

Terapia cognitivo-conductual grupal por videoconferencia para el trastorno obsesivo-compulsivo: Estudio piloto

Inés Gil-Delgado¹, Laura Zaragoza², Pablo Pelayo³, Lorena García-Fernández^{2,4,5}, Elena Cabedo^{6,7}, María Roncero⁷ y Gemma García-Soriano⁷

¹Centro de Salud Mental Alicante Santa Faz, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España

²Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España

³Centro de Salud Mental Campoamor, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, España

⁴Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, España

⁶Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

⁷Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Valencia, Valencia, España

Videoconference-based cognitive behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study

Abstract: The purpose of this paper was to explore the feasibility, acceptance and efficacy of cognitive behavioral group therapy (GCBT) for obsessive-compulsive disorder (OCD) applied via videoconference. Eight OCD patients received GCBT via videoconference. Symptom severity, anxiety, depression, quality of life and opinion about treatment were assessed. Patients attended more than 90 % of the sessions and were satisfied with the treatment. The severity of obsessive-compulsive symptoms decreased significantly ($p = .025$; $g = 1.56$). Likewise, depression ($p = .025$; $g = 1.5$) and quality of life ($p = .017$; $g = 1.52$) improved. This study suggests that videoconference-based GCBT is a feasible treatment, well accepted by patients, and which might improve obsessive-compulsive symptoms. More studies are warranted to further investigate the efficacy of GCBT via videoconferencing for OCD.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder; videoconference; group psychotherapy; cognitive behavioral therapy.

Resumen: El objetivo de este trabajo fue explorar la viabilidad, aceptación y eficacia de la terapia cognitivo-conductual grupal (TCCG) para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) aplicada mediante videoconferencia. Ocho pacientes con TOC recibieron TCCG por videoconferencia. Se evaluaron la gravedad de los síntomas, ansiedad, depresión, calidad de vida y opinión sobre el tratamiento. Los pacientes asistieron a más del 90 % de las sesiones y se mostraron satisfechos con el tratamiento. La gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos se redujo de forma significativa ($p = 0.012$; $g = 1.56$). Así mismo, mejoraron los niveles de depresión ($p = .025$; $g = 1.5$) y la calidad de vida ($p = .017$; $g = 1.52$). Este estudio sugiere que la TCCG aplicada por videoconferencia es un tratamiento viable, bien aceptado por los pacientes y que podría mejorar la sintomatología obsesivo-compulsiva. Son necesarios más estudios para seguir profundizando sobre la eficacia de la TCCG aplicada por videoconferencia para el TOC.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo; videoconferencia; psicoterapia grupal; terapia cognitivo-conductual.

Recibido: 17 de mayo de 2022; aceptado: 24 de marzo 2023

Correspondencia: Inés Gil-Delgado Armada, Centro de Salud Mental Alicante Santa Faz, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Carretera de Valencia s/n, 03550 San Juan (Alicante), España. Correo-e: gil-delgado_ine@gva.es

Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno mental caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones, que afecta aproximadamente a un

2.3 % de la población (Ruscio et al., 2010). Este trastorno conlleva un gran deterioro de la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de los que lo sufren, así como enormes costes directos e indirectos para los pacientes y para la sociedad (Bobes et al., 2001; Hollander et al., 1997). Su curso es crónico en ausencia de tratamiento (Mataix-Cols et al., 2002; Pinto et al., 2006). La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un tratamiento psicológico que ha demostrado ser eficaz para el TOC (Fonseca-Pedrero et al., 2021; Franklin et al., 2000; Öst et al., 2015). De hecho, la TCC es el tratamiento de elección para el TOC leve y también se recomienda en combinación con los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) en los casos más graves (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005). Sin embargo, estudios comunitarios (Kohn et al., 2004) mostraron que el 57% de las personas que sufrían TOC no recibieron ningún tratamiento, entre otros motivos por los costes económicos que suponen, la escasez de terapeutas especializados y la vergüenza y miedo al estigma (Belloch et al., 2009; García-Soriano et al., 2014; Marques et al., 2010). Además, incluso entre los pacientes que acuden buscando tratamiento para el TOC, un gran número no reciben terapias basadas en la evidencia, o el número de sesiones que reciben es insuficiente (Stobie et al., 2007; Torres et al., 2007). Por ello, facilitar la aplicación y el acceso de los pacientes a las terapias que han demostrado ser eficaces, como la TCC, es una prioridad en la investigación actual sobre el TOC (Hirschtritt et al., 2017; Mataix-Cols et al., 2020).

La terapia cognitivo-conductual en formato grupal (TCCG) es un tratamiento coste-efectivo que puede ser aplicado en contextos en los que es necesario optimizar los recursos existentes. Además, la terapia grupal permite añadir factores como la universalidad, el modelado y la cohesión grupal (Yalom, 1975) que pueden mejorar los efectos del tratamiento, logrando menos abandonos y mayor ejecución de las tareas para casa. Asimismo, la terapia grupal puede potenciar la creación de redes informales de apoyo y mejorar la autoestima y percepción de competencia social de sus miembros cuando ayudan a otros miembros del grupo (Himle et al., 2003). La investigación clínica muestra que la TCCG puede ser tan eficaz como la terapia individual o el tratamiento farmacológico (Belotto-Silva et al., 2012; Olatunji et al., 2013; Pozza y Dettore, 2017; Rosa-Alcázar et al., 2008; Schwartze et al., 2016; Sousa et al., 2006).

Otra manera de mejorar el acceso de los pacientes al tratamiento es la adaptación de las terapias para realizarlas de manera remota, por ejemplo, por videoconferencia. Esta modalidad de administración de TCC es más flexible que los tratamientos habituales, permitiendo un

mayor acceso al tratamiento y una reducción del estigma asociado a la búsqueda de ayuda (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2021).

