contribuir en el fet de que es compleixin les lleis, (III) Col·laboració amb personal certificat, (IV) Estàndards d'atenció (on s'inclouen protocols d'emergència, determinació dels rols i les responsabilitats del personal implicat, responsabilitat per l'abandonament i la negligència davant del fracàs de l'equip tècnic, (V) Reemborsament, (VI) Privacitat i Seguretat i (VII) Comportament en la pràctica clínica (Hyler et al 2004, p.8 citat de Richardson et al, 2010).

No obstant això, el professional de salut mental també ha de considerar altres aspectes. Un d'ells és el fet que cada estat té diferents normes de registre. En aquest sentit, Capter (2000, p.281 citat per Simpson et al, 2009), suggereix que cada professional expliqui que el servei que proporciona és considerat com si fos en el seu lloc de treball, malgrat que aquest, estigui en un lloc remot amb l'objectiu de defensar-se de possibles litigants.

Tanmateix, també és molt important que si un terapeuta en línia treballa en xarxa amb un altre professional, es delimitin molt bé els rols de cadascú.

A més a més, en la pràctica psicoterapèutica via videoconferència és primordial que es conservin els estàndards professionals i es mantingui l'atenció i la cura dels pacients com es fa en les sessions cara a cara (Simpson, 2009).

En relació a qüestions ètiques i legals, donar èmfasi en què no existeix cap precedent legal que faci referència a la pràctica i l'experiència en telesalut. Ens trobem però que la majoria de plataformes de videoconferències estan adjuntes o vinculades a organitzacions o centres més grans que utilitzen la VC com a mesura complementària i que tenen els seus propis estàndards de pràctica ètica i professionals i codis professionals de conducta. Per tant, moltes qüestions ètiques, legals i normatives relacionades amb la prestació de serveis de salut mental a través de VC, segueixen sense abordar-se (Hylar, Gangure, 2004; Koocher, 2007, p.8 citat de Richardson et al 2010).

Finalment Koocher (2007, p.281 citat per Simpson et al, 2009), emfatitza la idea que es desenvolupi una guia clínica i uns protocols sobre els serveis de salut mental lliurats per videoconferència per tal que els pacients tinguin molt clar quins són els seus drets i estiguin protegits.

2.3. L'actitud i les perspectives dels adults vers la teràpia online

Malgrat la creixent demanda de serveis psicològics basats en internet, ens trobem que la població general es mostra escèptica davant de l'ús de les noves tecnologies per realitzar teràpia (March et al, 2018). Tanmateix, s'ha observat que tot i que les persones no veuen barreres a l'hora d'utilitzar les noves tecnologies en salut mental, aquestes, continuen preferint la modalitat tradicional (Casey et al, 2004).

A continuació, de manera sintètica, s'exposaran alguns dels estudis realitzats fins el dia d'avui sobre les actituds i les perspectives vers les intervencions basades en internet.

En un estudi conduït per Young et al (2005), van avaluar la percepció de 48 pacients del *Centre per Addiccions en línia*. En l'estudi, es van avaluar variables com la percepció i les preocupacions dels clients, els motius per elegir assessorament-teràpia en línia i el perfil demogràfic dels *e-clients*.

Els resultats van indicar que les persones de raça caucàsica, de mitjana edat i amb almenys un títol de quatre anys de batxillerat, volien en major mesura la teràpia en línia. Els aspectes més valorats pels participants van ser l'anonimat, la comoditat i les credencials dels consellers. En canvi, els aspectes que preocupaven als participants van ser la manca de privacitat i la seguretat percebudes durant les sessions de xat en línia i la por de ser capturats durant la realització de sessions en línia.

Musiat et al (2014), van conduir un estudi amb 490 persones per tal d'avaluar l'acceptació de la població general sobre les intervencions en salut mental a través d'internet. La majoria de participants de l'estudi eren principalment dones, estudiants, que havien obtingut com a mínim el títol de batxillerat. Destacar, que la mitjana d'edat dels participants va ser de 27 anys.

En aquest estudi es van avaluar els següents aspectes: Les expectatives dels usuaris vers la teràpia a través d'internet, l'acceptació de les diferents intervencions via internet, la probabilitat d'utilitzar-ho i la familiarització amb internet. Tanmateix, el 49% de la mostra, va descriure haver tingut problemes de salut mental, mentre que un 22%, presentava problemes de salut mental en aquell moment.

Els participants van avaluar com a factor més important la utilitat i la credibilitat de les intervencions. Tanmateix, també es van puntuar com a positives, la capacitat d'una intervenció per a motivar i el fet d'accedir-hi sense haver d'esperar. Destacar que l'anonimat de la intervenció es va puntuar com a element amb menor importància.

L'estudi dut a terme per Batterham et al (2017), va analitzar una mostra de 438 ciutadans Australians. L'objectiu d'aquest estudi era estudiar quines eren les preferències dels usuaris pels components, la durada, la freqüència, la modalitat i la configuració de les intervencions basades en internet en l'àmbit de la salut mental.

Els autors conclouen que els participants van mostrar una preferència per a sessions breus, en les quals destacaven que hauria d'haver-hi una compensació entre la durada i la freqüència de les sessions. En relació a les modalitats, els participants no es van decantar per una modalitat en concret, però destacar que els usuaris van mostrar una preferència per programes a través d'ordinador. En aquest estudi, també es manté la preferència dels participants per la teràpia tradicional. Finalment, els autors, conclouen que les persones més joves, dones i amb un nivell d'estudis superior mostren una major preferència per intervencions basades en internet.

March et al (2018), va conduir un estudi amb 308 participants que eren membres de la comunitat i estudiants universitaris. L'edat dels participants oscil·lava entre els 17 i els 68 anys, els quals, un 82,5% eren dones i la resta, un 17,5%, homes.

En l'estudi, es van mesurar les variables sociodemogràfiques, aspectes tecnològics com la confiança en les noves tecnologies, si prèviament havia buscat ajuda *online*, no deixant de banda les característiques individuals, on van mesurar el locus de control, la psicopatologia i la personalitat de l'usuari.

Els resultats que es van obtenir van ser els següents: Un 85,7% dels participants van preferir el servei presencial a l'*online*. Els participants van mostrar la seva preferència cap a l'e-mail, com a servei de salut mental que utilitzarien si en un futur tenien problemes de salut mental. Tanmateix, pel que fa als aspectes tecnològics, es va observar que els usuaris que prèviament havien utilitzat serveis *online*, presentaven major preferència que aquells que no.

En relació als factors individuals i més en concret, a la psicopatologia, es va observar que els usuaris amb depressió eren més afins a utilitzar serveis *online* que les persones amb ansietat. El locus de control en el metge, va esdevenir un predictor en contra a l'hora de buscar ajuda per via internet. Finalment, pel que fa a la personalitat, els autors conclouen que l'extraversió estaria relacionada amb no preferència a serveis de salut mental per via internet.

En aquest estudi, els participants també van puntuar les expectatives que tenien sobre les diferents formes d'intervenció: cara a cara, llibres d'autoajuda, intervencions basades en web i aplicacions de telèfon mòbil. Els usuaris van puntuar significativament més positiva la intervenció cara a cara que la basada en pàgines web o llibres d'autoajuda. Malgrat que les intervencions basades en ordinador o mòbil no van obtenir puntuacions positives, els participants de l'estudi van descriure que presentava un avantatge vers la teràpia cara a cara: l'accés a la teràpia. En general, els participants van puntuar de forma molt baixa l'ús en un futur de les intervencions basades en ordinador.

Carper et al (2013), van dur a terme un estudi amb la finalitat d'avaluar la percepció dels pacients i els clínics sobre la teràpia cognitiva-conductual basada en ordinador. Els investigadors anoten que la teràpia cognitiva-conductual a través d'ordinador és eficaç però en l'actualitat, encara existeixen barreres que impedeixen l'ús d'aquesta modalitat de teràpia.

L'estudi va analitzar les percepcions de 55 pacients i de 26 clínics a través de la teoria de *Difusió d'Innovació* que posa l'accent en identificar les percepcions dels usuaris per trencar amb les barreres de l'ús. Els resultats conclouen que els pacients tenen percepcions negatives sobre les teràpies basades en ordinador. I que, en canvi, els clínics, es mostren més neutrals vers aquesta modalitat de teràpia. Els usuaris també van mostrar baixes intencions a l'hora d'utilitzar la teràpia basada en ordinador en un futur. Finalment, els dos grups: Usuaris i clínics, van anotar baixos índexs en la "familiaritat", anotant que no coneixien a ningú que utilitzes aquesta modalitat d'intervenció, ni que tampoc n'havien sentit a parlar.

3. OBJECTIUS I HIPÒTESIS

3.1. Objectiu general

OG 1: L'objectiu general d'aquest treball és conèixer l'actitud i la percepció dels usuaris sobre la videoconferència en la teràpia psicològica.

