



TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Máster en Psicología General Sanitaria.

Revisión sistemática de la influencia de la alianza terapéutica en la eficacia de la psicoterapia online con adultos

Autora: Almudena Berenguer García.

Tutora: Irene López Gómez

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2026

RESUMEN:

La psicoterapia online se ha consolidado como una modalidad muy habitual en la práctica clínica en los últimos años, en especial, tras la pandemia de COVID-19, ha experimentando un crecimiento muy significativo. Por ello, la presente revisión sistemática tiene como objetivo analizar la evidencia empírica existente sobre la relación entre la alianza terapéutica y la eficacia clínica en psicoterapia online en población adulta. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, PsycINFO, Scopus y Web of Science, complementada con Google Scholar, siguiendo las instrucciones PRISMA 2020. Tras el riguroso proceso de selección, se incluyeron cinco estudios empíricos que evalúan explícitamente la alianza terapéutica mediante instrumentos validados y analizan su relación con variables de eficacia clínica.

Los resultados obtenidos durante la revisión han demostrado una asociación positiva y estadísticamente significativa entre la alianza terapéutica y los resultados clínicos en todos los estudios incluidos. Esta relación es notable tanto en intervenciones sincrónicas por videoconferencia como en programas basados en internet con apoyo terapéutico, y en diferentes problemáticas clínicas. La evidencia disponible sugiere que la alianza terapéutica sigue siendo un factor relevante de la eficacia psicoterapéutica también en entornos digitales a pesar de las diferencias metodológicas y la reducida evidencia disponible. Estos resultados refuerzan la necesidad de adaptar las habilidades relacionales del terapeuta al entorno digital, así como promover nuevas investigaciones que usen diseños metodológicos consistentes y medidas específicas para el entorno digital.

Palabras clave: alianza terapéutica, psicoterapia online, terapia basada en internet, resultados del tratamiento, adultos.

Abstract

Online psychotherapy has become a common modality in clinical practice in recent years and has experienced significant growth, particularly following the COVID-19 pandemic. Therefore, the aim of this systematic review is to analyze the existing empirical evidence regarding the relationship between therapeutic alliance and clinical efficacy in online psychotherapy among adults. To this end, a literature search was conducted in the PubMed, PsycINFO, Scopus, and Web of Science databases, complemented by Google Scholar, following the PRISMA 2020 guidelines. After a rigorous selection process, five empirical studies were included that explicitly assessed therapeutic alliance using validated instruments and analyzed its relationship with clinical efficacy variables.

The results of the review demonstrated a positive and statistically significant association between therapeutic alliance and clinical outcomes across all included studies. This relationship was observed both in synchronous videoconference interventions and in internet-based programs with therapeutic support, as well as across different clinical conditions. The available evidence suggests that therapeutic alliance remains a relevant factor in the effectiveness of psychotherapy in digital settings, despite methodological differences and the limited evidence available. These findings reinforce the need to adapt therapists' relational skills to digital environments and to promote further research using consistent methodological designs and measures specifically adapted to digital settings.

Key words: therapeutic alliance, online psychotherapy, internet-based therapy, treatment outcome, adults.

ÍNDICE

Introducción.....	6
<i>Justificación.....</i>	6
<i>Objetivo principal.....</i>	7
<i>Objetivos específicos.....</i>	7
<i>Hipótesis.....</i>	8
Marco teórico.....	8
<i>Conceptos fundamentales de la alianza terapéutica: más allá de Bordin.....</i>	8
<i>Evidencia empírica sobre la alianza terapéutica en psicoterapia online.....</i>	13
<i>La alianza terapéutica en entornos digitales.....</i>	15
<i>Variables moderadoras en la relación alianza-eficacia.....</i>	17
Método.....	18
<i>Estrategia de búsqueda bibliográfica.....</i>	19
<i>Criterios de inclusión y exclusión.....</i>	20
<i>Proceso de selección de los estudios.....</i>	21
<i>Extracción de datos, variables analizadas, calidad metodológica y riesgo de sesgo</i>	21
Resultados.....	22
<i>Selección de los estudios.....</i>	22
<i>Proceso de selección de estudios según PRISMA 2020.....</i>	23
<i>Características de los estudios incluidos.....</i>	24
<i>Evaluación del riesgo de sesgo.....</i>	28
<i>Relación entre la alianza terapéutica y los resultados clínicos.....</i>	31
Discusión.....	32
<i>Comparación con la literatura previa.....</i>	32
<i>Interpretación de las variables moderadoras.....</i>	33
<i>Implicaciones clínicas.....</i>	33

<i>Limitaciones</i>	34
Conclusión.....	36
Bibliografía.....	37
Anexos	42

Introducción

Justificación

La psicoterapia o terapia psicológica ha experimentado importantes transformaciones en la última década, incorporando progresivamente modalidades de intervenciones mediadas por tecnologías digitales que complementan o sustituyen, en determinados contextos, al formato presencial. Este proceso, que al principio fue gradual, se aceleró durante la pandemia de COVID-19, cuando la necesidad de mantener la atención psicológica llevó a clínicos y pacientes a usar modalidades online como única alternativa viable (Rodríguez-Ceberio, 2020). Con el tiempo, lo que empezó como una solución de urgencia se ha consolidado como parte habitual de la práctica clínica, lo que ha llevado a muchos terapeutas a usarla a menudo. La expansión de las modalidades de psicoterapia online no responde únicamente a una situación coyuntural, sino también a transformaciones más amplias relacionadas con el acceso a los servicios de salud mental y el desarrollo de tecnologías digitales. La psicoterapia ha demostrado mejorar el acceso para personas que viven en zonas rurales o con movilidad reducida, reducir el estigma de acudir a terapia psicológica y adaptarse a una demanda creciente de flexibilidad horaria (Watanabe et al., 2023). Por eso, no es solo un cambio técnico, sino una transformación de la relación terapéutica que merece un análisis detallado.

Por otro lado, la investigación en psicoterapia ha mostrado de forma consistente que la alianza terapéutica puede entenderse como el vínculo colaborativo entre terapeuta y paciente; siendo esto uno de los predictores más sólidos del éxito terapéutico, independientemente del modelo teórico (Flückiger et al., 2018). Esto crea una pregunta clave en el contexto digital: ¿cómo se puede construir y mantener la alianza en terapia cuando la interacción está mediada por una pantalla? La respuesta no está del todo clara. Mientras algunos autores sostienen que la esencia relacional puede mantenerse e incluso fortalecerse en formatos online (Aznar-Martínez et al., 2014), otros señalan posibles interferencias tecnológicas que podrían afectar a componentes básicos de la alianza (Acuña Bermúdez, 2016). Esta falta de consenso destaca la necesidad de revisar la evidencia disponible, tanto para fundamentar la práctica clínica en línea como para comprender cómo los elementos terapéuticos se trasladan —y quizá cambian— en el entorno digital (Simpson & Reid, 2014).

En este contexto de creciente incorporación de modalidades digitales en la práctica clínica, surge la necesidad de analizar si los mecanismos que tradicionalmente explican la eficacia de la psicoterapia se mantienen también en entornos online. La investigación ha demostrado que el éxito terapéutico se apoya en gran medida en los denominados factores comunes, entre los que destaca la alianza terapéutica como uno de los predictores más robustos del resultado clínico (Horvath & Symonds, 1991). No obstante, su funcionamiento específico cuando la relación terapéutica se desarrolla a través de medios tecnológicos continúa siendo objeto de debate.

Entre esos factores, la alianza terapéutica se considera un elemento central en la eficacia de la intervención, pero su papel específico en “la psicoterapia tecnológica” requiere de una validación empírica clara y diferenciada (Campo-Redondo, 2014). Analizar esta relación no es solo un ejercicio académico, sino que también es una cuestión ética, para lograr que la práctica clínica digital sea no solo accesible, sino también eficaz (O'Horvath, 2011). De manera que, esta revisión pretende aportar un poco de claridad sobre un debate que todavía sigue abierto y busca además ofrecer una base científica que oriente la práctica clínica en entornos digitales.

Objetivo principal

Realizar una revisión sistemática de la literatura disponible para sintetizar la evidencia empírica sobre la influencia de la alianza terapéutica y los resultados clínicos de la psicoterapia online de la población adulta.

Objetivos específicos

- Determinar si la alianza terapéutica en psicoterapia online, se asocia con los resultados clínicos de la población adulta, y, cuando los estudios lo permitan, comparar dicha asociación con la observada en psicoterapia presencial
- Analizar posibles diferencias en esta relación según la modalidad online (videoconferencia vs. otras), el diagnóstico en población adulta y los instrumentos de medición utilizados.
- Identificar limitaciones metodológicas de los estudios analizados y posibles brechas de conocimiento para su abordaje en futuras investigaciones.

Hipótesis

Se plantea como hipótesis que, en población adulta, la calidad de la alianza terapéutica en psicoterapia online se asocia de manera significativa con los resultados clínicos, y que dicha asociación presenta una magnitud comparable a la observada en psicoterapia presencial, cuando esta comparación sea posible según los estudios incluidos.

Marco teórico

Conceptos fundamentales de la alianza terapéutica: más allá de Bordin

La base conceptual de la alianza terapéutica se asocia habitualmente al modelo propuesto por Bordin (1979), quien planteó una formulación de carácter transdiagnóstico aplicable a diferentes problemas psicológicos y orientaciones psicoterapéuticas. Desde esta perspectiva, Bordin definió la alianza terapéutica como un constructo compuesto por tres elementos fundamentales: el acuerdo entre terapeuta y paciente sobre los objetivos del tratamiento, el consenso respecto a las tareas necesarias para alcanzarlos y el establecimiento de un vínculo afectivo positivo entre ambos.