La investigación sobre la aplicación de la psicoterapia por videoconferencia ha aumentado en gran manera recientemente, debido a la situación sanitaria producida por la COVID-19, en la que en algunos casos la terapia aplicada de forma remota se presenta como la única forma de acceso al tratamiento. La investigación sobre su eficacia se ha convertido en una prioridad (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2021; Sammons et al., 2020; Wind et al., 2020). Los resultados de las investigaciones realizadas hasta la fecha indican que los tratamientos psicológicos administrados por videoconferencia obtienen unos resultados similares a los tratamientos aplicados en persona (Batastini et al., 2020; Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2021; Thomas et al., 2021). Los estudios que se han realizado en terapia grupal para otros trastornos distintos del TOC apuntan los mismos resultados (Banbury et al., 2018; Gentry et al., 2018). Con respecto al TOC, la evidencia sobre TCC individual aplicada por videoconferencia señala que puede ser tan eficaz como la aplicada en persona (Wootton, 2016) y se ha demostrado su eficacia comparada con grupos de lista de espera (Storch et al., 2011; Vogel et al., 2014). Sin embargo, la literatura es limitada y se necesitan más estudios. Existen muy pocos estudios sobre la aplicación de psicoterapia grupal para el TOC por videoconferencia. Recientemente se han aplicado grupos de apoyo y psicoeducativos por videoconferencia para pacientes que sufren TOC (Kayser et al., 2021; Scholl et al., 2021). Milosevic et al. (2021) compararon los resultados terapéuticos de la TCCG en formato presencial realizada antes de la pandemia con la TCCG aplicada mediante videoconferencia para varios trastornos de ansiedad, entre ellos el TOC. Los resultados apuntan que la TCCG por videoconferencia es viable y con una eficacia similar a la presencial. Sin embargo, no midieron la opinión sobre el tratamiento y para medir la gravedad del TOC utilizaban autoinformes en lugar de la escala de gravedad de la Yale-Brown de obsesiones y compulsiones aplicada por el clínico. Hasta donde sabemos, no se ha realizado ningún estudio sobre la aplicación de una TCCG por videoconferencia específica para el tratamiento de personas que sufren TOC en España. Es fundamental obtener datos sobre su eficacia ya que nos puede ayudar a tomar mejores decisiones para los pacientes cuando sea posible escoger entre un tratamiento presencial y uno remoto.

Por ello, el objetivo del presente estudio es explorar la viabilidad, aceptación y la eficacia de una TCCG para el TOC aplicado mediante videoconferencia en el contexto de la sanidad pública española.

Tabla 1. Variables demográficas y clínicas de los participantes

Variables	Paciente A	Paciente B	Paciente C	Paciente D	Paciente E	Paciente F	Paciente G	Paciente H
Edad	20	35	28	25	43	19	23	27
Sexo	Varón	Varón	Varón	Varón	Mujer	Mujer	Varón	Mujer
Comorbilidad	No	No	No	Distimia	Distimia	No	No	Agorafobia
Tiempo de enfermedad (años)	2.3	8.5	23	5	20	1.5	15	8
Principal dimensión de TOC	Pensamientos inaceptables (daño)	Responsabilidad por daños, errores o mala suerte	Simetría/sensación de inacabado	Contaminación/limpieza	Contaminación/limpieza	Contaminación/limpieza	Responsabilidad por daños, errores o mala suerte	Responsabilidad por daños, errores o mala suerte
Medicación	Fluvoxamina 50mg	Clomipramina 25 mg y Escitalopram 20mg	No	No	Fluoxetina 40mg	Sertralina 25mg	Fluoxetina 40mg	No

Nota. TOC = trastorno obsesivo-compulsivo.

Método

Participantes

Se contó con la participación de ocho pacientes con diagnóstico principal de TOC, derivados por los psicólogos clínicos y psiquiatras de dos servicios públicos de salud de Alicante con un rango de edad entre 19 y 43 años ($M = 27.5$; $DT = 8.03$); tres pacientes (37.5%) sufrían otro trastorno comórbido según la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI; Ferrando et al., 2000): dos pacientes sufrían distimia y una agorafobia. Cinco pacientes (62.5%) eran varones y tres mujeres. La media de duración del trastorno fue de 10.43 años (rango de 1.5 a 23 años; $DT = 8.06$). Respecto a la medicación, tres pacientes no tomaban medicación para el TOC y cinco estaban tomando medicación específica para el TOC, cuya dosis se había mantenido estable por lo menos tres meses antes de la evaluación y se mantuvo estable durante el tiempo que duró el tratamiento. Ver Tabla 1 para las variables demográficas y clínicas de los participantes.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron los siguientes: presentar diagnóstico principal de TOC (según DSM-5; American Psychiatric Association, 2013); presentar un TOC con gravedad moderada, grave o muy grave (puntuación igual o superior a 16 en la escala de Yale-Brown de obsesiones y compulsiones [Y-BOCS; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado, et al., 1989; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, et al., 1989]); capacidad intelectual y lecto-escritura normal; edad entre 18 y 65 años; tener acceso a un

dispositivo (ordenador, tableta, teléfono móvil...) con acceso a internet y tener la posibilidad de utilizarlo en un lugar que permita privacidad y disponibilidad para realizar el tratamiento. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: presentar historia de adicción a sustancias en los últimos seis meses; historia de episodios psicóticos o maníacos; trastorno depresivo mayor grave; daño orgánico cerebral; presentar un trastorno de personalidad del grupo A o límite y haber recibido TCC para el TOC en los últimos cinco años (al menos ocho sesiones con contenido claramente identificable, como reestructuración cognitiva o exposición). Asimismo, se requería estabilidad farmacológica durante por lo menos tres meses antes de empezar el tratamiento para los pacientes que estuviesen tomando una medicación específica para el TOC.