3.1.1. Objectius específics

Els objectius específics que se'n deriven són els següents:

OE 1: Conèixer si els usuaris consideren que pot ser eficaç un tractament basat en videoconferència.

OE 2: Estudiar com influeix la personalitat en la percepció de les noves tecnologies per a realitzar teràpia psicològica.

OE 3: Estudiar quin és el perfil de persones que utilitzen la videoconferència en el tractament de les addiccions.

3.2. Hipòtesis

La hipòtesi general és que la població es mostrarà escèptica vers l'ús de la VC si es compara amb la teràpia tradicional.

Les hipòtesis específiques són les següents:

H1: Les persones amb més edat, no acceptaran un tractament psicològic a través de noves tecnologies.

H2: Les persones consideraran que és possible establir una aliança terapèutica entre pacient-terapeuta a través de videoconferència.

H3: La població estudiada considerarà que la VC és una bona eina per reduir l'estigma social que presenta la teràpia psicològica.

H4: Les persones amb valors més elevats en obertura a l'experiència, acceptaran realitzar teràpia psicològica a través de videoconferència.

H5: Les persones amb puntuacions elevades amb neurotisme avaluaran de forma més positiva la psicoteràpia a través de videoconferència.

H6: Els pacients de les *Clíniques Cita* (Centre d'Investigació i Tractament de les Addicions), viuran en zones geogràficament allunyades d'on es localitza el professional.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipus de Disseny

Aquest estudi es basa en un disseny no experimental, més en concret, en un disseny per enquesta, *transversal*. Es tracta d'un disseny no experimental perquè en cap cas es manipula la variable independent. En aquest sentit, parlem d'un disseny per enquesta, ja que la manera d'obtenir les dades és a través de qüestionaris. Finalment, es considera transversal, ja que es pretén estudiar les característiques d'una població en un moment en concret.

En relació al mostreig, aquest estudi es basa en un mostreig accidental *no probabilístic*. Es considera no probabilístic perquè no totes les persones tenen les mateixes oportunitats de formar part de la mostra. I més en concret, és un mostreig *accidental* perquè la població que forma part de la mostra està delimitada a aquelles persones del món de la salut de les quals hem tingut accés.

4.2. Selecció de la mostra

Per dur a terme aquest estudi, hem seleccionat dues mostres. La primera es centra en professionals de l'àmbit sanitari i la segona, en pacients amb addiccions de les *Clíniques Cita* que utilitzen la plataforma CITA.IO per realitzar psicoteràpia.

En relació a la primera mostra, ens hem centrat en l'àmbit de la salut perquè és possible, que els professionals, en un futur, tinguin l'oportunitat d'utilitzar alguna de les modalitats d'*e-teràpia* i més en concret, la videoconferència en la seva àrea de treball.

Pel que fa a la segona mostra, aquesta, es centra en pacients amb addiccions de les *Clíniques Cita* que utilitzen la plataforma de videoconferència CITA.IO per rebre tractament psicològic.

Per tal de seleccionar la mostra dels pacients, hem establert els següents **criteris d'inclusió**:

- Persones diagnosticades amb una única addicció.
- Majors de 18 anys.
- Pacients que en l'actualitat, es troben en fase de tractament.
- Utilitzen la videoconferència per dur a terme el tractament de l'addicció.

En contraposició, s'han exclòs de l'estudi aquelles persones que presentaven:

- Múltiples addiccions.
- Menors de 18 anys.

4.3. Mostra

En relació a la Mostra 1, a continuació de forma sintètica, es presenten les dades sociodemogràfiques dels participants en l'estudi.

Taula 4: Descripció de les dades sociodemogràfiques dels participants.

Característiques	Participants (N=50)
Sexe	Home: 30%, (N=15) Dona: 70%, (N=35)
Edat	Menors de 40: 46% (N=23) Majors de 41: 54% (N=27)
Estat Civil	Solter/a: 42%, (N=21) Casat/da: 40%, (N=20) Divorciat/da: 16%, (N=8) Viudo/a: 2%, (N=1)
Població	Medi Urbà: 94%, (N=47) Medi Rural: 6%, (N=3)
Nivell d'estudis	ESO: 4%, (N=2) Batxillerat: 42%, (N=21) Estudis Universitaris: 54%, (N=27)

L'estudi està compost per una mostra de 50 persones, de les quals, 15 són homes (30%) i 35 són dones (70%). Els participants de l'estudi són professionals de l'àmbit sanitari, entre ells, s'inclouen diferents especialistes i auxiliars del món de la salut.

4.4. Instruments de recollida i anàlisi de dades

Per dur a terme aquest estudi s'han utilitzat els següents instruments de mesura:

a) Avaluació de la Personalitat

NEO FFI (Inventari NEO reduït dels cinc factors):

El NEO FFI (Inventari NEO reduït dels cinc factors) és la versió reduïda de NEO-PI-R. Va ser dissenyada per Paul T. Costa i Robert R. McCrae l'any 1989 i permet avaluar la personalitat a partir del model dels cinc grans: Neurotisme, Extraversió, Obertura, Amabilitat i Responsabilitat. El NEO FFI, està compost per 60 ítems (12 per cada factor). Cada factor està format per 12 elements que permeten veure el comportament típic d'una persona i mesurar cada un dels 5 factors. El NEO FFI, utilitza una escala d'actitud no comparativa de tipus Likert amb 5 opcions de resposta que van des de "*totalment desaccord*" fins a "*totalment en acord*".

Hem decidit utilitzar la versió reduïda del NEO-PI-R (NEO FFI) perquè al tractar-se d'un estudi amb població general volíem obtenir un perfil ràpid i general d'aquest.

b) Qüestionari sobre la percepció de la videoconferència en la teràpia psicològica:

Aquest qüestionari original s'ha elaborat *ad hoc* per aquesta investigació. S'ha confeccionat partint de la informació extreta del marc teòric amb la finalitat de poder copsar quines són les actituds i percepcions dels usuaris sobre la videoconferència.

El procés d'elaboració del qüestionari consta de 3 etapes: (I) Preparació i elaboració de les preguntes a partir de les dades extretes del marc teòric, (II) Tempteig del Qüestionari en una mostra de reduïda, (III) Lliurament del test a tota la mostra.

Així doncs, una vegada es van definir i formular les preguntes del qüestionari, es va realitzar un primer assaig, on es va passar el qüestionari a 5 persones, per tal de corroborar que totes les preguntes s'entenguessin i no fossin susceptibles a debats ni confusions. Finalment, una vegada, els 5 subjectes, van afirmar que les preguntes es formulaven de forma clara i sense ambigüitats, es va lliurar el qüestionari a tota la mostra.

El qüestionari és una escala Likert compost per 18 ítems amb 5 opcions de resposta, que van de l'1 al 5, en què, 1 = totalment d'acord; 2 = d'acord; 3 = ni d'acord ni desacord; 4 = desacord i 5 = totalment desacord.

Respecte al contingut del qüestionari, aquest, està format per dos apartats (Vegeu *Annex III- Qüestionari*). El primer apartat conté informació general sobre l'enquestat. El segon apartat, en canvi, inclou els 18 ítems que pretenen copsar l'opinió dels usuaris sobre l'ús de les noves tecnologies en psicoteràpia.

Les dades dels pacients s'han extret de la plataforma de videoconferència *CITA.IO*:

a) Plataforma de Videoconferència *CITA.IO*:

La plataforma *CITA.IO*, ofereix un servei de videoconferència segura, ja que compleix amb la *LOPD*, la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de Desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal. Tant el professional com el pacient poden utilitzar aquesta eina. La inscripció és gratuïta i el professional ha de pagar per utilitzar la videoconferència. La plataforma, a més a més, de facilitar realitzar videoconferències, conté diferents eines que poden ser útils pel professional com són: una agenda professional, accedir a la història clínica dels pacients, emetre receptes i gestionar les factures.

No obstant això, el pacient també se'n pot beneficiar, pot realitzar teràpia des de la comoditat de la seva llar, demanar hora al seu professional a través de la plataforma i buscar a través del consultori el professional que més desitgi.

Per dur a terme l'anàlisi de les dades, s'ha utilitzat el següent programa estadístic:

- a) IBM SPSS Statistics (Versió nº 20):** És un programari que s'utilitza per a l'anàlisi estadística. S'utilitza en l'àmbit de la recerca i de les ciències socials i conté múltiples opcions per a tractar les dades. Algunes de les funcions són: estadística descriptiva, estadística bivariada, predicció de resultats numèrics, predicció d'identitat de grups. En aquest estudi, hem tractat les dades a partir d'estadística descriptiva i bivariada.