Para Bordin, la eficacia del proceso psicoterapéutico no depende exclusivamente de la aplicación de técnicas específicas propias de una determinada orientación terapéutica, sino también de la calidad de la relación de colaboración que se establece entre terapeuta y paciente a lo largo del tratamiento (Tishby, 2022). Este modelo contribuyó a consolidar la alianza terapéutica como un factor común presente en diferentes enfoques psicoterapéuticos y facilitó su estudio empírico mediante instrumentos de evaluación comparables entre distintas orientaciones clínicas (Shaker et al., 2023).

Aunque el modelo de Bordin (1979) constituye uno de los marcos conceptuales más influyentes para comprender la alianza terapéutica, la investigación posterior ha ampliado y matizado este concepto. Diversos autores han señalado que la alianza no debe entenderse como un estado fijo que se establece al inicio del tratamiento, sino como un proceso dinámico que puede fluctuar a lo largo del proceso psicoterapéutico (O'Horvath, 2011). Desde esta perspectiva, las dificultades o tensiones que aparecen en la relación

terapéutica -conocidas como rupturas de la alianza- forman parte natural del proceso terapéutico y pueden resolverse mediante procesos de reparación que fortalecen la colaboración entre terapeuta y paciente (Safran & Muran, 2020). Esta idea resulta especialmente relevante en el contexto de la psicoterapia online, donde las rupturas no solo pueden tener un origen interpersonal, sino también tecnológico, como problemas de conexión, fallos de audio o interrupciones durante la sesión.

En el contexto de la psicoterapia online, las rupturas de la alianza no solo pueden originarse en dificultades interpersonales habituales -como desacuerdos sobre objetivos terapéuticos o malentendidos emocionales- sino también en factores tecnológicos específicos. Por ejemplo, interrupciones en la conexión, retrasos en la transmisión de audio o imagen, fallos de la plataforma digital o dificultades en el manejo de dispositivos pueden generar frustración, sensación de desconexión emocional e incluso interpretaciones erróneas de las reacciones del terapeuta. Estas incidencias pueden afectar a la fluidez comunicativa y a la percepción de presencia terapéutica, elementos fundamentales para sostener el vínculo colaborativo.

La literatura señala que la reparación efectiva de estas rupturas requiere estrategias adaptativas por parte del terapeuta, tales como la explicitación verbal de la empatía, la validación emocional más directa y la metacomunicación sobre las dificultades técnicas experimentadas durante la sesión. (Simpson & Reid, 2014). Lejos de debilitar necesariamente el proceso terapéutico, la resolución adecuada de estas rupturas puede reforzar la alianza al demostrar disponibilidad, sensibilidad y compromiso profesional en un entorno mediado tecnológicamente (Safran & Muran, 2000).

El desarrollo del concepto de alianza terapéutica no se limitó al modelo transteórico de Bordin. Otras tradiciones teóricas han aportado matices relevantes. Desde enfoques psicodinámicos, por ejemplo, se ha enfatizado la dimensión relacional inconsciente y la influencia de fenómenos transferenciales y contratransferenciales en la calidad del vínculo terapéutico. Por su parte, modelos humanistas y experienciales han subrayado la importancia de la empatía percibida, la autenticidad del terapeuta y la validación emocional como elementos nucleares de la relación terapéutica. (Bordin, 1979; Rogers, 1957).

Esta diversidad conceptual impulsó el desarrollo de distintos instrumentos de evaluación. Además del Working Alliance Inventory (WAI), ampliamente utilizado y basado en la formulación de Bordin, se desarrollaron otras medidas como la California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS), que incorpora dimensiones relacionales más amplias, y la Helping Alliance Questionnaire (HAQ), centrada en la percepción global de colaboración terapéutica. Asimismo, existen versiones observacionales aplicadas por evaluadores externos que permiten complementar la valoración subjetiva del paciente y del terapeuta.

En el contexto de la psicoterapia online, el uso de instrumentos diseñados originalmente para entornos presenciales ha generado un debate metodológico relevante. Si bien varias investigaciones han confirmado su adecuada fiabilidad y validez en formatos digitales, algunos autores señalan que estas escalas podrían no captar plenamente dimensiones específicas del entorno tecnológico, como la percepción de presencia virtual, la comodidad con la plataforma o el impacto emocional de las interrupciones técnicas (Sucala et al., 2012). En respuesta, se han propuesto adaptaciones específicas para intervenciones digitales y medidas complementarias centradas en la experiencia del usuario en entornos de telepsicología (Berger, 2017; Wehmann et al., 2020). Aun así, se ha señalado que puede solaparse con variables cercanas al resultado, como la satisfacción del paciente (Vöhringer et al., 2013).

A día de hoy, la alianza terapéutica se entiende como una relación de colaboración entre terapeuta y paciente que se construye y cambia a lo largo del proceso. Es el vínculo que ayuda a que la persona se mantenga implicada en la terapia, sobre todo cuando aparecen dificultades, algo muy común en entornos terapéuticos. En la terapia presencial, su importancia está demostrada; los meta-análisis indican que la alianza se asocia de forma consistente con mejores resultados y puede explicar alrededor de un 8% de la variación en los resultados (Horvath et al., 2011; Flückiger et al., 2018). Por ello, la cuestión central ya no es determinar si la alianza terapéutica influye en los resultados clínicos -aspecto ampliamente respaldado por la literatura- sino analizar si conserva esa relevancia cuando la relación terapéutica se desarrolla en un entorno digital mediado por tecnologías de comunicación.

Modelos de psicoterapia online: un ecosistema en expansión

La psicoterapia online no constituye un formato homogéneo. En la práctica clínica engloba diferentes modalidades de intervención que varían según el tipo de interacción (sincrónica o asincrónica), el canal de comunicación utilizado —como videoconferencia, intercambio escrito o plataformas digitales— y el grado de implicación directa del terapeuta. Estas diferencias no se limitan a aspectos técnicos, sino que influyen en la forma en que se establece la relación terapéutica y, en consecuencia, en el modo en que se desarrolla la alianza terapéutica. En la literatura especializada se suelen distinguir tres modalidades principales: intervenciones sincrónicas guiadas, intervenciones asincrónicas guiadas y programas autoaplicados automatizados (Barak et al., 2009). Esta clasificación resulta útil para analizar cómo las características específicas de cada modalidad pueden influir en los procesos relacionales que sustentan la eficacia de la psicoterapia en entornos digitales.

Dentro de las intervenciones sincrónicas guiadas, la modalidad más cercana a la psicoterapia presencial es la realizada mediante videoconferencia en tiempo real. Este formato reproduce en gran medida la estructura de la sesión tradicional y permite mantener una interacción directa entre terapeuta y paciente dentro de un marco temporal definido. La comunicación incluye tanto el intercambio verbal como determinados elementos no verbales, como las expresiones faciales o el tono de voz, lo que favorece una percepción de presencia interpersonal a pesar de la distancia física (Simpson & Reid, 2014).

No obstante, la mediación tecnológica introduce algunas diferencias relevantes respecto a la terapia presencial. El encuadre visual se encuentra limitado por el campo de la cámara, lo que reduce la percepción del lenguaje corporal completo, y la transmisión digital puede generar pequeños desfases temporales que afectan al ritmo natural de la conversación. En este contexto, la construcción de la alianza terapéutica puede requerir estrategias comunicativas más explícitas por parte del terapeuta, como verbalizar con mayor claridad las validaciones emocionales o comprobar de forma periódica la comprensión mutua durante la interacción.

Las intervenciones asincrónicas guiadas se basan en intercambios escritos que no requieren coincidencia temporal entre terapeuta y paciente, como el correo electrónico o

los sistemas de mensajería integrados en plataformas terapéuticas. En este formato desaparece la inmediatez propia de la interacción en tiempo real y se reduce parte de la riqueza comunicativa asociada al lenguaje no verbal. Sin embargo, estas limitaciones se compensan con otras características relevantes, como una mayor flexibilidad temporal y la posibilidad de elaborar respuestas más reflexivas por parte de ambos participantes.

En este contexto, la alianza terapéutica se construye principalmente a través de la comunicación escrita. Los intercambios suelen ser más estructurados y adquieren especial relevancia elementos propios de la intervención psicológica digital, como las tareas terapéuticas, los registros de actividades o las reflexiones escritas del paciente. Aunque la resolución de posibles malentendidos puede requerir más tiempo debido a la ausencia de retroalimentación inmediata, la escritura también puede facilitar la expresión emocional en algunas personas que experimentan dificultades para verbalizar determinados contenidos en una interacción cara a cara. Diversos estudios sugieren que, aunque la forma de interacción difiere de la terapia sincrónica, estas modalidades pueden sostener una alianza terapéutica significativa cuando el acompañamiento profesional se mantiene de manera consistente (Richards & Viganó, 2013).

Un ejemplo representativo dentro de este grupo lo constituyen los programas de terapia cognitivo-conductual basada en internet (Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy, ICBT), ampliamente utilizados en el tratamiento de trastornos emocionales y considerados uno de los modelos más estudiados dentro del amplio conjunto de intervenciones digitales disponibles. En estos casos, el paciente trabaja sobre todo con una plataforma que ofrece módulos psicoeducativos (que incluyen, por ejemplo, explicaciones sobre ansiedad o depresión), ejercicios (registros, tareas conductuales, técnicas cognitivas, etc.) y en caso de haber terapeuta (o *coach*), acompaña con mensajes breves de apoyo técnico y motivacional.

En el caso de los programas autoaplicados automatizados, el paciente interactúa principalmente con una plataforma digital que guía el proceso terapéutico mediante módulos estructurados, ejercicios y materiales psicoeducativos. Este tipo de intervención plantea un desafío conceptual respecto al modelo clásico de alianza terapéutica, tradicionalmente entendido como una relación interpersonal entre terapeuta y paciente. En este contexto, surge el debate sobre hasta qué punto puede establecerse una alianza significativa cuando la interacción se produce principalmente con un sistema digital.