Instrumentos

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview; MINI; Sheehan et al., 1999). La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve. Explora los principales trastornos del Eje I del DSM-IV y la CIE 10. Se empleó la versión en español de Ferrando et al. (2000).

Escala de Yale-Brown de obsesiones y compulsiones (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Y-BOCS; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado, et al., 1989; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, et al., 1989). Es un instrumento heteroaplicado que evalúa la presencia de obsesiones y compulsiones específicas y su gravedad. La escala de gravedad consta

de 10 ítems que puntúan del 0 (“ninguna”) al 4 (“extrema”). Evalúa tiempo empleado, malestar generado, interferencia, resistencia y control, tanto para las obsesiones como para las compulsiones. Se empleó la traducción y validación al español de Nicolini et al. (1996). La consistencia interna de la escala para esta muestra fue de $\alpha = .93$ (fiabilidad aceptable).

Inventario de depresión de Beck II (Beck Depression Inventory II; BDI-II; Beck et al., 1996). Es un cuestionario autoaplicado ampliamente utilizado para medir la presencia y gravedad de los síntomas depresivos. Consta de 21 ítems, cada uno se puntúa del 0 al 3. Se ha empleado la versión española de Sanz et al. (2003). La consistencia interna de la escala para esta muestra fue de $\alpha = .83$ (fiabilidad aceptable).

Inventario de ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory; BAI; Beck y Steer, 1993). Cuestionario autoaplicado de 21 ítems que van del 0 (“en absoluto”) al 3 (“severamente, casi no podría soportarlo”) para valorar distintos síntomas de ansiedad. En este estudio utilizamos la traducción de Comeche et al. (1995). La consistencia interna de la escala para esta muestra fue de $\alpha = .95$ (fiabilidad aceptable).

Índice de calidad de vida (Quality of Life Index; Mezzich et al., 1999). Consta de 10 indicadores de la calidad de vida que la persona valora del 1 (“malo”) al 10 (“excelente”): bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento independiente, bienestar ocupacional, bienestar interpersonal, apoyo social y emocional, apoyo comunitario, autorrealización, satisfacción espiritual y finalmente la percepción global de calidad de vida. La consistencia interna de la escala para esta muestra fue de $\alpha = .75$ (fiabilidad aceptable).

Escala de opinión sobre el tratamiento. Adaptado de Borkovec y Nau (1972) para el presente estudio. Los pacientes indican en una escala de 0 (“nada”) a 10 (“muchísimo”) cómo les ha parecido de lógico el tratamiento, hasta qué punto están satisfechos con el tratamiento, si lo recomendaran a un amigo que sufriese el mismo problema que ellos, si creen que sería útil para otros problemas psicológicos, y su utilidad para el problema del propio paciente. La consistencia interna de la escala para esta muestra fue de $\alpha = .89$ (fiabilidad aceptable).

Procedimiento

Antes de incluir a los participantes en el estudio, se realizó una entrevista clínica individualizada que incluía lo siguiente: diagnóstico clínico, diagnóstico diferencial, descripción de los síntomas, historia del problema, tratamientos previos, breve historia personal, funcionamiento general y tratamiento farmacológico. Para eva-

luar la comorbilidad se realizó la MINI, y la Y-BOCS se realizó para evaluar gravedad. La primera entrevista se hizo de manera presencial, sin embargo, se contempló la posibilidad de realizarla por videoconferencia y así se realizó con un paciente que lo solicitó debido a su dificultad para desplazarse a un centro sanitario por su sintomatología obsesivo-compulsiva. Se evaluó para determinar su elegibilidad a 21 pacientes. Una persona declinó participar al no acudir a la segunda entrevista de evaluación. Tras aplicar los criterios de inclusión, doce pacientes no se incluyeron por las siguientes razones: dos pacientes presentaban sintomatología subclínica de TOC (Y-BOCS < 7), dos pacientes presentaban un trastorno depresivo mayor grave, un paciente presentaba un trastorno de la personalidad grupo A, otra paciente tenía un diagnóstico principal diferente al TOC, cinco pacientes no habían mantenido una estabilidad farmacológica de al menos tres meses antes del tratamiento y una paciente ya había realizado más de ocho sesiones de TCC en el último año. De las 12 personas que no cumplían criterios de inclusión en el estudio, seis fueron remitidas a sus profesionales de referencia: dos personas con TOC subclínico, una con un diagnóstico principal distinto al TOC y tres que presentaban un trastorno comórbido que se valoró que requería otro tipo de tratamiento (depresión mayor grave o trastorno de la personalidad del grupo A). Por razones clínicas, seis participantes que no cumplían los criterios de inclusión para el estudio participaron en los grupos de tratamiento: cinco de ellos no habían mantenido estable la medicación tres meses antes de comenzar el grupo y una ya había recibido previamente TCC para el TOC. Sin embargo, estas personas no se incluyeron en este estudio. Ver Figura 1 para el diagrama de flujo del estudio.