4.5. Qüestions ètiques

Per dur a terme la part pràctica es va elaborar un informe de consentiment escrit que es va lliurar a tots els subjectes que participaven en l'estudi. En l'informe, s'explicava que la participació era totalment voluntària i que tenien la possibilitat de deixar l'estudi sempre que ells ho consideressin oportú. En ell, també hi constava informació sobre l'estudi i els objectius, donant molta importància en què es salvaguardaria l'anonimat i que les dades que s'extraguessin serien únicament per aquesta investigació.

No obstant això, per tenir accés a les dades dels pacients que utilitzaven la plataforma de videoconferència *CITA.IO*, el professional responsable de cada pacient, va informar de forma individual a cada participant sobre l'estudi, els seus objectius, recalcant el caràcter voluntari de l'estudi i deixant clar que les dades que s'analitzarien serien amb una finalitat purament acadèmica.

En aquest estudi, s'ha obrat respectant el codi deontològic, més en concret, s'ha actuat respectant el principi de no de maleficència, ja que s'ha procurat no generar cap mena de dany a tercers.

4.6. Procediment i recollida de dades

Per dur a terme aquest estudi, primer de tot, es va explicar a cada participant en què consistia l'estudi i quins n'eren els objectius. Una vegada, els pacients, van acceptar formar part de l'estudi, se'ls hi va entregar l'informe de consentiment escrit on s'explicava l'estudi, que es mantindria la privacitat i l'anonimat i per últim, es va recalcar el caràcter voluntari de la investigació (Consultar *Annex I- Model de consentiment informat*) .

Una vegada els participants van signar el full de consentiment escrit, se'ls hi va lliurar, primer de tot "*El qüestionari sobre la percepció de la videoconferència en la teràpia psicològica*" i en segon lloc, l'Inventari Neo reduït dels cinc factors (*NEO FFI*). Un cop es van obtenir els resultats dels 50 participants, es va corregir l'Inventari Neo reduït dels cinc factors (*NEO FFI*) i posteriorment, es van introduir les dades del qüestionari i del test al programa estadístic *IBM SPSS Statistics*. Finalment, es van elaborar taules de freqüència i gràfiques per tal de donar resposta a la hipòtesi plantejada al inici de l'estudi.

Tanmateix, per obtenir les dades de la plataforma *CITA.IO*, em vaig posar en contacte amb la persona a càrrec de la plataforma, la qual em va donar accés i em va proporcionar les dades de 16 pacients que realitzaven el tractament d'addiccions a través de videoconferència. Els resultats proporcionats per l'empresa *CITA.IO*, van ser traspassats en el programa *IBM SPSS Statistics* per posteriorment fer l'anàlisi descriptiu de les dades.

5. RESULTATS

Tot seguit es presenten els resultats obtinguts en la recerca. En primer lloc, els resultats del qüestionari sobre la percepció de la videoconferència en la teràpia psicològica i en seguirà els resultats extrets de la Plataforma de Videoconferència CITA.IO.

5.1. Resultats del qüestionari sobre la percepció de la videoconferència en la teràpia psicològica

En aquest apartat, es descriuen els resultats obtinguts en el “Qüestionari sobre la percepció de la videoconferència en la teràpia psicològica”. Per tractar les dades, s’ha emprat el programa *IBM SPSS Statistics*. A continuació, es descriuen a partir de les taules de freqüències, les percepcions dels participants en l’estudi.

Coneixement del terme *e-teràpia*

Taula 5: Taula de freqüència sobre el grau de coneixement del terme *e-teràpia*

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	8	16,0
	D'acord	7	14,0
	Ni d'acord ni desacord	9	18,0
	Desacord	7	14,0
	Totalment desacord	19	38,0
	Total	50	100,0

Es pot observar com la majoria de participants desconeix el terme *e-teràpia*, representant un 52% (N=26) del total. Només un 30% (N=15) té coneixença del terme i un 18% (N=9), no es posiciona al respecte.

Coneixença de la videoconferència per realitzar teràpia psicològica

Taula 6: Taula de freqüència sobre la coneixença de la VC per realitzar teràpia

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	9	18,0
	D'acord	13	26,0
	Ni d'acord ni desacord	15	30,0
	Desacord	7	14,0
	Totalment desacord	6	12,0
	Total	50	100,0

La majoria dels participants coneixien que es podia conduir la teràpia psicològica a través de VC, representant un total d'un 44% (N=22). En canvi, un 26%, (N=13) que ho desconeixien. Destacar, que un 30% (N=15), no en tenia una visió clara.

Percepció de les noves tecnologies com a beneficioses

Taula 7: Taula de freqüència sobre la percepció de les NT com a beneficioses

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	17	34,0
	D'acord	16	32,0
	Ni d'acord ni desacord	11	22,0
	Desacord	5	10,0
	Totalment desacord	1	2,0
	Total	50	100,0

Els participants van percebre les noves tecnologies com a beneficioses pels trastorns mentals, en aquest sentit, un total del 66% (N=33) es va posicionar a favor. Donar èmfasi, que només un total del 12% (N=6), no les va considerar beneficioses i un 22% (N=11), no es va posicionar.

Utilització de les noves tecnologies per rebre assistència psicològica

Taula 8: Taula de freqüència sobre l'ús de les NT per rebre assistència psicològica

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	7	14,0
	D'acord	17	34,0
	Ni d'acord ni desacord	13	26,0
	Desacord	8	16,0
	Totalment desacord	5	10,0
	Total	50	100,0

En l'afirmació: *“Si fos el cas, utilitzaria alguna modalitat d'e-teràpia com el telèfon mòbil, l'e-mail, el xat o pàgines web per rebre assistència psicològica”*, es pot observar com un nombre significatiu es posiciona a favor de les noves tecnologies, més en concret, un 48% (N=24) dels participants. En canvi, un total d'un 26% (N=13) s'absté i un 26% (N=13), no es posiciona.

La videoconferència com a recurs per a fer teràpia psicològica

Taula 9: Taula de freqüència sobre l'ús de la VC com a recurs per a fer teràpia

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	11	22,0
	D'acord	13	26,0
	Ni d'acord ni desacord	9	18,0
	Desacord	10	20,0
	Totalment desacord	7	14,0
	Total	50	100,0

Un nombre major de participants, 48% (N=24), estarien d'acord en utilitzar la VC com a recurs per fer teràpia psicològica. En canvi, trobem que un percentatge menor de persones no l'utilitzarien, 34% (N=17) i un 18% (N=9), no es posiciona.

Utilització de la videoconferències en àrees remotes

Taula 10: Taula de freqüència sobre l'ús de la VC en àrees remotes

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	26	52,0
	D'acord	15	30,0
	Ni d'acord ni desacord	1	2,0
	Desacord	4	8,0
	Totalment desacord	4	8,0
	Total	50	100,0

Es pot observar com la majoria de participants utilitzarien la VC en àrees remotes, representant 82% (N=41) dels participants. Enfront un 16% (N=8), que no optaria per utilitzar la VC. I només trobem una persona que no es va posicionar (2%).

Eficàcia de la VC envers la teràpia tradicional

Taula 11: Taula de freqüència sobre la percepció d'eficàcia de la VC envers la teràpia cara a cara

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	7	14,0
	D'acord	7	14,0
	Ni d'acord ni desacord	22	44,0
	Desacord	9	18,0
	Totalment desacord	5	10,0
	Total	50	100,0

En relació a l'eficàcia de la VC, podem observar com un percentatge significatiu, desconeix si la VC és eficaç (44%). Donar èmfasi, que el mateix percentatge de persones es posiciona en els dos pols, un 28% la considera eficaç i un 28% no la considera eficaç.

Establiment de l'aliança terapeùtica en videoconferència

Taula 12: Taula de freqüència sobre l'establiment de l'aliança terapeùtica en VC

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	7	14,0
	D'acord	16	32,0
	Ni d'acord ni desacord	16	32,0
	Desacord	8	16,0
	Totalment desacord	3	6,0
	Total	50	100,0

Davant la pregunta: “*Creus que és possible establir una aliança terapeùtica a través de VC?*”, un nombre significatiu considera que és possible, 46% (N=23). Enfront un 22% (N=11), que considera que no és possible. Un 32% que no ho té del tot clar.

Necessitat d'un primer contacte presencial per a posteriori realitzar VC

Taula 13: Taula de freqüència sobre la necessitat de un primer contacte presencial

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	23	46,0
	D'acord	14	28,0
	Ni d'acord ni desacord	8	16,0
	Desacord	3	6,0
	Totalment desacord	2	4,0
	Total	50	100,0

Es pot observar com la majoria dels participants, un 74% (N=37), consideren que és necessari un primer contacte per establir una bona relació terapeùtica. No obstant això, només un 10% (N=8) no el considera necessari. Un 16% (N=8) dels participants no es posicionen.