La literatura disponible sugiere que la presencia de algún grado de apoyo humano sigue desempeñando un papel relevante en la adherencia y en la percepción de apoyo terapéutico (Berger, 2017). En muchos programas digitales, la alianza se desarrolla fundamentalmente con el profesional que supervisa o acompaña el proceso -por ejemplo, mediante seguimiento o retroalimentación puntual- mientras que el programa actúa como una herramienta estructuradora de la intervención. Sin embargo, la baja tasa de finalización en programas totalmente automatizados sugiere que, sin un mínimo componente relacional, el compromiso suele disminuir (Titov, 2010).

La siguiente tabla resume y agrupa estos modelos y sus implicaciones para la construcción de la alianza. *Ver en el Anexo 1: Modelos de psicoterapia online más implementados.*

Evidencia empírica sobre la alianza terapéutica en psicoterapia online

La investigación empírica sobre la alianza terapéutica en psicoterapia online ha crecido en los últimos años, especialmente a partir de la expansión de las intervenciones digitales en contextos clínicos reales. Aunque durante mucho tiempo se asumió que la ausencia de contacto presencial podría dificultar la construcción de una alianza sólida, los diversos estudios indican que, en general, los pacientes informan niveles de alianza terapéutica comparables a los observados en la psicoterapia presencial, especialmente en intervenciones sincrónicas realizadas mediante videoconferencia (Simpson & Reid, 2014). Estos hallazgos descritos en la literatura han contribuido a cuestionar la idea de que la presencia física sea un requisito indispensable para el establecimiento de una relación terapéutica eficaz

La alianza terapéutica en contextos online se asocia de manera consistente con resultados clínicos positivos, como la reducción de la sintomatología, una mayor adherencia al tratamiento y menores tasas de abandono (Wehmann et al., 2020). Esta relación parece mantenerse independientemente del enfoque terapéutico utilizado, lo que refuerza la concepción de la alianza como un factor común también en el entorno digital (Flückiger et al., 2018). No obstante, la magnitud de esta asociación varía entre estudios, lo que sugiere la influencia de variables contextuales y metodológicas que todavía no han sido suficientemente sistematizadas (Wehmann et al., 2020).

Las revisiones narrativas y sistemáticas disponibles coinciden en señalar que la evidencia actual sobre la alianza terapéutica en intervenciones psicológicas online es prometedora, aunque todavía presenta una notable heterogeneidad metodológica y de resultados debido a la diversidad de formatos de intervención y contextos clínicos analizados (Richards & Richardson, 2012). En particular, se observa una gran variabilidad en los diseños de investigación, los tamaños muestrales y los instrumentos empleados para evaluar tanto la alianza terapéutica como los resultados clínicos. Además, muchos estudios se centran en intervenciones estructuradas y manualizadas, especialmente en programas de terapia cognitivo-conductual basada en internet, lo que limita la generalización de los hallazgos a otros modelos terapéuticos y formatos de intervención online (Berger, 2017; Wehmann et al., 2020).

Otro aspecto relevante de la evidencia empírica es que la mayoría de los estudios utilizan instrumentos de evaluación de la alianza diseñados originalmente para la psicoterapia presencial, como el Working Alliance Inventory. Aunque estos instrumentos también han mostrado adecuadas propiedades psicométricas en contextos de intervención digital, diversos estudios han confirmado su fiabilidad y validez en programas de psicoterapia online y en intervenciones guiadas por terapeuta (Andersson, 2010). No obstante, diversos autores advierten que podrían no captar plenamente dimensiones específicas de la experiencia online, como la comodidad tecnológica, la percepción de presencia o el impacto de las interrupciones técnicas. Esta limitación metodológica interpreta los resultados con cautela y subraya la necesidad de desarrollar o adaptar medidas más sensibles al contexto digital (Wehmann et al., 2020; Vöhringer et al., 2013).

En conjunto, la literatura empírica sugiere que la alianza terapéutica sigue siendo un componente relevante en la eficacia de la psicoterapia online, pero también pone de manifiesto la ausencia de un consenso claro sobre cómo se manifiesta y qué peso específico tiene en función del tipo de intervención y del contexto clínico. Esta falta de sistematización dificulta la comparación entre estudios y la extracción de conclusiones sólidas para la práctica clínica, lo que justifica la necesidad de realizar una revisión sistemática que sintetice de manera rigurosa la evidencia disponible sobre la influencia de la alianza terapéutica en la eficacia de la psicoterapia online en población adulta (Simpson & Reid, 2014; Glass & Bickler, 2021).

La alianza terapéutica en entornos digitales

La construcción de la alianza terapéutica en contextos de psicoterapia digital presenta características específicas que dependen, en gran medida, de la modalidad tecnológica utilizada. En particular, la intervención sincrónica por videoconferencia es la que más se aproxima al formato presencial, ya que permite interacción en tiempo real, comunicación verbal directa y cierto acceso a señales no verbales, aunque mediadas por la tecnología.

Diversos estudios señalan que, en este formato, los pacientes suelen informar niveles de alianza terapéutica comparables a los observados en la terapia presencial, lo que sugiere que la relación colaborativa entre terapeuta y paciente puede desarrollarse de forma adecuada incluso cuando la interacción se produce a través de una pantalla (Simpson & Reid, 2014). No obstante, algunos autores destacan que la calidad de la conexión, la estabilidad de la plataforma o la gestión de los silencios y turnos de palabra pueden influir en la percepción de cercanía y presencia terapéutica (Sucala et al., 2012).

Además, la comunicación no verbal se ve parcialmente limitada en este entorno. Elementos como la postura corporal completa, pequeños gestos o cambios sutiles en la expresión facial pueden perderse o resultar menos evidentes, lo que exige del profesional una mayor explicitación verbal y una atención más consciente a los indicadores emocionales del paciente.

Estas particularidades diferencian la terapia por videoconferencia de otras modalidades de intervención digital —como los programas autoaplicados o las intervenciones asincrónicas mediante mensajería—, en las que la interacción terapéutica y, por tanto, la construcción de la alianza, se desarrolla a través de dinámicas relacionales distintas (Simpson & Reid, 2014)

Uno de los aspectos más discutidos en la literatura es el impacto de la reducción de las claves no verbales en la relación terapéutica. En la psicoterapia online, especialmente por videoconferencia, el campo visual limitado, la menor percepción del lenguaje corporal completo y los pequeños desfases temporales pueden afectar la sincronía relacional. No obstante, algunos estudios señalan que tanto terapeutas como pacientes desarrollan estrategias compensatorias, como verbalizar emociones y validaciones de forma más directa, lo que en algunos casos puede incluso fortalecer la sensación de comprensión mutua (Glass & Bickler, 2021).

Las rupturas de la alianza adquieren en el entorno digital características particulares, ya que, no solo pueden tener un origen interpersonal, sino también tecnológico. Interrupciones en la conexión, fallos de audio o problemas con la plataforma pueden generar frustración, desconexión emocional o malentendidos. La capacidad del terapeuta para reconocer y reparar estas rupturas, integrándolas de forma reflexiva en el proceso terapéutico, se considera un elemento clave para sostener la alianza en este contexto, de manera similar a lo que ocurre con las rupturas relacionales en la terapia presencial (Safran & Muran, 2020; Simpson & Reid, 2014).

Otro elemento distintivo de la psicoterapia online es la mayor autonomía del paciente y el cambio en el uso del espacio terapéutico. Al realizarse habitualmente desde el hogar u otros entornos personales, la sesión se integra en la vida cotidiana del paciente de una forma más directa. Esto puede favorecer una mayor sensación de control y comodidad, pero también diluir los límites simbólicos del encuadre terapéutico. La alianza, en este sentido, se ve influida por la capacidad de ambos participantes para co-construir un espacio psicológico seguro dentro de un contexto físico menos delimitado (Acuña, 2017).

En modalidades asincrónicas o con apoyo mínimo, como las intervenciones basadas en texto o los programas guiados por internet, la alianza terapéutica adopta una forma más instrumental y centrada en las tareas. El vínculo afectivo suele expresarse de manera más indirecta, a través del estilo de los mensajes, la consistencia del acompañamiento y la percepción de apoyo del terapeuta o coach. Aunque esta forma de alianza puede ser suficiente para promover el compromiso en algunos pacientes, la evidencia sugiere que la ausencia de una relación humana más directa se asocia a mayores tasas de abandono (Richards & Viganó, 2013; Titov, 2010). En contraste con las intervenciones sincrónicas, los programas digitales completamente autoaplicados presentan una particularidad relevante: la relación terapéutica tradicional tiende a diluirse o incluso a desaparecer. En este tipo de intervenciones, el usuario interactúa principalmente con contenidos estructurados del programa (módulos psicoeducativos, ejercicios o tareas), sin una interacción directa y continuada con un profesional. Esta ausencia de contacto humano plantea interrogantes sobre el papel de la alianza terapéutica en el proceso de cambio.

La evidencia disponible sugiere que, aunque algunos usuarios pueden desarrollar cierto grado de compromiso o identificación con el programa, los niveles de adherencia y finalización suelen ser inferiores en comparación con las intervenciones que incluyen algún tipo de apoyo humano, incluso si este es mínimo (Baumeister et al., 2014). Diversos estudios han señalado que la incorporación de apoyo breve por parte de un terapeuta o coach —por ejemplo, mediante mensajes de seguimiento o retroalimentación puntual— tiende a mejorar significativamente la adherencia y los resultados clínicos (Mohr et al., 2011). Estos hallazgos sugieren que, incluso en entornos digitales altamente estructurados, la presencia de una figura humana puede desempeñar un papel relevante en la motivación, el compromiso y la continuidad del tratamiento (Andersson, 2010). En conjunto, estas particularidades indican que la alianza terapéutica en entornos digitales no es necesariamente más débil que en la psicoterapia presencial, sino cualitativamente distinta. Su desarrollo depende de factores tecnológicos, comunicativos y contextuales que interactúan con las habilidades del terapeuta y las características del paciente. Comprender estas especificidades resulta fundamental para interpretar adecuadamente los resultados de los estudios empíricos y para valorar en qué condiciones la alianza terapéutica puede ejercer una influencia significativa en la eficacia de la psicoterapia online (Berger, 2017; Wehmann et al., 2020).