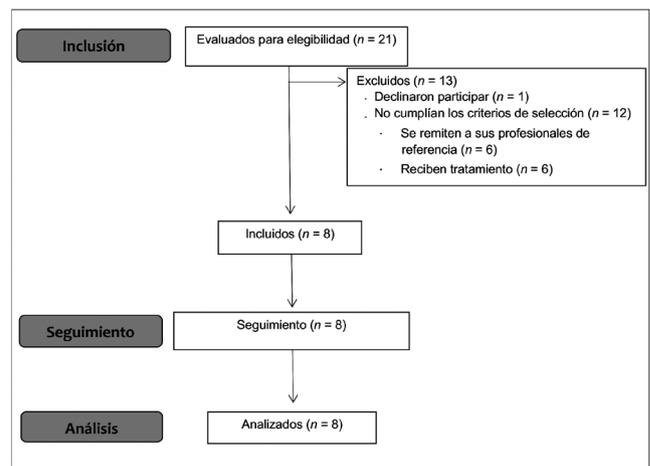


Figura 1. Diagrama de flujo del estudio.

Las personas que cumplían los criterios para participar en la investigación recibieron información sobre el estudio y firmaron el consentimiento informado. A continuación, rellenaron el protocolo de evaluación que incluía el BDI-II, BAI, y el Índice de calidad de vida, entre otros cuestionarios. Los pacientes realizaron una segunda entrevista individual por videoconferencia. Los objetivos de esta segunda entrevista eran que el paciente se familiarizara con el sistema para realizar las videoconferencias, profundizar en el conocimiento sobre los síntomas de TOC específicos de cada paciente, responder preguntas sobre el grupo y su funcionamiento, y aumentar la motivación hacia el tratamiento.

Se estableció previamente que los grupos constasen de un máximo de siete participantes. Con los ocho participantes que se incluyeron en el estudio, y los seis pacientes que recibieron asistencia sin cumplir los criterios de inclusión, se realizaron dos grupos de siete personas cada uno. De cada grupo, cuatro personas participaron en el presente estudio. Los pacientes fueron asignados de forma consecutiva a los grupos. El primer grupo comenzó en enero de 2021 y el segundo comenzó en octubre de 2021.

La intervención se realizó utilizando la plataforma CISCO WEBEX. Los grupos los conducía una psicóloga clínica (I.G.-D.) con más de 10 años de experiencia y formación específica en TOC que trabaja en una Unidad de Salud Mental en Alicante y en ambos grupos hubo un Psicólogo Interno Residente como coterapeuta.

Después de finalizar la terapia, todos los pacientes tuvieron una entrevista individual presencial en la que se volvió a valorar la gravedad de los síntomas con la Y-BOCS y los pacientes completaron los cuestionarios post-tratamiento (BDI-II, BAI, índice de calidad de vida y la escala de opinión sobre el tratamiento).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario San Juan de Alicante (código: 20/049 Tut).

Tratamiento

El protocolo de TCCG está basado en Cordioli et al. (2002) y en el protocolo de terapia cognitiva propuesto por el grupo de Belloch (Belloch, Cabedo, y Carrió, 2011; Belloch, Cabedo, Carrió, Fernández-Alvarez, et al., 2011; Cabedo et al., 2010). La terapia consistía en 12 sesiones grupales de dos horas. Las sesiones de tratamiento pueden consultarse en la Tabla 2. El programa incluye lo siguiente: psicoeducación sobre el trastorno, exposición con prevención de respuesta (EPR), terapia cognitiva y psicoeducación a familiares. Para facilitar la EPR los pacientes realizaron jerarquías para la exposición y las mandaban por email. Se les devolvían correcciones y sugerencias basadas en el análisis funcional realizado en las sesiones individuales. Posteriormente se les animaba a exponerse gradualmente tanto durante las sesiones grupales como entre sesiones. Al principio de las sesiones se preguntaba a los participantes por el desempeño en las exposiciones en casa: se reforzaban los logros y se solventaban dificultades que podían haberse dado. En la mayoría de las sesiones se dejaba tiempo para que los pacientes se expusieran a ítems de su jerarquía. Ejemplos de exposiciones durante las sesiones fueron los siguientes: tocar objetos que la persona sentía como contaminados, como un picaporte, sin lavarse las manos posteriormente; beber agua de un sorbo cuando la persona sentía la urgencia de hacerlo en tres o apuntar en un papel y dejar visible para la cámara un número que la persona evitaba por creer que le daba mala suerte. Además de las EPR, en las sesiones se trabajaban los sesgos cognitivos más relevantes en el TOC

Tabla 2. Descripción de las áreas tratadas en cada una de las sesiones del grupo

Sesión 1: Introducción, presentaciones, psicoeducación del trastorno. Listado de síntomas.
Sesión 2: Psicoeducación. Pautas de EPR. Jerarquías.
Sesión 3: Terapia cognitiva. Primeras exposiciones en sesión. Primeras exposiciones entre sesiones.
Sesión 4: Sobreestimación de la importancia de los pensamientos y la necesidad de controlarlos. EPR.
Sesión 5: Fusión pensamiento-acción: tipo moral y tipo probabilidad. EPR.
Sesión 6: Sobreestimación del peligro. EPR.
Sesión 7: Motivación al cambio y pautas de exposición en imaginación.
Sesión 8: Responsabilidad excesiva. EPR.
Sesión 9: TOC y familia.
Sesión 10: Intolerancia a la incertidumbre. EPR.
Sesión 11: Perfeccionismo. EPR.
Sesión 12: Prevención de recaídas.

Nota. EPR = exposición con prevención de respuesta; TOC = trastorno obsesivo-compulsivo.

y estrategias específicas para cada uno de ellos: la sobreestimación de la importancia del pensamiento y la necesidad de controlarlo, la fusión pensamiento-acción tipo moral y tipo probabilidad, la sobreestimación del peligro, la responsabilidad excesiva, la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo. Asimismo, se les mostraba cómo realizar experimentos conductuales para poner a prueba las creencias, tanto en las sesiones como entre sesiones.