Preferència de la teràpia cara a cara envers la VC

Taula 14: Taula de freqüència sobre la preferència d'utilitzar la teràpia cara a cara a la VC

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	27	54,0
	D'acord	12	24,0
	Ni d'acord ni desacord	3	6,0
	Desacord	6	12,0
	Totalment desacord	2	4,0
	Total	50	100,0

La majoria de participants, un 78% (N=39), prefereixen la teràpia cara a cara vers la VC. Un fet a destacar és que només un 16% preferiria la VC a la teràpia cara a cara. Així doncs, la majoria de persones té clar quina modalitat utilitzaria i només un 6% no es posiciona.

Promoció d'una major adherència terapèutica a través de la VC

Taula 15: Taula de freqüència sobre la promoció de l'adherència

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	3	6,0
	D'acord	15	30,0
	Ni d'acord ni desacord	19	38,0
	Desacord	12	24,0
	Totalment desacord	1	2,0
	Total	50	100,0

Es pot observar com un percentatge elevat no té clar si la VC promou major adherència o no (38%). En aquest sentit, un 36% (N=18) considera que promou l'adherència i un 26% (N=13) que no.

Actuació com a recurs positiu per aquelles persones amb problemes físics o de zones remotes

Taula 16: Taula de freqüència sobre actuació positiva en zones remotes o amb problemes físics

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	27	54,0
	D'acord	12	24,0
	Ni d'acord ni desacord	4	8,0
	Desacord	5	10,0
	Totalment desacord	2	4,0
	Total	50	100,0

La major part dels enquestats, 78% (N=39), pensa que la VC podria ser un recurs per aquelles persones amb problemes físics o de zones remotes. En canvi, només un 14%, no ho considera com a recurs. Trobem poques persones (N=4), que no es posicionen entre els dos pols.

Contribució en la reducció de l'estigma social

Taula 17: Taula de freqüència sobre la contribució en la reducció de l'estigma social

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	11	22,0
	D'acord	19	38,0
	Ni d'acord ni desacord	9	18,0
	Desacord	8	16,0
	Totalment desacord	3	6,0
	Total	50	100,0

La majoria de participants, 60% (N=30), considera que la VC podria contribuir en la reducció de l'estigma en rebre assistència psicològica. Mentre que només un 22% (N=11), no hi estaria d'acord. Destacar, que un 18% (N=9) no es posiciona al respecte.

La VC com a recurs per un públic familiaritzat amb les noves tecnologies

Taula 18: Taula de freqüència sobre l'ús de la VC en persones familiaritzades amb les NT

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	9	18,0
	D'acord	24	48,0
	Ni d'acord ni desacord	8	16,0
	Desacord	7	14,0
	Totalment desacord	2	4,0
	Total	50	100,0

Un 66% considera que la VC és un recurs per a persones que estan familiaritzades amb les noves tecnologies, mentre que un 18% (N=9) opina el contrari. Trobem que un 16% (N=8), s'absté.

La VC em permet guardar el meu anonimat i privacitat

Taula 19: Taula de freqüència sobre l'ús de la VC per tal de guardar la privacitat i l'anonimat

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	5	10,0
	D'acord	15	30,0
	Ni d'acord ni desacord	8	16,0
	Desacord	13	26,0
	Totalment desacord	9	18,0
	Total	50	100,0

Es pot observar com un 44% (N=22), considera que la VC no permet guardar l'anonimat ni la privacitat. En canvi, un 40% (N=20) opina el contrari. Només trobem 8 persones que no en tenen una opinió clara al respecte.

Negativitat per la incertesa de no saber on es localitza el terapeuta

Taula 20: Taula de freqüència sobre la negativitat de no saber on és el terapeuta quan realitza la VC

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	3	6,0
	D'acord	15	30,0
	Ni d'acord ni desacord	11	22,0
	Desacord	13	26,0
	Totalment desacord	8	16,0
	Total	50	100,0

Es pot observar com la majoria d'enquestats, 42% (N=21), no li preocupa no saber on es localitza el terapeuta quan estan fent teràpia. En canvi, un 36%(N=18), considera que és un fet negatiu desconèixer la localització del seu terapeuta. Un 22%(N=11), no es posiciona al respecte.

Utilitat de la VC per a tot tipus de persones

Taula 21: Taula de freqüència sobre la utilitat de la VC per a tot tipus de persones

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	20	40,0
	D'acord	14	28,0
	Ni d'acord ni desacord	7	14,0
	Desacord	7	14,0
	Totalment desacord	2	4,0
	Total	50	100,0

Un 68% (N=34) dels enquestats consideren que la VC no els hi va bé a tot tipus de persones. El 18% (N=9) considera que la VC sí que li va bé a tot tipus de persona. Finalment, un 14%(N=7), no en té una opinió clara.

Substitució, en un futur, de les noves tecnologies en la teràpia tradicional

Taula 22: Taula de freqüència sobre la substitució de les NT en la teràpia tradicional

		Freqüència	Percentatge
Vàlids	Totalment d'acord	2	4,0
	D'acord	11	22,0
	Ni d'acord ni desacord	15	30,0
	Desacord	16	32,0
	Totalment desacord	6	12,0
	Total	50	100,0

Un 44% (N=22), considera que les noves tecnologies no substituiran a la teràpia tradicional mentre que un 26% (N=13) sí que ho considera. Destacar, que un percentatge elevat no té clar quin és el futur de la teràpia tradicional (30%).

5.1.1. Relació entre variables

En aquest segon apartat, es relacionaran els resultats del qüestionari "*Percepció sobre la videoconferència en la teràpia psicològica*" i els trets de personalitats obtinguts de la interpretació del test *NEO FFI*. Per obtenir la relació entre les variables, s'ha emprat el programa *IBM SPSS Statistics*, més en concret, hem tractat les dades, obtenint correlacions bivariades. Hem interpretat les dades a partir de la Correlació de Pearson i del Nivell de Significació. En aquest cas, pel que fa a la Correlació de Pearson hem considerat l'interval que va de -1 a 1, sent -1 una relació negativa perfecta i 1, una relació positiva perfecta. En relació al Nivell de Significació, hem considerat que es rebutja la hipòtesi nul·la per valors inferiors a 0,05 i 0,01.

Després de correlacionar cada ítem del qüestionari amb cada un dels trets de la personalitat, (*Consultar Annex V*), hem observat que existeix una relació entre les següents variables:

Obertura (O) i el grau de coneixença del terme e-teràpia

Taula 23: Taula de correlació bivariada entre l'ítem 1 del qüestionari i el test *NEO FFI*

Correlacions							
		He sentit a parlar del terme e-teràpia	Neurotisme	Extraversió	Obertura	Amabilitat	Consciència
He sentit a parlar del terme e-teràpia	Correlació de Pearson	1	-,150	,245	,295*	,155	,062
	Sig. (bilateral)		,299	,087	,038	,283	,671
	N	50	50	50	50	50	50

*. La correlació és significativa al nivell 0,05 (bilateral).

** La correlació és significativa al nivell 0,01 (bilateral).

Podem observar com hi ha una associació entre el tret de personalitat, Obertura (O) i la coneixença del terme *e-teràpia*. La correlació de Pearson és de 0,062 i podem observar com la correlació és significativa, ja que aquesta és de 0,038. Per tant, en tractar-se d'un valor menor a 0,05, es descarta la hipòtesi nul·la. Podríem afirmar que les persones que tendeixen a presentar Obertura a les experiències, tendrien a estar més familiaritzats amb el terme *e-teràpia*.

Consciència (C) i la substitució de les noves tecnologies en la teràpia psicològica

Taula 24: Taula de correlació bivariada entre l'ítem 18 del qüestionari i el test *NEO FFI*

Correlacions							
		En un futur, les intervencions basades en noves tecnologies, com la videoconferència, substituiran a la teràpia tradicional	Neurotisme	Extraversió	Obertura	Amabilitat	Consciència
En un futur, les intervencions basades en noves tecnologies, com la videoconferència, substituiran a la teràpia tradicional	Correlació de Pearson	1	-,042	,071	-,056	,049	,287
	Sig. (bilateral)		,773	,624	,701	,738	,043
	N	50	50	50	50	50	50

*. La correlació és significativa al nivell 0,05 (bilateral).

** La correlació és significativa al nivell 0,01 (bilateral).

Pel que fa a la correlació de Pearson, aquesta és de 0,287. Tanmateix, la correlació és significativa, ja que és menor a 0,05 i per tant, rebutgem la hipòtesi nul·la.

En aquest sentit, es pot veure com persones que tendeixen a tenir un sentit de la responsabilitat, de l'ordre, amb autodisciplina i amb objectius creuen que la VC pot en un futur, substituir la teràpia psicològica tradicional.