Variables moderadoras en la relación alianza-eficacia

A pesar de que la literatura respalda la asociación entre alianza terapéutica y resultados clínicos en psicoterapia presencial, su funcionamiento en entornos digitales parece depender de una serie de variables moderadoras que pueden amplificar, atenuar o incluso modificar dicha relación (Flückiger et al., 2018; Wehmann et al., 2020). En primer lugar, la modalidad de intervención constituye un posible moderador relevante. Las intervenciones sincrónicas por videoconferencia, al permitir interacción en tiempo real y mayor riqueza comunicativa, podrían favorecer una asociación más directa entre alianza y resultados. En contraste, los formatos asincrónicos o automatizados pueden desplazar el peso del cambio hacia factores estructurales, como la adherencia a tareas o el diseño del programa, modulando así el impacto específico de la alianza (Sucala et al., 2012; Mohr et al., 2011).

En segundo lugar, el diagnóstico o tipo de problemática clínica podría influir en la magnitud de esta relación. En trastornos donde el componente interpersonal es central - como los trastornos depresivos o de ansiedad social-, la calidad del vínculo terapéutico podría desempeñar un papel más decisivo que en intervenciones centradas predominantemente en habilidades técnicas o conductuales (Horvath et al., 2011).

Otro posible moderador es el instrumento de medida utilizado para evaluar la alianza. La utilización de escalas diseñadas para terapia presencial podría introducir sesgos de medición al no captar dimensiones específicas del entorno digital, como la percepción de presencia, la comodidad tecnológica o la experiencia subjetiva de conexión a distancia (Vöhringer et al., 2013; Wehmann et al., 2020).

Del mismo modo, variables metodológicas como el momento de evaluación de la alianza (inicio vs. mitad del tratamiento), el tamaño muestral o el diseño del estudio pueden influir en la fuerza de la asociación observada (Flückiger et al., 2018).

La identificación de estas variables moderadoras no solo responde a una cuestión teórica, sino que constituye uno de los objetivos específicos de la presente revisión. Analizar si la relación entre alianza terapéutica y eficacia varía en función de la modalidad online, del diagnóstico o de los instrumentos empleados permite avanzar hacia una comprensión más matizada del fenómeno y evitar conclusiones simplificadas.

De este modo, el presente trabajo no se limita a examinar si la alianza importa en psicoterapia online, sino que pretende delimitar en qué condiciones, con qué intensidad y bajo qué características metodológicas dicha influencia se manifiesta con mayor claridad.

Método

El presente trabajo consiste en una revisión sistemática de la literatura científica, cuyo objetivo es analizar de manera estructurada y crítica la evidencia empírica disponible sobre la influencia de la alianza terapéutica en la eficacia de la psicoterapia online en población adulta. El diseño metodológico se estructuró según las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020 sobre revisiones sistemáticas para garantizar transparencia,

reproducibilidad y rigor en el proceso de identificación, selección y análisis de los estudios incluidos.

La pregunta de investigación se enmarcó en términos relacionales, centrándose en si la alianza terapéutica se relaciona significativamente con los resultados clínicos en intervenciones psicológicas diseñadas en formato online para adultos.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en las siguientes bases de datos dedicadas a las ciencias de la salud: PubMed, PsycINFO, Scopus, Web of Science (WOS). De forma complementaria, se utilizó Google Scholar para localizar literatura relevante no indexada en las bases de datos principales y reducir el riesgo de sesgo de publicación. Para la búsqueda no se estableció un límite temporal inicial, con el objetivo de recoger tanto investigaciones pioneras como estudios recientes. No obstante, los estudios finalmente incluidos se concentraron mayoritariamente entre 2010 y 2023, coincidiendo con la consolidación de la psicoterapia online como modalidad clínica. La estrategia se estructuró en torno a tres ejes conceptuales: alianza terapéutica, psicoterapia online y resultados clínicos. Se utilizaron términos de lenguaje libre combinados mediante operadores booleanos (*AND*, *OR*), empleando comillas para términos compuestos y adaptando la sintaxis a cada base de datos. De esta manera se utilizó una ecuación general común a todas las bases de datos, adaptada posteriormente a los filtros y sintaxis específicas de cada una.

Ecuación general

("therapeutic alliance" OR "working alliance" OR "therapeutic relationship") AND ("online psychotherapy" OR "internet-based therapy" OR "videoconferencing psychotherapy") AND ("treatment outcome" OR effectiveness OR efficacy OR "clinical improvement" OR "psychotherapy outcome") AND (adults OR "18 years" OR "over 18").

Ecuaciones específicas

Las versiones específicas para PubMed, PsycINFO, Scopus y Web of Science se adaptaron siguiendo los criterios técnicos de cada plataforma, garantizando la coherencia

conceptual de la búsqueda. Las ecuaciones de búsqueda específicas utilizadas en cada una de las bases de datos consultadas se presentan de forma resumida en el Anexo 2. Esta estrategia permitió una identificación sistemática y reproducible de los estudios relevantes para el objetivo de la revisión.

Criterios de inclusión y exclusión

La selección de los estudios se realizó de acuerdo con criterios previamente definidos, con el fin de garantizar la homogeneidad y pertinencia de los trabajos incluidos.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión contemplaron estudios realizados con población adulta (18 años o más) que evaluaran intervenciones psicoterapéuticas desarrolladas principalmente en formato online. Se incluyeron modalidades sincrónicas, como videoconferencia o teléfono, y modalidades asincrónicas, como chat, correo electrónico o plataformas digitales, así como programas basados en internet con algún grado de apoyo humano. Asimismo, los estudios debían evaluar explícitamente la alianza terapéutica mediante instrumentos validados y analizar su relación con variables de eficacia terapéutica, tales como reducción de sintomatología, mejora funcional, adherencia al tratamiento o satisfacción terapéutica. En cuanto al diseño metodológico, se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, estudios empíricos observacionales y análisis secundarios de datos.

Criterios de exclusión

Se excluyeron estudios realizados exclusivamente con población menor de 18 años, así como aquellos centrados en intervenciones psicoterapéuticas desarrolladas únicamente en formato presencial. También se excluyeron investigaciones que no evaluaran explícitamente la alianza terapéutica mediante instrumentos específicos o que no analizaran variables relacionadas con los resultados clínicos o terapéuticos. En cuanto al diseño metodológico, se descartaron trabajos no empíricos, tales como editoriales, artículos de opinión, capítulos de libro, revisiones narrativas, estudios de caso único y resúmenes de congresos.

Proceso de selección de los estudios

El proceso de selección de los estudios se llevó a cabo en varias fases. En primer lugar, se eliminaron los duplicados identificados entre las distintas bases de datos. Posteriormente, se realizó un cribado inicial mediante la lectura de títulos y resúmenes, excluyendo aquellos estudios que no cumplieran los criterios de inclusión establecidos. En una segunda fase, se procedió a la lectura a texto completo de los artículos potencialmente relevantes, evaluando de forma detallada su adecuación a los objetivos de la revisión. El número final de estudios incluidos, así como las razones de exclusión en cada fase, se presentan mediante un diagrama de flujo, que se incluye en el Anexo 1 conforme a las recomendaciones PRISMA.

Extracción de datos, variables analizadas, calidad metodológica y riesgo de sesgo

En relación con la evaluación de la calidad metodológica y el riesgo de sesgo, dado que los estudios incluidos presentaban diseños heterogéneos incluyendo ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales o ex post facto- se emplearon herramientas específicas en función del tipo de diseño. En los ensayos clínicos aleatorizados se aplicaron los criterios de la herramienta RoB 2 (Risk of Bias 2.0; Sterne et al., 2019), evaluando los dominios de generación de la secuencia aleatoria, ocultación de la asignación, cegamiento, datos incompletos, sesgo de notificación selectiva y otras posibles fuentes de sesgo. En los estudios no aleatorizados se utilizaron los dominios propuestos por la herramienta ROBINS-E (Higgins et al., 2024), valorando el riesgo de sesgo debido a variables de confusión, sesgo en la medición de la exposición (alianza terapéutica), sesgo en la medición de resultados, sesgo por datos perdidos, sesgo en la selección de participantes y sesgo de notificación de resultados. Cada estudio fue clasificado cualitativamente como de riesgo bajo, moderado o alto, lo que permitió contextualizar la solidez de los hallazgos y ponderar su peso en la interpretación global.

En cuanto al análisis de los datos, y considerando la heterogeneidad en los diseños y en las medidas empleadas, no se realizó un meta^oanálisis ni se transformaron los resultados a una métrica común. La síntesis se llevó a cabo mediante un recuento de votos, registrando en cada estudio la dirección de la asociación entre alianza terapéutica y resultados clínicos (positiva, negativa o nula), independientemente de su significación estadística. Además, se realizó un análisis descriptivo de las medidas de tamaño del efecto

reportadas en los estudios primarios. En aquellos estudios que analizaban la relación entre alianza y resultados mediante correlaciones de Pearson, se registraron los coeficientes r como medida directa de la magnitud de la asociación. No se compararon directamente correlaciones y diferencias de medias entre sí, sino que se describieron dentro de sus respectivos marcos analíticos, señalando la magnitud y dirección del efecto en cada caso. Esta estrategia permite una integración estructurada de la evidencia, aunque presenta limitaciones metodológicas, ya que el recuento de votos no pondera los efectos en función del tamaño muestral ni de la precisión estadística, lo que impide estimar una magnitud global del efecto. Por ello, las conclusiones derivadas de la presente revisión se formulan con cautela y en coherencia con el nivel de calidad metodológica de los estudios incluidos.