Todas las sesiones tenían un enfoque motivacional, cuidando el ambiente del grupo y facilitando el apoyo mutuo. En la sesión 7 se trabajaron específicamente técnicas de motivación al cambio, como el balance decisonal, de forma similar a como se trabaja en la terapia transdiagnóstica (Barlow et al., 2016). Asimismo, se instruyó a los pacientes para exponerse en imaginación a los contenidos que pudiesen ser susceptibles de mejora con esta técnica. La sesión 9 se dedicó a explicar cómo afecta el TOC a toda la familia. Se permitió que los pacientes invitasen a familiares a unirse a la sesión y se les dio pautas para potenciar el tratamiento.

Desde el inicio del tratamiento se expresó disponibilidad a los pacientes si precisaban contactar con los terapeutas por teléfono o por email.

Análisis estadístico

Debido a que el tamaño de la muestra era pequeño ($n = 8$) se analizaron los datos utilizando estadística no paramétrica. Para analizar las diferencias entre antes y después del tratamiento se realizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon y para determinar el tamaño del efecto se calculó la g de Hedges.

Resultados

Asistencia

Tres pacientes (37.5%) acudieron a todas las sesiones. Cinco pacientes (62.5%) acudieron a 11 de las 12 sesiones.

Opinión sobre el tratamiento

En cuanto a la opinión de los pacientes sobre el tratamiento, los resultados pueden examinarse en la Tabla 3. Los pacientes puntuaron el tratamiento desde un 8.87 (utilidad) hasta un 9.75 (recomendación a un amigo y utilidad para otros tratamientos).

Eficacia de la intervención: Variable principal

En la Tabla 4 se incluyen a nivel descriptivo las puntuaciones de gravedad en la escala Y-BOCS de los pacientes antes de iniciar el tratamiento y tras su finalización. Asimismo, se presentan los datos de la disminución de la puntuación en la escala Y-BOCS después del tratamiento y los porcentajes de disminución de la puntuación.

La media del Y-BOCS fue de 24.37 antes de la intervención y de 13.25 después de la intervención (disminución de 11.12 puntos).

Aplicando la prueba de los rangos de Wilcoxon hallamos que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p = .012$) entre las puntuaciones antes y después del tratamiento con un tamaño del efecto $g = 1.56$, como puede observarse en la Tabla 5.

Eficacia de la intervención: Variables secundarias

En cuanto a las demás variables clínicas, la media del BDI-II (síntomas depresivos) disminuyó de 20.62 antes del tratamiento a 8.62 después del tratamiento; la media del BAI (síntomas de ansiedad) descendió de 18.87 a 13 y la media de la calidad de vida aumentó de 5.69 a 7.24. Como se observa en la Tabla 5, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medidas del BDI-II y el índice de calidad de vida entre antes y después del tratamiento, pero no en el BAI.

Discusión

El principal objetivo del presente estudio era realizar una primera aproximación a la viabilidad, la aceptación

Tabla 3. Escala de opinión sobre el tratamiento (medias y desviaciones típicas; $n = 8$)

Ítems	<i>M (DT)</i>
¿En qué medida le ha parecido lógico este tratamiento?	9.62 (1.06)
¿En qué medida le ha satisfecho el tratamiento que ha recibido?	9.37 (1.19)
¿En qué medida recomendaría este tratamiento a un amigo que tuviera su mismo problema?	9.75 (0.46)
¿En qué medida cree que este tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?	9.75 (0.46)
¿En qué medida este tratamiento ha sido útil en su caso?	8.87 (1.35)

Tabla 4. Puntuación en el Y-BOCS antes y después del tratamiento, disminución en la escala Y-BOCS y porcentaje de disminución después del tratamiento

Paciente	Y-BOCS		Disminución Y-BOCS	Porcentaje disminución
	PRE	POST		
A	19	15	4	21.1 %
B	29	17	12	41.4 %
C	21	4	17	81.0 %
D	39	28	11	28.2 %
E	19	8	11	57.9 %
F	22	10	12	54.5 %
G	22	8	14	63.6 %
H	24	16	8	33.3 %
<i>M</i>	24.37	13.25	11.12	47.6 %
(<i>DT</i>)	(6.72)	(7.49)	(3.87)	(20.17)

Nota. Y-BOCS = Escala de Yale Brown de obsesiones y compulsiones; PRE = antes del tratamiento; POST = después del tratamiento.

Tabla 5. Puntuaciones (medianas y rangos) antes y después del tratamiento, diferencia entre medianas, Z de Wilcoxon, significación estadística y g de Hedges

	PRE mediana (rango)	POST mediana (rango)	Diferencia pre-post	Z	p	g de Hedges
Y-BOCS	22 (19.5-27.75)	12.5 (8-16.75)	9.5	-2.52	.012*	1.56
BDI-II	19.5 (13.25-27.75)	6 (2.25-17.25)	13.5	-2.24	.025*	1.50
BAI	16 (11-19.75)	16 (3.25-28.75)	10	-1.35	.176	0.43
Calidad de vida	5.6 (4.7-6.75)	17.15 (6.58-8.2)	-1.6	-2.38	.017*	1.52

Nota. PRE = antes del tratamiento; POST = después del tratamiento; Y-BOCS = Escala de Yale Brown de obsesiones y compulsiones; BDI-II = Inventario de depresión de Beck, segunda edición; BAI = Inventario de ansiedad de Beck; * $p < .05$.

y la efectividad de la TCCG para el TOC aplicada por videoconferencia.