Tanmateix, també s'han obtingut resultats sobre la correlació entre l'edat i els diferents ítems del qüestionari (*Annex V*). A continuació es mostren els resultats més significatius:

5.1.2. Relació entre les variables edat i els ítems del qüestionari

Taula 25: Taula de correlació bivariada entre l'edat i els ítems del qüestionari

Correlacions								
		Edat	Si fos el cas, utilitzaria alguna modalitat d'e-teràpia com el telèfon mòbil, l'e-mail, el xat o pàgines web per rebre assistència psicològica	En el cas de que necessités ajuda psicològica, utilitzaria la videoconferència com a recurs per a fer teràpia psicològica	Considero que un tractament basat en videoconferència pot ser igual d'eficaç que la teràpia cara a cara	L'e-teràpia pot contribuir a reduir l'estigma que hi ha vers l'assistència psicològica	Realitzaria videoconferència perquè em permet salvaguardar el meu anonimat i la meva privacitat	Considero que no a tothom li pot anar bé aquest tipus de teràpia
Edat	Correlació de Pearson	1	-,400*	-,569**	-,430*	-,411**	-,435*	,362**
	Sig. (bilateral)		,004	,000	,002	,003	,002	,010
	N	50	50	50	50	50	50	50

*. La correlació és significativa al nivell 0,05 (bilateral).

**.. La correlació és significativa al nivell 0,01 (bilateral).

Podem observar com existeix una correlació significativa entre 6 ítems del qüestionari i l'edat, ja que les puntuacions obtingudes són iguals o menors a 0,05 i a 0,01. En aquest sentit, podem anotar que com més edat tenen les persones enquestades més optarien per utilitzar algun tipus de modalitat d'e- teràpia. La taula, també ens mostra com existeix una correlació significativa entre la variable edat i la utilització de la VC com a recurs per rebre teràpia psicològica.

Un altre dada important és que com grans són les persones, major és la percepció que la VC és igual d'eficaç que la teràpia cara a cara. A més a més, també podem observar que els participants que tenen més edat consideren que la VC és un recurs òptim per reduir l'estigma social sobre teràpies psicològiques. Afegir que a més edat, un dels motius pels quals utilitzarien la VC seria per la privacitat i l'anonimat que els proporciona. Finalment, anotar que com més edat tenen els participants major és la percepció que no a tothom li pot ser útil un tractament basat en videoconferència.

5.2. Resultats de les dades de la plataforma CITA.IO

Es van obtenir dades dels pacients de les *Clíniques Cita* que realitzen el tractament psicològic a través de la plataforma de videoconferència *CITA.IO*. 221 pacients de les *Clíniques Cita* han emprat la plataforma de videoconferència per tractar les addiccions, dels quals, hem obtingut dades de 16 pacients, representant un 7,23% del total.

Primer de tot, es descriuran les característiques sociodemogràfiques dels pacients, així com, el sexe, l'edat i la localització. En segon lloc, es mostrarà l'estadística descriptiva sobre l'ús de la plataforma *CITA.IO*. En aquest segon apartat, es descriuran la mitjana, la moda, la desviació tipus, la variància, el mínim i el màxim de cada un dels ítems valorats sobre la videoconferència. Destacar, que per obtenir els resultats també s'ha emprat el programa *IBM SPSS Statistics* per elaborar les taules descriptives.

5.2.1. Dades sociodemogràfiques dels pacients de *Clíniques Cita*

Taula 26: Variables sociodemogràfiques dels pacients que utilitzen VC a través de la plataforma *CITA.IO*

Característiques	Participants (N=16)
Sexe	Home: 68,8%, (N=11) Dona: 31,3%, (N=5)
Localització	Catalunya: 6,3%, (N=1) Espanya: 62,5%, (N=10) Illes Balears i Canàries: 12,5%, (N=2) Internacional: 18,8%, (N=3)
Edat	30-40 anys: 31,3%, (N=5) 41-50 anys: 37,5%, (N=6) 51-60 anys: 25,0%, (N=4) 61-70 anys: 6,3%, (N=1)

5.2.2. Dades descriptives dels pacients de *Clíniques Cita* que utilitzen la plataforma *CITA.IO*

Nombre de videoconferències realitzades

Taula 27: Estadística descriptiva del nombre de VC realitzades en la plataforma

Estadístics		
Nombre de sessions que ha realitzat (Nombre de videoconferències).		
N	Vàlids	16
	Perduts	0
Mitjana		53,1875
Mediana		42,0000
Moda		42,00
Desv. tip		40,90349
Variància		1673,096
Mínim		8,00
Màxim		154,00
Suma		851,00

Els pacients han realitzat una mitjana de 53,18 sessions de videoconferència. El mínim de videoconferències realitzades se situa en 8 sessions i el màxim a 154 sessions. La plataforma ha enregistrat, un total de 851 sessions de videoconferència.

Nombre de sessions per setmana

Taula 28: Estadística descriptiva del nombre de sessions realitzades per setmana

Estadístics		
Nombre de sessions per setmana		
N	Vàlids	16
	Perduts	0
Mitjana		,8819
Mediana		,8485
Moda		,29 ^a
Desv. tip		,43990
Variància		,194
Mínim		,29
Màxim		1,98
Suma		14,11

Pel que fa al nombre de sessions per setmana, es pot observar que els usuaris realitzen de mitjana aproximadament una videoconferència per setmana, situant-se la mitjana a 0,88. No obstant això, el mínim se situa a 0,29 i el màxim a 1,98. Podem observar com pacients obtén per realitzar VC cada dues setmanes i d'altres dos cops per setmana.

Taula 29: Estadística descriptiva de la mitjana d'ambos sexe en el nombre de sessions

Informe			
Nombre de sessions per setmana			
Sexe	Mitjana	N	Desv. tip
Home	,8846	11	,48803
Dona	,8760	5	,36080
Total	,8819	16	,43990

Tanmateix, s'ha pogut corroborar que no existeixen diferències significatives entre sexes pel que fa al nombre de sessions que realitzen per setmana. Si es comparen les mitjanes, es pot observar com no existeix una diferència significativa entre les dues mitjanes: 0,8846 i 0,8760.

Temps emprat per sessió de videoconferència

Taula 30: Estadística descriptiva del temps emprat per sessió de VC

Estadístics	
Temps per sessió	
N	Vàlids
	Perduts
Mitjana	49,5285
Mediana	44,8810
Moda	33,74 ^a
Desv. tip	24,21016
Variància	586,132
Mínim	33,74
Màxim	136,13
Suma	792,46

En relació al temps emprat en cada sessió, s'ha pogut observar que els pacients utilitzen una mitjana de 49,53 minuts per sessió de videoconferència. El màxim se situa a 136,13 minuts per sessió i el mínim de sessió a 33,74 minuts.

Ocasions en les quals han accedit a la plataforma per no realitzar teràpia

Taula 31: Estadística descriptiva del nº de vegades que han accedit a la plataforma per no fer VC

Estadístics		
Nombre de vegades que ha accedit a la plataforma sense fer VC		
N	Vàlids	16
	Perduts	0
	Mitjana	16,4375
	Mediana	14,0000
	Moda	14,00 ^a
	Desv. tip	13,11472
	Variància	171,996
	Mínim	3,00
	Màxim	51,00
	Suma	263,00

Els pacients, no sempre que accedien a la plataforma ho feien per realitzar videoconferència. La plataforma, permet demanar cita, consultar informació sobre el professional i realitzar pagaments entre d'altres. Així doncs, també s'han obtingut dades sobre el nombre de vegades que l'usuari ha accedit a la plataforma per fins que no eren per a fer teràpia *online*.

Es pot observar com els usuaris s'han connectat a la plataforma una mitjana de 16,43 vegades per no realitzar videoconferència. En aquest sentit, el mínim se situa a tres vegades i el màxim se situa amb un pacient que hi ha accedit 51 vegades a la plataforma per no realitzar VC.

6. DISCUSSIÓ

En aquest apartat, es relacionen els resultats de l'estudi, amb els objectius, les hipòtesis i el marc conceptual. L'objectiu general de l'estudi era **conèixer quina era l'actitud i la percepció dels usuaris sobre la videoconferència en la teràpia psicològica**. El qüestionari elaborat ens ha permès aproximar-nos a la visió que té la població sanitària sobre la videoconferència. Hem pogut observar com la majoria de les persones coneixien que es podia dur a terme psicoteràpia a través de VC (44%) i també que l'utilitzarien en el cas de necessitar assistència psicològica (48%). Un fet curiós ha estat, que la majoria desconeixia el terme “*e-teràpia*” (52%) però en canvi, en tenia coneixença de les intervencions basades en internet (44%). Aquest fet, podria ser degut al fet que el terme “*e-teràpia*”, és relativament nou però en canvi, en el dia a dia, les persones estan més familiaritzades amb les modalitats de teràpia com són: el xat, l'e-mail, el mòbil, les pàgines web o la videoconferència.