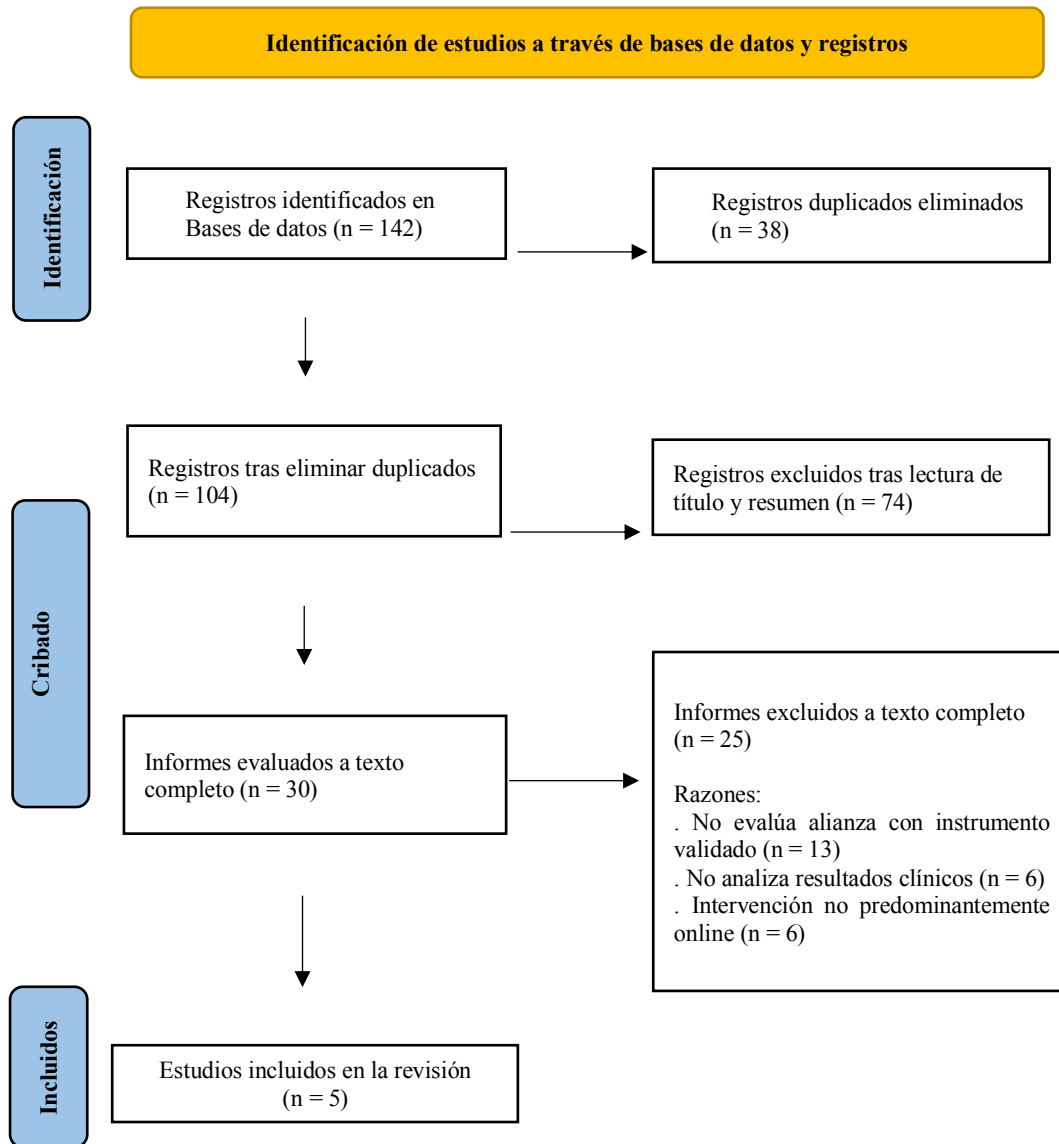
Resultados

Selección de los estudios

La búsqueda inicial en las bases de datos (PubMed, PsycINFO, Scopus y Web of Science) identificó un total de 142 registros. De forma complementaria, se consultó Google Scholar como fuente secundaria, sin que se añadieran estudios nuevos que cumplieran los criterios de inclusión. Tras eliminar los registros duplicados ($n = 38$), se obtuvieron 104 estudios únicos para el cribado. En la fase de cribado por título y resumen se excluyeron 74 artículos que no cumplían los criterios de inclusión establecidos, principalmente por no evaluar la alianza terapéutica con instrumentos validados, no analizar resultados clínicos o no centrarse en población adulta. Los 30 artículos restantes fueron evaluados a texto completo. De estos, se excluyeron 25 por las siguientes razones: no emplear un instrumento validado para medir la alianza ($n = 13$), no analizar resultados clínicos ($n = 6$) o no tratarse de una intervención predominantemente online ($n = 6$). Finalmente, se incluyeron 5 estudios empíricos en la revisión sistemática (ver Figura 1).

Proceso de selección de estudios según PRISMA 2020

Figura 1



Características de los estudios incluidos

Los cinco estudios incluidos presentan una diversidad metodológica relevante. Todos comparten el objetivo de analizar cuantitativamente la relación entre la alianza terapéutica y los resultados clínicos en psicoterapia online para adultos. La Tabla 2 sintetiza las principales características de cada investigación. A continuación, se describen de forma general.

Diseños de investigación: Dos de los estudios corresponden a ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Preschl et al. (2011) compararon terapia cognitivo-conductual (TCC) online frente a TCC presencial en adultos con depresión, empleando un diseño experimental con grupo control activo. Schmidt et al. (2023) realizaron un análisis secundario dentro de un ensayo controlado de terapia cognitivo-conductual online para duelo por suicidio. Los tres estudios restantes utilizaron diseños observacionales: Knaevelsrud y Maercker (2006) y Kramuschke et al. (2024) emplearon diseños longitudinales en intervenciones basadas en internet (ICBT), mientras que Davis et al. (2023) llevaron a cabo un estudio de cohorte comparativo entre teleterapia y modalidad presencial. Ninguno de los estudios observacionales incluyó grupo control.

Tamaño muestral y participantes: El tamaño muestral varió considerablemente. En el estudio de Davis et al. (2024) incluyeron la muestra más amplia (N = 958). Le siguieron Kramuschke et al. (2024) con N=146, Knaevelsrud y Maercker (2006) con N=96, Preschl et al. (2011) con N=80 y Schmidt et al. (2023) con la muestra más reducida (N=44). Todos los estudios trabajaron exclusivamente con población adulta (≥ 18 años). En cuanto a la distribución por sexo, la mayoría de las muestras presentaron una proporción mayor de mujeres, aunque esta variable no fue homogénea entre estudios.

Procedencia geográfica: Cuatro de los estudios se realizaron en Alemania (Knaevelsrud & Maercker, 2006; Preschl et al., 2011; Kramuschke et al., 2024; Schmidt et al., 2023) y uno en Estados Unidos (Davis et al., 2024).

Modalidad de intervención online: Todos los estudios evaluaron psicoterapia online como componente central del tratamiento. Knaevelsrud y Maercker (2006), Kramuschke et al. (2024) y Schmidt et al. (2023) emplearon intervenciones de terapia cognitivo-conductual basada en internet (ICBT), de carácter asincrónico y estructurado, con un grado de implicación del terapeuta que varió entre moderado (seguimiento periódico) y bajo (interacción mínima). En Preschl et al. (2011) utilizaron una modalidad sincrónica

por videoconferencia con alta implicación del terapeuta. Davis et al. (2024) analizaron psicoterapia por videoconferencia en contextos clínicos reales, también sincrónica y con implicación terapéutica alta. En ningún estudio la intervención fue completamente automatizada sin apoyo humano.

Instrumentos de medición: En cuanto a la medición de la alianza terapéutica, todos los estudios emplearon instrumentos validados diseñados originalmente para contexto presencial. El Working Alliance Inventory (WAI) -escala de 36 ítems que evalúa acuerdo en objetivos, tareas y vínculo- fue utilizado por Knaevelsrud y Maercker (2006) y Preschl et al. (2011). Kramuschke et al. (2024); emplearon la versión abreviada (Short WAI, 12 ítems). Schmidt et al. (2023); utilizaron un instrumento ad hoc validado específicamente para su protocolo de intervención. Davis et al. (2024); emplearon una subescala validada de alianza integrada en su sistema de evaluación clínica.

Resultados clínicos: Incluyeron reducción de la sintomatología medida con instrumentos estandarizados: síntomas de estrés postraumático y depresión en Knaevelsrud y Maercker (2006); sintomatología depresiva en Preschl et al. (2011); síntomas de duelo prolongado en Kramuschke et al. (2024) y Schmidt et al. (2023); y resultados clínicos generales reportados por pacientes en Davis et al. (2024).

Pérdidas durante el tratamiento y adherencia: Las tasas de abandono variaron entre los estudios. Knaevelsrud y Maercker (2006) reportaron una tasa de finalización del 78%, mientras que Kramuschke et al. (2024) alcanzaron el 85%. En el estudio de cohorte de Davis et al. (2024) las pérdidas fueron mínimas (5%), debido a la naturaleza naturalista del diseño. Preschl et al. (2011) informaron de pérdidas del 12% durante el seguimiento, y Schmidt et al. (2023) reportaron aproximadamente un 10% de abandono. En general, las intervenciones con mayor grado de implicación del terapeuta mostraron tasas de finalización más elevadas, aunque esta relación no fue analizada estadísticamente en los estudios primarios.