Los resultados muestran que la TCCG aplicada por videoconferencia en la sanidad pública en una ciudad de España (Alicante) puede ser viable. Los ocho participantes finalizaron el tratamiento. Además, la asistencia superó el 90 % para todos los pacientes. Estos resultados están en consonancia con la investigación en TCCG, que muestra que puede tener menos tasas de abandono que la TCC individual (Leeuwerik et al., 2019). Asimismo, los incipientes resultados sobre la TCCG por videoconferencia apuntan que podría propiciar una mayor asistencia que la psicoterapia presencial (Milosevic et al., 2021). Sin embargo, debido al bajo número de participantes en este estudio y las circunstancias en las que se desarrolló (momento excepcional en el que el curso de la pandemia limitaba la realización de algunas actividades) habría que tomar los resultados con cautela.

Por otro lado, la satisfacción de los pacientes con el tratamiento fue muy elevada, con medias entre 8.87 y 9.75 sobre 10. Estos resultados son coherentes con estu-

dios previos que señalan que la terapia grupal aplicada por videoconferencia genera una elevada satisfacción de los participantes. En este sentido, en la revisión de Gentry et al. (2018) de 40 estudios sobre la terapia grupal por videoconferencia se observa que en general los pacientes muestran una elevada satisfacción pese a las dificultades técnicas. Otros estudios también muestran alta aceptación del tratamiento por parte de los pacientes que tuvieron que realizar el tratamiento por videoconferencia durante los primeros momentos de la pandemia (Scholl et al., 2021).

En cuanto a la eficacia de la intervención realizada en este trabajo, si nos fijamos en los datos de sintomatología obsesivo-compulsiva, podemos observar una disminución de 11.12 puntos en la media del Y-BOCS en los pacientes analizados. Asimismo, se encontró un tamaño del efecto de 1.56. Este es un resultado prometedor, comparado con los resultados que se suelen obtener con TCCG presencial o farmacoterapia (Ackerman y Greenland, 2002; Jónsson y Hougaard, 2009). Por otro lado, si nos fijamos en el porcentaje de disminución del Y-BOCS, ob-

servamos que después del tratamiento, cinco pacientes (62.5%) experimentaron una reducción del Y-BOCS superior al 35%. Estos datos están en línea con los informados en la revisión de Gentry et al. (2018) sobre estudios realizados con terapia grupal por videoconferencia para otras alteraciones, que sugieren una eficacia similar a la presencial. Si analizamos los datos atendiendo a los criterios de Jacobson y Truax (1991) se puede observar que hay un paciente (C) que se puede calificar de “recuperado”. Tres pacientes han mejorado (E, F y G) y cuatro pacientes (A, B, D y H) siguen puntuando después del tratamiento 15, 17, 28 y 16 puntos respectivamente en la escala Y-BOCS. Podemos observar que los pacientes B, D y H comenzaron el tratamiento con una puntuación elevada en el Y-BOCS, siendo clasificado su TOC como “grave” o “muy grave”. La impresión clínica es que algunos pacientes, en especial los que empezaron con un nivel más elevado de sintomatología, se podrían haber beneficiado más si se hubiese combinado la terapia grupal con sesiones individuales para reforzar el tratamiento.

Por otro lado, los participantes también han mejorado en otras variables clínicas como depresión y calidad de vida. Se puede observar que la puntuación en ansiedad ha disminuido sin que esa diferencia alcanzara significación estadística, lo que podría estar relacionado con el pequeño tamaño muestral con el que se contaba.

En esta TCCG por videoconferencia los pacientes han obtenido muchos de los beneficios de la TCCG presencial, incluidos los siguientes: normalización y desestigmatización de los síntomas obsesivo-compulsivos, apoyo grupal, modelado de otros compañeros en las exposiciones y refuerzo para realizar las tareas para casa. Como ventaja de la TCCG por videoconferencia se debe mencionar que los pacientes han valorado positivamente la flexibilidad de poder conectarse desde sus hogares u otros emplazamientos. Hay que destacar que el primer grupo comenzó en enero de 2021, momento en que los tratamientos presenciales se habían interrumpido debido a la evolución de la pandemia en Alicante. En ese momento, el tratamiento remoto era la única posibilidad de ofrecer una terapia grupal. Durante el segundo grupo, la oportunidad de conectarse desde sus hogares facilitó que pacientes que se hallaban confinados en su domicilio pudieran seguir asistiendo a las sesiones. Asimismo, realizar el grupo por videoconferencia permitió beneficiarse del tratamiento a pacientes que por sus propios síntomas evitativos debido al TOC hubiesen rechazado un tratamiento grupal presencial en un centro de salud. Sin embargo, hay que admitir que realizar el tratamiento presencial puede ayudar a algunos pacientes a exponerse de forma directa a sus temores y puede generar mayor oportunidad de interacción entre los participantes (p. ej., de

manera informal en la sala de espera antes del grupo). Habría que sopesar en cada situación cuál sería la modalidad óptima de tratamiento según las circunstancias y las características de los pacientes. Por otro lado, en estos grupos hemos tenido alguna dificultad técnica en las primeras sesiones que se han podido solventar sin dificultad. La pandemia ha acelerado el uso de las nuevas tecnologías en la población española. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el acceso a la tecnología no es similar para toda la población y plantear soluciones para que personas con menos acceso a las nuevas tecnologías (por edad o circunstancias socioeconómicas) también se puedan beneficiar del tratamiento.