Tanmateix, els resultats descriuen que la VC pot ser un recurs òptim per aquelles persones que viuen en zones remotes o que presenten problemes físics (78%). Aquests resultats van amb sintonia amb els avantatges descrits per Przeworski et al (2012), els quals afirma que les intervencions basades en tecnologia permeten en zones rurals que el pacient tingui un major accés a serveis de salut mental així com la necessitat d'emprar menys temps en el desplaçament (Murray i Keller, 1991), i més possibilitat de rebre assistència psicològica òptima (Fortney, Thill, Zhang, Duan, i Rost, 2001; Wells, Manning, Duan, Newhouse, i Ware, 1986).

El primer objectiu específic que era **conèixer si els usuaris consideraven que podria ser eficaç un tractament basat en videoconferència**, també s'ha vist complet amb èxit. En aquest cas, la majoria d'enquestats no tenien clar si era eficaç o no la VC (44%), encara que, s'ha observat que com més edat tenien els participants, la consideraven més eficaç. Els resultats obtinguts del qüestionari, ens porten a pensar si realment la població en té coneixença dels estudis científics sobre la videoconferència.

Ja que són nombrosos els estudis realitzats entorn de l'eficàcia de la VC com és el cas de la metanàlisi conduït per Barack et al, (2012) què exposa que la videoconferència és eficaç per diversos trastorns com: trastorns d'ansietat, ansietat i depressió, conducta alimentària, addicions, problemes físics i altres com per exemple en transsexualitat.

El segon objectiu específic que era **estudiar com influeix la personalitat en la percepció sobre les noves tecnologies per a realitzar teràpia psicològica**, també se li ha pogut donar resposta. Malgrat això, ens hem trobat que la majoria de resultats no correlacionaven amb els diferents trets de personalitat, hem pogut observar com existeix una correlació significativa entre l'obertura i la coneixença del terme *e-teràpia*, malgrat que en la literatura no trobem dades que ho relacionin, aquest fet, podria estar relacionat amb què, persones més obertes i cultural i intel·lectualment més inquietes podrien estar més al corrent o més familiaritzades amb les noves tecnologies i amb conceptes més nous com: *e-teràpia*, *e-salut* o bé *ciberteràpia*.

També hem observat com existeix una correlació significativa entre aquelles persones que puntuen més alt en responsabilitat i el pensament que les noves tecnologies desbancaran en un futur la teràpia psicològica. Aquests resultats ens porten a pensar que possiblement les persones que han participat en l'estudi que presentaven nivells alts de consciència, i que es caracteritzarien per ser més planificadores, eficaces i amb un rendiment òptim, podríem tenir una visió positiva de les noves tecnologies i considerar que els avantatges que presenten podrien ser útils i beneficiosos en un futur.

Una dada a destacar, és l'estudi dut a terme per la Universitat de Rochester, "Next Generation House Call",⁵ que afirma que el 2024, hi haurà més persones que utilitzin la *e-consulta*- telemedicina (0,98 milions), que persones que acudeixin als centres presencialment (0,06 milions). A pesar que són dades dels

⁵ Adams, J. L., Tarolli, C. G., & Dorsey, E. R. (2017). Next Generation House Call. *Cerebrum: The Dana Forum on Brain Science*, 2017, cer-02-17.

Estats Units, aquestes ens poden ajudar a prendre consciència del poder de les noves tecnologies en la nostra societat.

A més a més, podem observar com hi ha algunes discrepàncies entre els resultats del qüestionari, el NEO FFI i el que ens diuen els autors. March et al (2018), en el seu estudi afirma que l'extraversió estaria relacionada amb no preferència a serveis de salut mental per via internet. En el nostre estudi, no s'ha trobat cap associació entre l'extraversió i la no preferència de les intervencions basades en noves tecnologies.

Tanmateix, en el tercer objectiu de l'estudi també se li ha pogut donar resposta. Aquest, tenia la intenció **d'estudiar el perfil de persones que utilitzaven la videoconferència en el tractament de les addiccions**. Les dades extretes de *les Clínicas cita*, revel·len que d'un total de 16 pacients, la majoria d'ells eren homes, de fora de Catalunya, de diverses zones d'Espanya i d'entre 30 a 50 anys. També s'ha observat que el sexe no és una variable que influeixi a l'hora de realitzar més o menys videoconferències i que els pacients fan una mitjana quasi d'una sessió per setmana (0,88), amb un temps mitjà de 49 minuts. Així doncs, les dades obtingudes estarien en consonància amb la metanàlisi de Barack, et al (2012), el qual va establir que la població diana dels estudis realitzats sobre VC eren majoritàriament amb gent gran i de sexe masculí.

Destacar, que el temps mitjà per sessió que van realitzar els pacients és similar a altres plataformes que ofereixen *teràpia online*, com és el cas del grup "*Psicoemocionat*", que té estipulades sessions de *teràpia online* de 50 minuts.

No obstant això, s'ha pogut observar com els pacients de les *Clínicas cita*, es beneficien d'especialistes en el camp de les addiccions sense la necessitat de viure en la mateixa zona geogràfica, en aquest sentit, la VC, permet el lliure accés a professionals especialitzats, permetent al pacient, tenir accés a un terapeuta en concret independentment de la zona geogràfica on se situï, Przeworski i Newman, (2012).

Una vegada, observat que hem pogut donar resposta als objectius plantejats en un inici, a continuació, se sotmeten a prova les hipòtesis acord amb els resultats i el marc conceptual del treball.

En relació a la hipòtesi general, **la població general es mostrarà escèptica envers l'ús de la VC si es compara amb la teràpia tradicional**, hem pogut observar com aquesta és certa. Malgrat els avantatges que ofereix la VC, la població sanitària, mostra una clara preferència per la teràpia cara a cara (78%). Els resultats serien similars als diversos estudis realitzats en aquesta línia. Casey et al (2004), anota que malgrat que no existeixin barreres visibles entorn les teràpies psicològiques per via internet, les persones, prefereixen la modalitat tradicional. Autors com Batterham et al (2017), en el seu estudi també conclou com ciutadans Australians mostren una preferència més clara per la teràpia presencial que la *online*. Finalment, també trobem resultats similars en l'estudi de Carper et al (2013), el qual també s'accentua la preferència per la teràpia tradicional.

En relació a la segona hipòtesi, **les persones amb més edat, no acceptaran un tractament psicològic a través de noves tecnologies**, podem observar com aquesta no es corrobora. Els resultats anoten que existeix una correlació significativa entre major edat i una millor acceptació de *l'e-teràpia*, en aquest cas, la VC. En aquest sentit, hem pogut observar que hi ha un major grau d'acceptació, de percepció d'eficàcia, de reducció de l'estigma, que no és apte per a tothom i que l'utilitzarien per salvaguardar l'anonimat i la privacitat.⁶ Aquest fet és curiós, ja que es parteix de la creença que les persones més joves són les que haurien de tenir un major grau d'acceptació de les noves tecnologies.

Pel que fa, a la tercera hipòtesi específica, **la població general considerarà que és possible establir una aliança terapèutica entre pacient-terapeuta a través de videoconferència**, podem observar que aquesta es corrobora. Un nombre significatiu (68%), va descriure que és possible establir l'aliança terapèutica en VC. Aquest fet, també s'exposa en els diversos estudis realitzats

⁶ Per veure els resultats, consultar *Taula 25*.

entorn l'aliança terapèutica i la VC, com és en el cas, la revisió duta a terme per Simpson et al (2014), que conclou que dels 22 estudis analitzats, tots van obtenir puntuacions moderades-elevades en la AT, sent només dos estudis que la van quantificar com a més negativa (Glueckauf et al, 2002, Green et al, 2010).

Cal destacar, que per entendre l'aliança terapèutica, hem partit de la definició de Bachelor i Horvath l'any 1999, el qual la defineix com un esforç col·laboratiu entre el terapeuta i el pacient per facilitar la curació. Presenta tres aspectes fonamentals: el vincle afectiu entre el terapeuta i el pacient, la qualitat de la col·laboració, i la capacitat del terapeuta i el pacient per arribar a un consens en la realització dels objectius terapèutics i les tasques. Així doncs, gràcies als resultats del qüestionari i el que conclouen diversos autors sobre l'AT, s'ha observat que tant les persones com els estudis anoten que és possible establir una aliança terapèutica a través de VC.

En relació a la tercera hipòtesis, **la població estudiada considerarà que és una bona eina per reduir l'estigma social que presenta la teràpia psicològica**, s'ha observat que aquesta és certa. Els resultats del qüestionari anoten que un nombre significatiu de persones consideren que la VC podria actuar com a recurs per minimitzar l'estigma social (60%). Przeworski et al (2012), ja anotaven que un dels avantatges de les intervencions basades en noves tecnologies era precisament aquest, el poder d'ajudar a dissoldre l'estigma social. Una dada curiosa és que com més grans són les persones, més consideren que aquest recurs serveixi per reduir l'estigma i també, donen èmfasi en la importància de salvaguardar l'anonimat i la privacitat, fet que aniria acord amb les paraules de Przeworski et al (2012), que afirma que permet reduir l'estigma i preservar l'anonimat i la privacitat.