4.3.1 Características metodológicas y resultados principales de los estudios empíricos incluidos en la revisión sistemática

Autor y año	País	Diseño	Grupo control	Muestra (N)	Modalidad online	Instrumento de alianza	Resultados clínico	Tipo de análisis	Resultado principal (tamaño del efecto)
Knaevelsru d & Maercker (2006)	Alemania	Estudio longitudinal (ICBT)	No	96	Asincrónica (programa ICBT); implicación del terapeuta: moderada	<i>Working Alliance Inventory (WAI)</i>	Síntomas de estrés posttraumático y depresión	Regresión lineal	Asociación positiva ($\beta = 0,32$, $p < 0,05$)
Preschl et al. (2011)	Alemania	ECA	Presencial (TCC)	80	Sincrónica (videoconferencia); implicación del terapeuta: alta	<i>Working Alliance Inventory (WAI)</i>	Sintomatología depresiva	Correlación y comparación	Asociación positiva ($r = 0,41$, $p < 0,01$); alianza comparable entre modalidades
Davis et al. (2024)	EE.UU.	Cohorte comparativa	Presencial	958	Sincrónica (videoconferencia); implicación del terapeuta: alta	Subescala validada de alianza	Resultados clínicos reportados por pacientes	Modelos de no inferioridad y regresión	Asociación positiva; modalidad online no inferior a presencial
Kramuschke et al. (2024)	Alemania	Estudio longitudinal	No	146	Asincrónica (intervención TCC online basada en texto); implicación del terapeuta: moderada	<i>Short Working Alliance Inventory (WAI-S)</i>	Síntomas de duelo prolongado	Correlación y regresión	Asociación positiva ($\beta = 0,28$, $p < 0,01$)

Schmidt et al. (2023)	Alemania	ECA (análisis secundario)	Sí (no especificado)	44	Asincrónica (ICBT para duelo); implicación del terapeuta: moderada	Instrumento ad hoc validado	Síntomas de duelo prolongado	Regresión múltiple	Asociación positiva ($\beta = 0,37, p < 0,05$)
------------------------------	----------	---------------------------	----------------------	----	--	-----------------------------	------------------------------	--------------------	--

Tabla 1 Características metodológicas y resultados principales de los estudios empíricos incluidos

Nota: ICBT = Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy (Terapia Cognitivo-Conductual basada en Internet); ECA = Ensayo Clínico Aleatorizado; TCC = Terapia Cognitivo-Conductual; BDI = Beck Depression Inventory; WAI = Working Alliance Inventory.

Evaluación del riesgo de sesgo

La valoración del riesgo de sesgo se llevó a cabo teniendo en cuenta la estructura de cada estudio. Para los ensayos clínicos aleatorizados, se aplicaron los criterios de la herramienta RoB 2 (Sterne et al., 2019), analizando aspectos como el proceso de randomización, la evaluación de las variables, el enmascaramiento y la gestión de datos faltantes. En cuanto a los estudios observacionales (longitudinales y de cohorte), se utilizó la herramienta ROBINS-E (Higgins et al., 2024), la cual se centra en el riesgo derivado de variables confusoras, la exactitud en la evaluación de la exposición (alianza) y del resultado clínico, así como en la posible notificación sesgada de resultados.

En las investigaciones de diseño experimental, Preschl et al. (2011) presentaron un método adecuado de asignación aleatoria y aplicaron instrumentos validados tanto para la alianza (WAI) como para los resultados clínicos (BDI), lo que indica un bajo riesgo en los aspectos de medición. Sin embargo, la existencia de pérdidas muestrales y la falta de enmascaramiento completo (de participantes y terapeutas) incrementan el riesgo general a un nivel moderado. A pesar de que Schmidt et al. (2023) proceden de un ensayo controlado, llevaron a cabo un análisis secundario enfocado en la alianza terapéutica, lo que introduce un posible riesgo moderado en relación con la selección y análisis de resultados, manteniendo un bajo riesgo en la medición de las variables principales.

En estudios de carácter observacional y longitudinal, el principal riesgo está relacionado con la falta de asignación aleatoria y la posible influencia de variables confusoras no controladas (por ejemplo, la gravedad inicial de los síntomas, las expectativas del paciente o el nivel de confort tecnológico). Knaevelsrud y Maercker (2006), Kramuschke et al. (2024) y Davis et al. (2024) usaron herramientas validadas para medir la alianza y los resultados clínicos, lo que reduce el riesgo en el área de medición. Sin embargo, al no ser diseños completamente experimentales con un control exhaustivo de variables externas, se considera un riesgo moderado en cuanto a confusiones potenciales.

En general, ninguno de los estudios mostró evidencias claras de sesgo por notificación selectiva ni de uso de instrumentos no validados. Debido a las limitaciones inherentes al diseño -especialmente en estudios longitudinales y de cohorte-, el riesgo global fue clasificado predominantemente como moderado. Esta evaluación indica que

los resultados deben ser interpretados con precaución, aunque la consistencia metodológica en la medición de la alianza y los resultados clínicos refuerza la validez interna del conjunto de estudios analizados. La Tabla 3 resume la evaluación obtenida para cada estudio incluido.

Estudio	Tipo de diseño	Herramienta aplicada	Sesgo por asignación / confusión	Sesgo en medición de alianza	Sesgo en medición de resultados	Datos incompletos	Notificación selectiva	Riesgo global
Preschl et al. (2011)	ECA	RoB 2	Bajo (aleatorización descrita)	Bajo (WAI validado)	Bajo (BDI validado)	Moderado (pérdidas reportadas)	No evidente	Moderado
Schmidt et al. (2023)	ECA (análisis secundario)	RoB 2	Moderado (análisis secundario)	Bajo	Bajo	Moderado	No evidente	Moderado
Knaevelsrud & Maercker (2006)	Longitudinal	ROBINS-E	Moderado (sin grupo control equivalente)	Bajo	Bajo	Bajo	No evidente	Moderado
Kramuschke et al. (2024)	Longitudinal	ROBINS-E	Moderado (sin asignación aleatoria)	Bajo	Bajo	Bajo	No evidente	Moderado
Davis et al. (2024)	Cohorte comparativa	ROBINS-E	Moderado (posibles variables de confusión)	Bajo	Bajo	Bajo	No evidente	Moderado

Tabla 2. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos

Relación entre la alianza terapéutica y los resultados clínicos

Los cinco estudios incluidos (100%) reportaron una asociación positiva y estadísticamente significativa entre la alianza terapéutica y los resultados clínicos en psicoterapia online para adultos.

Los estudios de diseño longitudinal, Knaevelsrud y Maercker (2006) encontraron que la alianza terapéutica, evaluada mediante el WAI, predijo significativamente la reducción de síntomas de intrusión y depresión en un programa de ICBT para trastorno de estrés postraumático ($\beta = 0,32$, $p < 0,05$). De manera consistente, Kramuschke et al. (2024) observaron que el cambio en la alianza a lo largo del tratamiento se asoció con la disminución de síntomas de duelo prolongado ($\beta = 0,28$, $p < 0,01$), manteniéndose esta relación en modelos de regresión ajustados por variables basales. En los estudios derivados de ensayos controlados, Preschl et al. (2011) hallaron una correlación positiva y moderada entre la alianza (WAI) y la mejoría sintomática en adultos con depresión ($r = 0,41$, $p < 0,01$). Además, los niveles de alianza fueron comparables entre la modalidad online (videoconferencia) y la presencial, sin diferencias estadísticamente significativas. Schmidt et al. (2023) reportaron que la alianza terapéutica temprana predijo significativamente la reducción posterior de síntomas de duelo prolongado en una intervención cognitivo-conductual online ($\beta = 0,37$, $p < 0,05$), incluso tras controlar la gravedad inicial de los síntomas.

En el estudio de cohorte a gran escala de Davis et al. (2024), la alianza terapéutica contribuyó significativamente a los resultados clínicos reportados por los pacientes en modalidad de teleterapia. Los análisis de no inferioridad mostraron que la modalidad online no fue clínicamente inferior a la presencial, y la alianza se asoció con mejores resultados en ambas condiciones.

En síntesis, la evidencia disponible indica que la alianza terapéutica mantiene su papel como predictor de resultados clínicos en el entorno digital. No obstante, la magnitud del efecto varía entre estudios observándose asociaciones de tamaño moderado, desde correlaciones de $r = 0,41$ hasta coeficientes de regresión β entre 0,28 y 0,37. La heterogeneidad identificada impide estimar un tamaño del efecto agregado mediante métodos cuantitativos y aconseja interpretar los hallazgos en términos de asociación, no de causalidad, a la espera de futuros estudios longitudinales con mayor control experimental.

Discusión

El objetivo principal de esta revisión fue analizar la evidencia disponible sobre la relación entre la alianza terapéutica y los resultados clínicos en psicoterapia online para adultos. Los cinco estudios incluidos (100%) reportaron una asociación positiva y estadísticamente significativa. Los tamaños del efecto oscilaron entre correlaciones moderadas ($r = 0,41$) y coeficientes de regresión que explicaron entre el 8% y el 14% de la varianza en los resultados clínicos (β entre 0,28 y 0,37, $p < 0,05$).

Esta consistencia transversal —observada independientemente del diseño metodológico, la modalidad de intervención o la problemática clínica— sugiere que la alianza terapéutica mantiene su papel como predictor relevante de resultados en el entorno digital, en línea con lo documentado en psicoterapia presencial. No obstante, la heterogeneidad metodológica y la variedad de métricas empleadas impiden estimar un tamaño del efecto agregado. Además, el predominio de diseños observacionales y análisis secundarios limita la capacidad de establecer inferencias causales directas, por lo que los hallazgos deben interpretarse en términos de asociación.

Comparación con la literatura previa

Los hallazgos de esta revisión se alinean con la literatura previa que ha identificado la alianza terapéutica como uno de los predictores más consistentes del cambio clínico. El metaanálisis de Flückiger et al. (2018), que incluyó 295 estudios independientes con más de 30.000 pacientes, demostró que la alianza explica aproximadamente un 8% de la variación en los resultados terapéuticos ($r = 0,28$, $p < 0,001$), con un efecto moderado y relativamente estable a través de diferentes enfoques psicoterapéuticos y poblaciones clínicas.

En el contexto digital, los estudios revisados indican que la alianza terapéutica no solo es comparable a la observada en terapia presencial, sino que también mantiene una relación significativa con los resultados clínicos (Sucala et al., 2012; Simpson & Reid, 2014). Los tamaños del efecto encontrados ($r = 0,41$; β entre 0,28 y 0,37, $p < 0,05$) son consistentes con los reportados en la literatura presencial, aunque la heterogeneidad en los formatos de intervención, instrumentos de medición y diseños metodológicos impide estimar un tamaño del efecto agregado en el entorno online.