Este estudio presenta una primera aproximación a la investigación sobre TCCG por videoconferencia para pacientes con TOC en el marco de la sanidad pública en España en un medio clínico habitual. Una fortaleza del estudio es que plantea un formato adaptable a las limitaciones de tiempo y recursos con los que el clínico en ocasiones debe lidiar. Es importante seguir investigando para ofrecer tratamientos eficaces y bien valorados por los pacientes dentro del sistema público de salud en nuestro medio habitual (Lantarón-Imedio et al., 2021; Osma et al., 2018).

Sin embargo, el estudio no está exento de limitaciones. Es necesario realizar estudios con una muestra amplia, grupo control y seguimiento a largo plazo. Asimismo, es necesario seguir investigando la forma de mejorar el tratamiento grupal y encontrar nuevos tratamientos para aquellos pacientes que no se benefician del tratamiento o no pueden acceder a los grupos por no cumplir los criterios de inclusión. Por otro lado, es imprescindible seguir avanzando en la comprensión de la etiopatogenia del TOC y sus fenómenos asociados (Arnáez et al., 2015; Belloch et al., 2016; Pascual-Vera y Belloch, 2018).

En conclusión, la TCCG es un tratamiento coste-efectivo que permite dar acceso a las personas que sufren TOC a un tratamiento empíricamente validado. Este estudio sugiere que la TCCG por videoconferencia es un tratamiento viable que puede ser una alternativa terapéutica cuando la TCCG presencial no es posible.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Ackerman, D. L., & Greenland, S. (2002). Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(3), 309-317. <http://dx.doi.org/10.1097/00004714-200206000-00012>

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arnáez, S., García-Soriano, G., y Belloch, A. (2015). Contenidos obsesivos, miedo a la enfermedad y asco. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 33-40. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14406>
- Banbury, A., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L., & Parkinson, L. (2018). Telehealth interventions delivering home-based support group videoconferencing: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e8090. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.8090>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2016). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Alianza Editorial.
- Batastini, A. B., Paprzycki, P., Jones, A. C. T., & MacLean, N. (2020). Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clinical Psychology Review*, 83, 101944. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101944>
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory: BAI*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. The Psychological Corporation.
- Belloch, A., Cabedo, E., y Carrió, C. (2011). *TOC. Obsesiones y compulsiones: tratamiento cognitivo*. Alianza Editorial.
- Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C., Fernández-Alvarez, H., García, F., & Larsson, C. (2011). Group versus individual cognitive treatment for obsessive-compulsive disorder: Changes in non-OCD symptoms and cognitions at post-treatment and one-year follow-up. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 174-179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.015>
- Belloch, A., Fornés, G., Carrasco, A., López-Solá, C., Alonso, P., & Menchón, J. M. (2016). Incompleteness and not just right experiences in the explanation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 236, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.012>
- Belloch, A., Valle, G., Morillo, C., Carrió, C., & Cabedo, E. (2009). To seek advice or not to seek advice about the problem: The help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(4), 257-264. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0423-0>
- Belotto-Silva, C., Diniz, J. B., Malavazzi, D. M., Valério, C., Fossaluzza, V., Borcato, S., Seixas, A. A., Morelli, D., Miguel, E. C., & Shavitt, R. G. (2012). Group cognitive-behavioral therapy versus selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder: A practical clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 25-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.008>
- Bobes, J., Gonzalez, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A., & Bousono, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16(4), 239-245. [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00571-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00571-5)
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), 257-260. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916\(72\)90045-6](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916(72)90045-6)
- Cabedo, E., Belloch, A., Carrió, C., Larsson, C., Fernández-Alvarez, H., & García, F. (2010). Group versus individual cognitive treatment for obsessive-compulsive disorder: Changes in severity at post-treatment and one-year follow-up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(2), 227-232. <http://dx.doi.org/10.1017/S135246580999066X>
- Comeche, M. I., Díaz, M. I., y Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales*. UNED Fundación Universidad-Empresa.
- Cordioli, A. V., Heldt, E., Bochi, D. B., Margis, R., de Sousa, M. B., Tonello, J. F., & Kapczinski, F. (2002). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: A clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 113-120. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000300004>
- Fernández-Álvarez, J., & Fernández-Álvarez, H. (2021). Videoconferencing psychotherapy during the pandemic: Exceptional times with enduring effects?. *Frontiers in Psychology*, 12, 589536. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.589536>
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., y Soto, O. (2000). *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional*. Instituto IAP. www.fundacionforo.com/pdfs/mini.pdf
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñoz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García Cerdán, L., Osma, J., ... Marrero, R. J. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: Una revisión selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J. T., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 594-602. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.594>
- García-Soriano, G., Rufer, M., Delsignore, A., & Weidt, S. (2014). Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking in OCD sufferers: A review of the literature. *Psychiatry Research*, 220, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.009>
- Gentry, M. T., Lapid, M. I., Clark, M. M., & Rummans, T. A. (2018). Evidence for telehealth group-based treatment: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(6), 327-342. <http://dx.doi.org/10.1177/1357633X18775855>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012-1016. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Himle, J. A., Van Etten, M., & Fischer, D. J. (2003). Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive

- disorder: A review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(2), 217-229. <http://dx.doi.org/10.1093/brief-treatment/mhg016>
- Hirschtritt, M. E., Bloch, M. H., & Mathews, C. A. (2017). Obsessive-compulsive disorder: Advances in diagnosis and treatment. *JAMA*, 317(13), 1358-1367. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.2200>
- Hollander, E., Stein, D. J., Kwon, J. H., Rowland, C., Wong, C. M., Broatch, J., & Himelein, C. (1997). Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS spectrums*, 2(10), 16-25. <http://dx.doi.org/10.1017/S1092852900011068>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <http://dx.doi.org/10.1037/10109-042>
- Jónsson, H., & Hougaard, E. (2009). Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(2), 98-106. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01270.x>
- Kayser, R. R., Gershkovich, M., Patel, S., & Simpson, H. B. (2021). Integrating videoconferencing into treatment for obsessive-compulsive disorder: Practical strategies with case examples. *Psychiatric Services*, 72(7), 840-844. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.202000558>
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858-866. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/269274>
- Lantarón-Imedio, P., Pina-Camacho, M. R., Moya-Diago, M. L., Pascual-Vera, B., Mateu, C., García-Trilles, E., & Carrió, C. (2021). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia: Implementation of a group format in the Spanish National Health System. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(3), 173-180. <https://doi.org/10.5944/rppc.29423>
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2019). Patient adherence to cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 68, 102135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102135>
- Marques, L., LeBlanc, N. J., Wegarden, H. M., Timpano, K. R., Jenike, M., & Wilhelm, S. (2010). Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27(5), 470-475. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20694>
- Mataix-Cols, D., de la Cruz, L. F., & Rück, C. (2020). When improving symptoms is not enough – Is it time for next-generation interventions for obsessive-compulsive disorder? *JAMA Psychiatry*, 77(1), 9-10. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2335>
- Mataix-Cols, D., Rauch, S., Baer, L., Eisen, J., Shera, D., & Goodman, W. (2002). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: Data from a naturalistic two-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 263-268. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.263>
- Mezzich, G., Juan, E., Cohen, N., & Rupiérrez, M. A. (1999). *An efficient and culturally informed Quality of Life Index: Preliminary presentation and validation*. [Ponencia de congreso]. XI World Congress of Psychiatry, Hamburg.
- Milosevic, I., Cameron, D. H., Milanovic, M., McCabe, R. E., & Rowa, K. (2021). Face-to-face versus video teleconference group cognitive behavioural therapy for anxiety and related disorders: A preliminary comparison. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 07067437211027319. <http://dx.doi.org/10.1177/07067437211027319>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder CG31*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nicolini, H., Herrera, K., Paez, F., Sánchez de Carmona, M., Orozco, B., y Lodeiro, G. (1996). Traducción al español y confiabilidad de la Escala Yale-Brown para el trastorno obsesivo-compulsivo. *Salud Mental*, 5(19), 1316.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 33-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- Osma, J., Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sánchez-Guerrero, A., Ferreres-Galan, V., Pérez-Ayerra, L., Malea-Fernández, A., & Torres-Alfosea, M. Á. (2018). Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system using a group format: Study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 46. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0866-2>
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>
- Pascual-Vera, B., y Belloch, A. (2018). El carácter transdiagnóstico de las intrusiones mentales: Una revisión y una propuesta basada en datos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2), 135-147. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.2.2018.20738>
- Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., & Rasmussen, S. A. (2006). The Brown longitudinal obsessive-compulsive study: Clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5), 703-711. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v67n0503>
- Pozza, A., & Dettore, D. (2017). Drop-out and efficacy of group versus individual cognitive behavioural therapy: What works best for obsessive-compulsive disorder? A systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *Psychiatry Research*, 258, 24-36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.056>
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A., & Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1310-1325. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.001>
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular*

- Psychiatry*, 15(1), 53-63. <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- Sammons, M. T., VandenBos, G. R., & Martin, J. N. (2020). Psychological practice and the COVID-19 crisis: A rapid response survey. *Journal of Health Service Psychology*, 46, 51–57. <http://dx.doi.org/10.1007/s42843-020-00013-2>
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249–280. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- Scholl, J., Kohls, E., Görges, F., Steinbrecher, M., Baldofski, S., Moessner, M., & Rummel-Kluge, C. (2021). Acceptability and feasibility of the transfer of face-to-face group therapy to online group chats in a psychiatric outpatient setting during the COVID-19 pandemic: Longitudinal observational study. *JMIR Formative Research*, 5(7), e27865. <http://dx.doi.org/10.2196/27865>
- Schwartz, D., Barkowski, S., Burlingame, G. M., Strauss, B., & Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 49-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.05.001>
- Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., Sheehan, M., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L. I., & Lépine, J. P. (1999). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). English version 5.0.0. DSM-IV. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(18), 39-62.
- Sousa, M. B., Isolan, L. R., Oliveira, R. R., Manfro, G. G., & Cordoli, A. V. (2006). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 1133-1139. <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.v67n0717>
- Stobie, B., Taylor, T., Quigley, A., Ewing, S., & Salkovskis, P. M. (2007). "Contents may vary": A pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 273-282. <http://dx.doi.org/10.1017/S135246580700358X>
- Storch, E. A., Caporino, N. E., Morgan, J. R., Lewin, A. B., Rojas, A., Brauer, L., & Murphy, T. K. (2011). Preliminary investigation of web-camera delivered cognitive-behavioral therapy for youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 189 (3), 407–412. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.047>
- Thomas, N., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M., & Seabrook, L. (2021). Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 854-883. <http://dx.doi.org/10.1111/papt.12332>
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D. K., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., & Singleton, N. (2007). Treatment seeking by individuals with obsessive-compulsive disorder from the British Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Psychiatric Services*, 58(7), 977-982. <http://dx.doi.org/10.1176/ps.2007.58.7.977>
- Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., Moen, E. M., Launes, G., Håland, Å. T., Hansen, B., & Himle, J. A. (2014). A pilot randomized controlled trial of videoconference-assisted treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 162-168. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.007>
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The "black swan" for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, 20, 100317. <http://dx.doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>
- Wootton, B. M. (2016). Remote cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive symptoms: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 103-113. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.001>
- Yalom, I. (1975). *Theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books.