Pel que fa a la quarta hipòtesi, **les persones amb valors més elevats en obertura a l'experiència acceptaran realitzar teràpia psicològica a través de videoconferència**, s'ha pogut corroborar que no és certa del tot. No s'ha trobat una correlació significativa vers l'obertura i l'acceptació de la VC però sí que s'ha obtingut una correlació significativa entre conèixer el terme *e-teràpia* i l'obertura.

Per tant, podríem observar com les persones més obertes a les noves experiències, amb major inquietuds i curiositat, presenten major coneixent respecte a una modalitat de teràpia que s'escapa de les línies convencionals.

La cinquena hipòtesi de l'estudi, **les persones amb puntuacions elevades amb neurotisisme avaluaran de forma més positiva la psicoteràpia a través de videoconferència**, no s'ha pogut verificar. No s'ha trobat cap associació entre els trets de personalitat neuròtics i una major acceptació de la VC. Encara que Simpson et al 2005, anota que les persones amb trets de personalitat més ansiosos, vergonyoses i evitatives els hi seria beneficiós la videoconferència.

En relació a la sisena hipòtesi, **els pacients de les *Clíniques Cita (Centre d'Investigació i Tractament de les Addiccions)***, viuran en zones geogràficament allunyades d'on es localitza el professional. Aquesta també s'ha pogut corroborar. Els resultats anoten que dels 16 pacients, només un, vivia a Catalunya. Convertint-se en un recurs òptim per aquelles persones que viuen en zones allunyades i per tenir accés a un professional especialitzat. Aquestes dades reflecteixen un dels avantatges de la videoconferència i és que, el pacient malgrat que visqui a kilòmetres de distància pot tenir accés al terapeuta que considera més oportú. En aquest sentit, podríem afirmar que avui en dia, en la praxi clínica, la VC, s'utilitza per a que va estar dissenyada: permetre l'accés a persones que viuen en zones remotes o que no tenen les mateixes oportunitats de rebre assistència psicològica (Simpson et al, 2009).

A més a més, aniria amb sintonia amb el que van dir Montfener et al, (2015), el qual destaquen l'especial interès de la VC, en l'àrea de les addiccions. Ja que permet accedir des d' àrees allunyades, tenir contacte amb un especialista i dur a terme serveis de recuperació.

6.1. Limitacions i propostes de futur

Durant el procés d'elaboració d'aquest treball ens hem trobat amb una sèrie de limitacions que ens han dificultat portar a terme l'estudi plantejat en un principi. Des de l'inici estava interessada a poder avaluar l'ús de la videoconferència en el tractament de les addiccions, més en concret, estava interessada a poder analitzar diversos aspectes relacionats amb el procés terapèutic com són aliança-terapèutica entre pacient i terapeuta, la personalitat del pacient i l'aliança terapèutica que s'estableix entre el pacient i el terapeuta. Per tal de començar a treballar en l'estudi, a principis d'estiu, em vaig posar en contacte amb *Clíniques Cita*, on des del primer moment, van mostrar interès i em van facilitar el contacte amb els diversos professionals del centre. Durant l'estiu i l'inici del curs acadèmic vaig realitzar un seguit de seminaris online a la plataforma de videoconferència *CITA.IO* amb la finalitat de conèixer amb profunditat el seu funcionament.

Malgrat l'esforç dut a terme per les dues parts, el treball plantejat en un inici no s'ha pogut arribar a efectuar amb èxit. A poques setmanes per l'entrega final del treball definitiu, els pacients que prèviament havien donat el consentiment per a realitzar l'estudi, no van respondre als correus en els quals se'ls adjuntava els tests. La idea inicial, era que una vegada els pacients tinguessin els tests accessibles, es realitzés una videoconferència amb cadascun d'ells amb la finalitat de què contestessin la següent bateria de test: CORE-OM, NEO FFI i Working Alliance Inventory (WAI-C).

És per aquest motiu que vam considerar oportú optar per realitzar un estudi alternatiu per intentar copsar les perspectives i les actituds dels professionals sanitaris sobre les noves tecnologies en la teràpia psicològica.

Esmentar, que malgrat la implicació dels diversos professionals de les *Clíniques Cita*, la selecció de la mostra i l'accés ha estat més difícil del que ens imaginàvem en un principi. Un dels factors que ens ha limitat ha estat la naturalesa de la patologia, al tractar-se de pacients diagnosticats d'addiccions, seleccionar pacients amb una única addició era més costós, ja que la majoria de pacients presentaven una pluripatologia. A banda de la limitació del diagnòstic, també ens

hem trobat que no teníem accés directe als pacients, ja que per arribar a contactar amb ells prèviament havíem de rebre l'autorització de dos professionals del centre. L'última dificultat, recau en la manca de col·laboració dels pacients a l'hora de realitzar l'estudi, ja que tal com s'ha esmentat en línies anteriors, aquests van donar el consentiment al seu respectiu terapeuta i finalment, van optar per abandonar l'estudi.

Donar èmfasi que aquestes limitacions ens han servit per créixer i tenir en compte aspectes que un primer moment havíem passat per alt. És per aquesta raó, que ara, sent coneixedora dels passos, de les autoritzacions, la temporalitat i l'accessibilitat a la mostra, plantejaria un estudi longitudinal on es poguessin copsar els diferents progressos terapèutics dels pacients que utilitzen la videoconferència. Així doncs, les limitacions i les dades obtingudes de les *Clíniques Cita*, m'han deixat amb diversos interrogants i qüestions per resoldre. És per aquesta raó, que en un futur estaria interessada a estudiar diferents elements relacionats amb el progrés terapèutic com són:

- Conèixer el temps mitjà que es necessita perquè un pacient pugui establir l'aliança terapèutica a través de VC.
- Estudiar com és la relació terapèutica que s'estableix entre pacient-terapeuta.
- Comparar el progrés terapèutic cara a cara i per videoconferència.
- Estudiar si existeix algun tret de personalitat que li és més afí aquest tipus d'*e-teràpia*.
- Estudiar si el fet que el pacient tingui una major accessibilitat i continuïtat terapèutica promou l'adherència.

Finalment, anotar que l'estudi que al final s'ha dut a terme, també ens permet tenir una visió sobre què en pensen les persones sobre les noves tecnologies i més en especial, sobre la VC, que ens pot servir de base per fer-ne una millor difusió, aproximació i detectar les limitacions i els avantatges que presenta la videoconferència i noves tecnologies en general.

7. CONCLUSIONS

Una vegada exposat el marc teòric, els resultats i la interpretació d'aquests, podem corroborar que:

- Les persones mostren una clara preferència per les teràpies tradicionals vers la videoconferència.
- Els estudis entorn la videoconferència i els participants de l'estudi consideren que és possible establir l'aliança terapèutica a través de videoconferència.
- Les persones consideren que la videoconferència permet reduir moltes barreres com poden ser: viure en zones remotes, tenir problemes físics o tenir menys oportunitat per rebre una atenció psicològica especialitzada.
- La videoconferència permet reduir l'estigma social que tenen les teràpies psicològiques.
- Les persones de major edat, tenen una actitud més positiva sobre la videoconferència.
- No existeix una associació entre trets de personalitat neuròtics i la preferència per a les noves tecnologies, però sí que és cert, que les persones amb major grau de consciència, consideren que en un futur les noves tecnologies substituiran a la teràpia tradicional.
- Les persones que són més obertes a les noves experiències, tenen més coneixença del terme *e-teràpia*.
- El perfil de persones que utilitza un tractament a través de videoconferència són majoritàriament homes, de 35 a 50 anys i viuen en zones geogràficament allunyades del centre físic terapèutic.

8. BIBLIOGRAFIA

Apolinário-Hagen, J., Vehreschild, V., & Alkoudmani, R. M. (2017). Current Views and Perspectives on E-Mental Health: An Exploratory Survey Study for Understanding Public Attitudes Toward Internet-Based Psychotherapy in Germany. *JMIR Mental Health*, 4(1).doi: 10.2196/mental.6375

Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., ... Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 9(2), 111–131.doi: 10.1037/a0027924

Bados, A., García-Grau, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology.*, 2(3), 477–502.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 109–160.

Batterham, P. J., & Cleave, A. L. (2017). Preferences for Internet-Based Mental Health Interventions in an Adult Online Sample: Findings From an Online Community Survey. *JMIR Mental Health*, 4(2).doi: 10.2196/mental.7722

Carper, M. M., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2013). The dissemination of computer-based psychological treatment: a preliminary analysis of patient and clinician perceptions. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(2), 87-95.doi:10.1007/s10488-011-0377-5

Casey, L. M., Wright, M. A., & Clough, B. A. (2014). Comparison of perceived barriers and treatment preferences associated with internet-based and face-to-face psychological treatment of depression. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning (IJCPL)*, 4(4), 16-22.