Interpretación de las variables moderadoras

Los estudios incluidos en esta revisión abarcaron tanto intervenciones sincrónicas por videoconferencia como intervenciones asincrónicas basadas en programas estructurados de ICBT. En todas ellas, independientemente del grado de implicación del terapeuta (alto en las sincrónicas, moderado en las asincrónicas), la alianza terapéutica mantuvo una asociación positiva y significativa con los resultados clínicos. Este hallazgo sugiere que los efectos de la alianza no dependen exclusivamente de la riqueza comunicativa del medio -aunque las videoconferencias puedan facilitar una interacción más rica-, sino que pueden sostenerse incluso en contextos con interacciones más limitadas (es decir, asincrónicos y basados en texto).

En cuanto al tipo de problemática clínica, la asociación positiva entre alianza y resultados se replicó en muestras con depresión (Preschl et al., 2011), trastorno de estrés postraumático (Knaevelsrud & Maercker, 2006), duelo por pérdida gestacional (Kramuschke et al., 2024) y duelo por suicidio (Schmidt et al., 2023). La heterogeneidad en los instrumentos de medición y en los tamaños del efecto (β entre 0,28 y 0,37, $r = 0,41$) impide establecer comparaciones directas por diagnóstico, pero la consistencia en la dirección de la asociación sugiere que la alianza juega un papel transversal relevante.

Por otro lado, las características metodológicas de los estudios introducen matices importantes. En los ensayos clínicos aleatorizados (Preschl et al., 2011; Schmidt et al., 2023), la asociación entre alianza y resultados se observó en contextos de mayor control experimental, lo que refuerza la validez interna de los hallazgos. En los estudios longitudinales y de cohorte, aunque los análisis también sugieren una relación consistente, la posible influencia de variables de confusión no controladas (gravedad inicial de los síntomas, comodidad tecnológica, expectativas del paciente) impide descartar completamente sesgos.

Implicaciones clínicas

Desde el punto de vista clínico, los hallazgos aquí expuestos refuerzan la importancia de la alianza terapéutica en el entorno digital. Las competencias relacionales del terapeuta (empatía, validación emocional, capacidad de adaptación) siguen siendo fundamentales para la eficacia del tratamiento, incluso cuando la interacción se produce a través de una pantalla.

La mediación tecnológica no constituye un obstáculo insalvable para desarrollar una alianza sólida, pero sí requiere una adaptación deliberada de las habilidades clínicas. Entre las estrategias prácticas sugeridas por la evidencia revisada se incluyen: (a) una mayor explicitación o explicación verbal de la empatía y la validación emocional para compensar la reducción de claves no verbales; (b) la gestión proactiva de las rupturas tecnológicas (interrupciones de conexión, fallos de audio) integrando la metacomunicación sobre dichas incidencias en el proceso terapéutico; y (c) la adaptación del encuadre para favorecer la percepción de presencia terapéutica a pesar de la distancia física (Simpson & Reid, 2014; Glass & Bickler, 2021).

Investigaciones futuras deberían dar prioridad a ensayos clínicos aleatorizados con muestras amplias y seguimientos prolongados, así como al desarrollo y validación de medidas de alianza sensibles a las particularidades de la psicoterapia online. Asimismo, sería relevante explorar el papel de variables moderadoras específicas del contexto digital, como la competencia tecnológica del paciente, la disponibilidad de recursos tecnológicos o la estabilidad de la conexión, para comprender mejor en qué condiciones la alianza ejerce un mayor impacto sobre los resultados clínicos.

En el caso de modalidades asincrónicas o programas basados en internet, la presencia de algún tipo de apoyo humano -aunque sea limitado (por ejemplo, seguimiento periódico o retroalimentación especial/puntual)- parece ser un factor relevante para mantener el compromiso y la adherencia del paciente. La ausencia de contacto humano se asocia con mayores tasas de abandono, lo que sugiere que la figura del terapeuta o coach, incluso con una implicación mínima, desempeña un papel crucial en la sostenibilidad del tratamiento (Baumeister et al., 2014; Mohr et al., 2011).

Limitaciones

Los hallazgos de esta revisión deben interpretarse a la luz de sus limitaciones. En primer lugar, el número reducido de estudios incluidos ($n = 5$) limita la generalización de los resultados y la posibilidad de realizar análisis más detallados, como comparaciones sistemáticas entre modalidades de intervención o tipos de diagnóstico. Esta cifra, sin embargo, responde a la aplicación rigurosa de criterios de inclusión específicos (población adulta, intervención predominantemente online, medición validada de la

alianza y análisis de resultados clínicos) y refleja el estado emergente de la investigación en este campo.

En segundo lugar, existe una notable heterogeneidad metodológica entre los estudios, patente en la diversidad de diseños (ECA, longitudinales, cohorte), instrumentos de medición de la alianza y variables de resultados. Esta variabilidad, aunque justificada por el carácter exploratorio del área, dificulta la integración cuantitativa de los resultados y limita la posibilidad de estimar un tamaño del efecto agregado. Asimismo, el predominio de diseños observacionales y análisis secundarios, junto con el reducido número de estudios incluidos, restringe la capacidad para establecer relaciones causales entre la alianza y los resultados clínicos. Por ello, los hallazgos deben interpretarse en términos de asociación y con cierta cautela.

Una limitación adicional relevante es el uso generalizado de instrumentos de evaluación de la alianza diseñados originalmente para contextos presenciales (por ejemplo, Working Alliance Inventory). Ninguno de los estudios incluyó adaptaciones específicas para medir dimensiones propias del entorno digital, como la percepción de presencia virtual, la comodidad tecnológica o el impacto emocional de las interrupciones técnicas.

Por último, no puede descartarse la existencia de sesgo de publicación. Los estudios con resultados positivos y estadísticamente significativos tienen mayor probabilidad de ser publicados, lo que podría sobreestimar la consistencia de la asociación observada.

Fortalezas

A pesar de las limitaciones descritas, esta revisión sistemática también presenta algunas fortalezas importantes. En primer lugar, la selección de estudios se realizó siguiendo los criterios PRISMA 2020, lo que permitió estructurar de forma clara el proceso de búsqueda, cribado y selección de los artículos incluidos.

Además, se incluyeron solamente estudios que analizaban de forma explícita la alianza terapéutica mediante instrumentos validados y su relación con variables clínicas o terapéuticas en población adulta.

Por otro lado, los distintos tipos de diseño metodológico tales como ensayos clínicos aleatorizados, estudios longitudinales y estudios de cohorte, aportaron una visión más amplia sobre el papel de la alianza terapéutica en psicoterapia online. Asimismo, para reforzar la consistencia general de los hallazgos encontrados, algunos estudios incorporaron muestras relativamente amplias y comparaciones entre modalidades online y presenciales.

Conclusión

En relación con la influencia de la modalidad de intervención, los estudios que compararon directamente psicoterapia online con presencial (Preschl et al., 2011; Davis et al., 2024) encontraron niveles de alianza comparables y una asociación similar con los resultados clínicos. Esto sugiere que la mediación tecnológica no constituye un obstáculo insalvable para el desarrollo de una alianza terapéutica eficaz. No obstante, las características específicas del entorno digital -como la reducción de claves y señales no verbales o la necesidad de gestionar rupturas tecnológicas- exigen una adaptación premeditada de las habilidades clínicas.

En cuanto a las variables moderadoras analizadas, la asociación positiva entre alianza y resultados se replicó tanto en formatos sincrónicos (videoconferencia) como asincrónicos (programas estructurados de ICBT) y a través de diferentes problemáticas clínicas (depresión, trastorno de estrés postraumático, duelo). La heterogeneidad en los instrumentos de medición y en los tamaños del efecto impide establecer conclusiones definitivas, pero la consistencia en la dirección de la asociación sugiere que la alianza desempeña un papel transversal en diversos contextos psicopatológicos.

Entre las limitaciones identificadas -que constituyen a su vez futuras líneas de investigación- destacan el reducido número de estudios, el predominio de diseños observacionales, la ausencia de instrumentos de alianza adaptados específicamente al entorno digital y el posible sesgo de publicación.

En conclusión, la evidencia existente sugiere que la alianza terapéutica sigue siendo un componente relevante de la eficacia psicoterapéutica también en contextos digitales. Es fundamental comprender cómo se desarrolla y qué factores la modulan en entornos online para optimizar la práctica clínica y el diseño de futuras intervenciones psicológicas digitales.