Cloninger, S. (2002). *Teorías de la personalidad*. (3ª ed). México: Pearson Educación.

Cortés, M. T., Mayor, L., & Soler, F. C. (2002). *Psicología de l'addicció* (Vol. 52). Universitat de València.

Cowain, T. (2001). Cognitive-behavioural therapy via videoconferencing to a rural area. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*,35(1), 62-64.

Day, S.X., & Schneider, P.L. (2002). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology, 49*(4), 499-503.

Donkin, L., Christensen, H., Naismith, S. L., Neal, B., Hickie, I. B., & Glozier, N. (2011). A systematic review of the impact of adherence on the effectiveness of e-therapies. *Journal of Medical Internet Research, 13*(3), 1–12. doi: 10.2196/jmir.1772

Egan, V., Deary, I., & Austin, E. (2000). The NEO-FFI: Emerging British norms and an item-level analysis suggest N, A and C are more reliable than O and E. *Personality and Individual Differences, 29*(5), 907-920.

Florez, L. (2007). *Psicología Social de la Salud: Promoción y Prevención*. Colombia: Manual Moderno.

Frueh, B. C., Henderson, S., & Myrick, H. (2005). Telehealth service delivery for persons with alcoholism. *Journal of Telemedicine and Telecare, 11*(7), 372-375.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology, 36*(2), 223.

King, V. L., Stoller, K. B., Kidorf, M., Kindbom, K., Hursh, S., Brady, T., & Brooner, R. K. (2009). Assessing the effectiveness of an internet-based videoconferencing platform for delivering intensified substance abuse counseling. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(3), 331-338. doi:10.1016/j.jsat.2008.06.011

Kirkwood, K. T., Peck, D. F., & Bennie, L. (2000). The consistency of neuropsychological assessments performed via telecommunication and face to face. *Journal of Telemedicine and Telecare, 6*(3), 147-151.

Kraus, R., Stricker, G., & Speyer, C (2010). Chapter Eight: Text-Based Online Counseling: Email. Dins J. Yaphe, C. Speye. (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (p.147-167). Academic Press.

Kristine Tarp & Anette Søgaaard Nielsen (2017) Patient Perspectives on Videoconferencing-Based Treatment for Alcohol Use Disorders, *Alcoholism Treatment Quarterly, 35*(4), 344-358. doi:10.1080/07347324.2017.1348785

Manhal-baugus, M., Ed, D., & Way, W. (2001). E-Therapy : Practical , Ethical , and Legal Issues. *CyberPsychology & Behavior., 4*(5), 551-563.

- March, S., Day, J., Ritchie, G., Rowe, A., Gough, J., Hall, T., ... Ireland, M. (2018). Attitudes Toward e-Mental Health Services in a Community Sample of Adults: Online Survey. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2).doi: 10.2196/jmir.9109
- Molfenter, T., Boyle, M., Holloway, D., & Zwick, J. (2015). Trends in telemedicine use in addiction treatment. *Addiction Science & Clinical Practice*, 10, 14. doi: 10.1186/s13722-015-0035-4
- Musiat, P., Goldstone, P., & Tarrrier, N. (2014). Understanding the acceptability of e-mental health - attitudes and expectations towards computerised self-help treatments for mental health problems. *BMC Psychiatry*, 14, 109. doi: 10.1186/1471-244X-14-109
- Oakes, J., Battersby, M. W., Pols, R. G., & Cromarty, P. (2008). Exposure therapy for problem gambling via videoconferencing: A case report. *Journal of Gambling Studies*, 24(1), 107.
- Pérez del Río, F. (2011). *Estudio sobre adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos*.
- Prezworski, A, Newman, M. G. (2012). Technology in Psychotherapy: Strengths and Limitations. Dins L. L'Abate, D. A. Kaise (Eds), *Handbook of Technology in Psychology, Psychiatry and Neurology: Theory, Research, and Practice* (p. 19-41). UK: Nova Science.
- P.T. Costa, R.R. McCrae . (2008). *Manual NEO-PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado, NEO-FFI, Inventario NEO reducido de los Cinco Factores*. (3ª ed). Madrid: Tea Ediciones.
- Rees, C.S., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649-653.
- Richardson, L. K., Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Egede, L., & Elhai, J. D. (2009). Current Directions in Videoconferencing Tele-Mental Health Research. *Clinical Psychology : A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 16(3), 323–338. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01170.x
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online Therapy: Review of Relevant Definitions, Debates, and Current Empirical Support. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 269–283. doi: 10.1002/jclp.10263
- Shepard, D. S., Daley, M. C., Neuman, M. J., Blaakman, A. P., & McKay, J. R. (2015). Telephone-based continuing care counseling in substance abuse treatment: Economic analysis of a randomized trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 159, 109–116. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.11.034

- Simpson, S. (2009). Psychotherapy via videoconferencing: A review. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 271-286.
- Simpson, S., Bell, L., Britton, P., Mitchell, D., Johnston, A.L., Brebner, J., & Morrow, E. (2006). Does video therapy work? A single case series of bulimic disorders. *European Eating Disorders Review*, 14(4), 226-241.
- Simpson, S., Bell, L., Knox, J., & Mitchell, D. (2005). Therapy via videoconferencing: A route to client empowerment?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 156-165.
- 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(3), 155-160.
- Simpson, S. G. and Reid, C. L. (2014), Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280-299.
- Stofle, G.S. (2001). Choosing an online therapist. Harrisburg, PA: White Hat Communications.
- Tarp, K., Bojesen, A. B., Mejlal, A., & Nielsen, A. S. (2017). Effectiveness of Optional Videoconferencing-Based Treatment of Alcohol Use Disorders: Randomized Controlled Trial. *JMIR mental health*, 4(3).
- Tarp, K., Mejlal, A., & Nielsen, A. S. (2017). Patient Satisfaction With Videoconferencing-based Treatment for Alcohol Use Disorders. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 16(2), 70–79. doi: 10.1097/ADT.000000000000103
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., ... Evans, C. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457–1466. doi: 10.2147/NDT.S103079
- Turner, S. M., Beidel, D., Spaulding, S., & Brown, J. (1995). The practice of behavior therapy: A national survey of cost and methods. *Behavior Therapist*, 18, 1-4.
- Young, K. S. (2005). An empirical examination of client attitudes towards online counseling. *CyberPsychology & Behavior*, 8(2), 172-177. doi:10.1089/cpb.2005.8.172

9. WEBGRAFIA

Ainsworth, M. (2000). *Metanoia: the ABC's of internet counseling*. Recuperat el 4 de Gener de 2018, de <https://www.metanoia.org/imhs/>

Bloom, J.W. (1997). *NBCC introduces its standards for the ethical practice of WebCounseling*. Recuperat el 10 de Gener de 2018, de <http://www.nbcc.org/ethics/>

Centro de Investigación y Tratamiento en Adicciones. (2016). *Centros*. Recuperat el 4 de Febrer de 2018, de <https://www.clinicascita.com/es/>

Centro de Investigación y Tratamiento en Adicciones. (2016). *Sustancias y Tratamientos*. Recuperat el 4 de Febrer de 2018, de <https://www.clinicascita.com/es/>

Cita.io. (2018). Recuperat el 5 de Febrer de 2018, de <https://cita.io/es/principal/>

Core System Trust. (2014). *Instruments*. Recuperat el 21 de Gener de 2018, de <https://www.coresystemtrust.org.uk>

Core System Trust. (2014). *Translations*. Recuperat el 21 de Gener de 2018, de <https://www.coresystemtrust.org.uk>

Grohol, J M. (1999). *Best Practices in eTherapy, Definition and Scope of e-therapy*. Recuperat el 13 de Desembre de 2017, de <https://psychcentral.com/etherapy/best3.htm>

Psicoemocionat. (2018). *Terapia online por vídeollamada*. Recuperat el 1 de Maig de: <http://www.psicoemocionat.com>

Universitat de Barcelona. (2018). *Core-Om, sitio web oficial*. Recuperat el 21 de Gener de 2018, de <http://www.ub.edu/terdep/core/#.WtBqRCPIqL9>

Wikipedia. (2018). *Revised Neo Personality Inventory*. Recuperat el 24 de Gener, de https://en.wikipedia.org/wiki/Revised_NEO_Personality_Inventory

Working Alliance Inventory. (1992). *Downloads*. Recuperat el 21 de Gener de 2018, de <http://wai.profhorvath.com>

Working Alliance Inventory. (1992). *What is the alliance?*. Recuperat el 21 de Gener de 2018, de <http://wai.profhorvath.com>