Bibliografía

- Shaker, A. A., Austin, S. F., Storebø, O. J., Schaug, J. P., Ayad, A., Sørensen, J. A., Tarp, K., Bechmann, H., & Simonsen, E. (2023). Psychiatric treatment conducted via telemedicine versus in-person modality in posttraumatic stress disorder, mood disorders, and anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 10, e44790. <https://doi.org/10.2196/44790>
- Acuña Bermúdez, E. (2016). La psicoterapia: un momento oportuno para los psicólogos clínicos. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(2), 341-354. <https://www.redalyc.org/journal/213/21356012006/html/>
- Andersson, G. (2010). The promise and pitfalls of the internet for cognitive behavioral therapy. *BMC Medicine*, 8, 82. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-82>
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4–17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9134-7>
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on internet-based mental health interventions — A systematic review. *Internet Interventions*, 1(4), 205–215. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.003>
- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy Research*, 27(5), 511–524. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260, <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Campo-Redondo, M. (2014). Epistemología y psicoterapia. *Revista de Psicología*, 23(2). https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-15872004000200007

- Davis, K. A., Zhao, F., Janis, R. A., Castonguay, L. G., Hayes, J. A., & Scofield, B. E. (2024). Therapeutic alliance and clinical outcomes in teletherapy and in-person psychotherapy: A noninferiority study during the COVID-19 pandemic. *Psychotherapy Research*, 34(5), 589–600. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2229505>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340, <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Glass, V. Q., & Bickler, A. (2021). Cultivating the therapeutic alliance in a telemental health setting. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51, 291–300, <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09570-0>
- Higgins, J. P. T., Page, M. J., Elbers, R. G., & Sterne, J. A. C. (2024). Assessing risk of bias in a non-randomized study. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch (Eds.), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 6.5). Cochrane. <https://www.training.cochrane.org/handbook>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Does the medium matter? A report on therapeutic alliance in internet-based cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(4), 212–220, <https://doi.org/10.1080/16506070600898375>
- Kramuschke, M., Doering, B. K., Arolt, V., & Christiansen, H. (2024). The change of working alliance and the association to treatment outcome in an internet-based therapy after pregnancy loss. *BMC Psychology*, 12, 314. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01751-4>

- Mohr, D. C., Cuijpers, P., & Lehman, K. (2011). Supportive accountability: A model for providing human support to enhance adherence to eHealth interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 13(1), e30, <https://doi.org/10.2196/jmir.1602>
- Preschl, B., Maercker, A., & Wagner, B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 11, 189. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-189>
- Richards, D., & Viganó, N. (2013). Online counseling: A narrative and critical review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 994–1011. <https://doi.org/10.1002/jclp.21913>
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329–342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004>
- Rodríguez-Ceberio, M. (2020). Psicoterapia online en tiempos de COVID-19: adaptación, beneficios y dificultades. *Psicología y Salud*, 30(2), 153-164. <https://www.redalyc.org/journal/2738/273868435022/html/>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Schmidt, V., Treml, J., Deller, J., & Kersting, A. (2023). The relationship between working alliance and treatment outcome in an internet-based grief therapy for people bereaved by suicide. *Cognitive Therapy and Research*, 47, 587–597. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10383-8>

- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H. Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366, 14898. <https://doi.org/10.1136/bmj.14898>
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280–299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>
- Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G. H. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 14(4), e110, <https://doi.org/10.2196/jmir.2084>
- Tishby, O., & Wiseman, H. (2022). Countertransference types and their relation to rupture and repair in the alliance. *Psychotherapy Research*, 32(1), 29–44. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1862934>
- Titov, N., Andrews, G., Davies, M., McIntyre, K., Robinson, E., & Solley, K. (2010). Internet treatment for depression: A randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS ONE*, 5(6), e10939. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010939>
- Vöhringer, C., Pérez, J. C., Martínez, C., & Altimir, C. (2013). Working Alliance Inventory – Versión observacional: traducción, adaptación y validación al castellano. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(3), 249–260, <https://www.redalyc.org/pdf/785/78528770005.pdf>
- Watanabe, J., McLaren, S., & Slewa-Younan, S. (2023). Telemental health in rural areas: A systematic review. *Journal of Rural Medicine*, 18(2), 112–123. <https://doi.org/10.2185/jrm.2022-048>

Wehmann, E., Köhnen, M., Härter, M., Liebherz, S., & Dirmaier, J. (2020). Therapeutic alliance in technology-based interventions for the treatment of depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e17195. <https://doi.org/10.2196/17195>

ANEXOS

Anexo 1: Modelos de psicoterapia online más implementados y sus implicaciones para la alianza terapéutica (Barak et al., 2009; Simpson & Reid, 2014).

La siguiente tabla resume y agrupa estos modelos y sus implicaciones para la construcción de la alianza:

Modelo de Intervención	Comunicación	Rol del Terapeuta	Naturaleza de la Alianza (Hipótesis)	Desafío Principal para la Alianza
Videoconferencia Sincrónica	Audio-video en tiempo real.	Directivo/Guía, similar al presencial.	Similar a la presencial, pero mediada por la tecnología.	Compensar la reducción de claves no verbales y mantener la "presencia".
Terapia por Texto Asincrónica	Escrita, con retraso (email, chat).	Facilitador reflexivo, editor de textos.	Textual, reflexiva; fuerte en <i>tasks</i> , variable en <i>vínculo</i> inmediato.	Evitar malentendidos por falta de claves contextuales; mantener el engagement.
Programa Guiado (ICBT)	Mixta: plataforma + mensajes del <i>coach</i> .	<i>Coach</i> /guía de apoyo técnico-motivacional.	Combinada: alianza con el <i>coach</i> y con el contenido del programa.	Humanizar el apoyo técnico; personalizar la experiencia genérica del programa.
Intervención Automatizada Pura	Interacción persona-máquina (plataforma).	Inexistente o mínimo (recordatorios automatizados).	Con el programa/software: basada en uso y relevancia percibida.	Generar compromiso y adherencia sin ser un humano empático.

Anexo 2: Ecuaciones de búsqueda específicas

Base de datos	Tipo de búsqueda	Ecuación de búsqueda
Ecuación general (referencia)	Palabras clave	("therapeutic alliance" OR "working alliance" OR "therapeutic relationship") AND ("online psychotherapy" OR "internet-based therapy" OR "videoconferencing psychotherapy") AND ("treatment outcome" OR effectiveness OR efficacy OR "clinical improvement" OR "psychotherapy outcome") AND (adults OR "adult population" OR "18 years" OR "over 18")
PubMed	Title/Abstract + MeSH	("therapeutic alliance"[Title/Abstract] OR "working alliance"[Title/Abstract] OR "therapeutic relationship"[Title/Abstract]) AND ("online psychotherapy"[Title/Abstract] OR "internet-based therapy"[Title/Abstract] OR "videoconferencing psychotherapy"[Title/Abstract]) AND ("treatment outcome"[Title/Abstract] OR effectiveness[Title/Abstract] OR efficacy[Title/Abstract] OR "clinical improvement"[Title/Abstract] OR "psychotherapy outcome"[Title/Abstract]) AND ("adult"[MeSH] OR adult[Title/Abstract] OR "18 years"[Title/Abstract] OR "over 18"[Title/Abstract])
PsycINFO (APA)	Title (TI) y Abstract (AB)	TI("therapeutic alliance" OR "working alliance" OR "therapeutic relationship") OR AB("therapeutic alliance" OR "working alliance" OR "therapeutic relationship") AND AB("online psychotherapy" OR "internet-based therapy" OR "videoconferencing psychotherapy") AND AB("treatment outcome" OR effectiveness OR efficacy OR "clinical improvement" OR "psychotherapy outcome") AND (AB(adults) OR AB("18 years") OR AB("over 18"))
Scopus	TITLE-ABS-KEY	TITLE-ABS-KEY("therapeutic alliance" OR "working alliance" OR "therapeutic relationship") AND TITLE-

		ABS-KEY("online psychotherapy" OR "internet-based therapy" OR "videoconferencing psychotherapy") AND TITLE-ABS-KEY("treatment outcome" OR effectiveness OR efficacy OR "clinical improvement" OR "psychotherapy outcome") AND TITLE-ABS-KEY(adults OR "18 years" OR "over 18")
Web of Science (Core Collection)	Topic (TS)	TS=("therapeutic alliance" OR "working alliance" OR "therapeutic relationship") AND TS=("online psychotherapy" OR "internet-based therapy" OR "videoconferencing psychotherapy" OR "digital mental health" OR "blended therapy") AND TS=("treatment outcome" OR effectiveness OR efficacy OR "clinical improvement" OR "psychotherapy outcome") AND TS=(adults OR "18 years" OR "over 18")
Google Scholar (complementario)	Búsqueda simple	"therapeutic alliance" "online psychotherapy" adults / "working alliance" videoconferencing psychotherapy outcome / "therapeutic relationship" "internet-based therapy" effectiveness

DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: Revisión sistemática de la influencia de la alianza terapéutica en la efectividad de la psicoterapia online con adultos

Autor/a: Almudena Berenguer García

DNI/Alumno/a: 51534110B

Nombre del Director/a de TFM: Pablo Fernández Cáncer

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Irene López Gómez

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases **(marcar y describir)**:

- Búsqueda y localización de bibliografía: Elicit.com / Consensus.app son webs de IA, que buscan, extraen y resumen datos e información de un artículo dentro de una base con millones de artículos. Ninguna usa prompts, se escribe el título o palabras clave y buscan la bibliografía, luego verifico los artículos en las bases de datos especializadas (PubMed, etc) con el DOI para ver que sirven.

- Resumen/ayuda para comprensión de textos: Hay algunos artículos que estaban en otros idiomas o eran complicados de leer, por ello le pido a la IA que me ayude con algunos párrafos y me los explique mejor.

- Organización/estructura del trabajo: en algunos apartados donde dudaba del orden de la información, una vez acabado el trabajo le he preguntado a la IA si esa información estaba correcta en un apartado en concreto o era preferible ponerlo en otro. Siempre comprobando después que tenía un sentido lógico con el resto del trabajo.

- Revisión ortográfica/estilo: no la he utilizado.

✓ Generación de texto (fragmentos): En algunas ideas sacadas de estudios que no sabía como plasmar en el texto, le pedía a la IA que me las ordenase de forma lógica creando un fragmento, sin embargo posteriormente lo edito (me sirve como referencia) tomando como punto de partida solamente mis ideas principales para crear párrafos originales y coherentes a partir de un estudio consultado.

Otros (especificar): [_____]

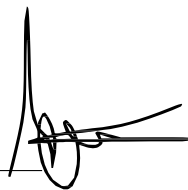
-Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.

El TFM se llevó a cabo a partir de una búsqueda bibliográfica basada en artículos y fuentes científicas fiables. Aunque se utilizaron herramientas de IA como apoyo para localizar y organizar información, todo el contenido fue posteriormente revisado y contrastado con los artículos originales y bases de datos académicas especializadas. De este modo, se garantizó la calidad, veracidad y rigor científico del trabajo, así como la elaboración de un texto original construido a partir de literatura académica relevante. Solo se usó la IA para mejorar el orden y presentación de la información, no para generar contenido.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión persona

Firma del/a alumno/a:



Fecha: 12/05/2026