



UNIVERSITAT JAUME I
Máster en Psicología General Sanitaria
Trabajo de final de máster
Profesora Cristina Botella

Revisión narrativa de los tratamientos psicológicos basados en Internet para la depresión

Aida Ferro Montero
Castellón de la Plana, Junio 2016

ABSTRACT

Los tratamientos psicológicos tradicionales cara a cara presentan limitaciones a la hora de tratar a toda la gente que lo necesita y, en especial, en el caso de la depresión, la cual está ampliamente extendida, esto crea largas listas de espera y saturación de los profesionales. Actualmente el tratamiento usando programas de Internet se está desarrollando ampliamente y está ayudando a reducir las limitaciones de la terapia cara a cara. En el presente trabajo se muestra una revisión narrativa sobre los tratamientos psicológicos basados en Internet para la depresión. Después de una búsqueda exhaustiva por diferentes bases de datos, buscadores y revistas se muestran catorce programas estructurados para el tratamiento de la depresión usando Internet, así como una introducción previa sobre la depresión y de los tratamientos psicológicos basados en Internet en general y su lugar en la depresión en específico.

Palabras clave: tratamiento, depresión, Internet, psicoterapia, terapia cognitiva conductual.

Traditional psychological treatments face-to-face have limitations when it comes to treating all people in need and, especially, in the case of depression, which is widespread, this creates long waiting lists and saturation of the professionals. Currently treatment programs using the Internet are widely developed and is helping to reduce the limitations of face-to-face therapy. This paper shows a theoretical review on Internet-based psychological treatments for depression. After an exhaustive search for different databases, search engines and magazines, it shows a fourteen structured programs for the treatment of depression using Internet and a prior introduction about depression and psychological treatments based on the Internet in general and their place in depression in specific.

Keywords: treatment, depression, Internet, psychotherapy, cognitive behavioural therapy.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN A LA DEPRESIÓN.....	1-8
1.1 ¿Qué es la depresión?.....	1
1.2 Tratamientos.....	5
2. INTRODUCCIÓN A LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN INTERNET.....	9-19
2.1 ¿Qué son los tratamientos psicológicos basados en Internet?.....	9
2.2 Clasificación de los tratamientos.....	11
2.3 Ventajas e inconvenientes.....	14
2.4 Aspectos a tener en cuenta para desarrollar tratamientos psicológicos basados en internet.....	18
3. MÉTODO.....	20
3.1 Objetivo.....	20
3.2 Procedimientos.....	20
4. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN INTERNET PARA LA DEPRESIÓN.....	21-40
4.1 Beating the blues.....	21
4.2 MoodGYM.....	22
4.3 BluePages.....	24
4.4 SAHAR.....	25
4.5 ODIN.....	25

4.6 COPE.....	26
4.7 Overcoming Depression.....	27
4.8 Sadness programme.....	28
4.9 Deprexis.....	29
4.10 Sonreír es divertido.....	31
4.11 ThisWayUp.....	34
4.12 GET.ON-Mood Enhancer-WL.....	35
4.13 Space from depression.....	37
4.14 Managing Your Mood Course.....	38
4.15 Tabla resumen.....	39
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	41-43
6. REFERENCIAS.....	44-49

1. INTRODUCCIÓN A LA DEPRESIÓN

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN A LA DEPRESIÓN	1-8
1.1 ¿Qué es la depresión?.....	1
1.1.1 <i>Criterios diagnósticos de la depresión mayor</i>	1
1.1.2 <i>Prevalencia de la depresión</i>	3
1.1.3 <i>Dificultades asociadas a la depresión</i>	4
1.2 Tratamientos.....	5
1.2.1 <i>Terapia cognitiva-conductual (TCC)</i>	5
1.2.2 <i>Terapia interpersonal (TIP)</i>	6
1.2.3 <i>Otras terapias psicológicas</i>	7
1.2.4 <i>Limitaciones de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia</i>	8

1. INTRODUCCIÓN A LA DEPRESIÓN

1.1 ¿Qué es la depresión?

1.1.1 Criterios diagnósticos de la depresión mayor

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSM-V (APA, 2013) la depresión se incluye dentro del capítulo titulado como “Trastornos depresivos” y se diagnostica siguiendo los criterios que se muestran a continuación:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de entecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto-reproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

En el DSM-V se especifican tres tipos de depresión basándose en la gravedad de ésta. La gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- ❖ **Leve:** Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.
- ❖ **Moderado:** El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave”.
- ❖ **Grave:** El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa un gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

1.1.2 Prevalencia de la depresión

La depresión ha sido clasificada entre las principales causas de enfermedad en todo el mundo (Mathers y Loncar, 2006), presenta altas tasas de incidencia de por vida, una aparición a temprana edad, una alta cronicidad y alteraciones funcionales (Richards, 2011). La depresión es uno de los trastornos más prevalentes mundialmente con una prevalencia de por vida superior al 16.2% en Estados Unidos (Kessler, Merikangas y Wang, 2007) y del 12.8% con población europea, con una equivalencia de prevalencia a los doce meses de 3.9% (Alonso et. al., 2004), las encuestas de salud mental mundiales indican que globalmente, cada año, más de 500 millones de personas cumplen criterios para trastorno de ansiedad o depresión mayor (Kessler et. al., 2009). Estudios epidemiológicos muestran que el mayor pico en ocurrencia de la depresión se encuentra en edades comprendidas entre los 15 y 29 años (Craighead et. al., 2007), esto podría indicar que la prevalencia será más alta en el futuro, las tasas de depresión es probable que suban en los próximos años (Lepine y Briley, 2011), se prevé que para el 2030 los trastornos depresivos serán responsables de la mayor parte de morbilidad entre todas las enfermedades en los países de altos ingresos (Mathers y Loncar, 2006) y en 2020 ya será la segunda causa de discapacidad relacionada con enfermedades, siguiendo a las enfermedades del corazón (Murray y López, 1996). También se ha encontrado más prevalencia en mujeres que en hombres (Copeland et. al., 2004).

En términos de prevalencia, cuando hablamos de niños y adolescentes, encontramos que un cuarto de los niños y jóvenes desarrollaran trastornos de ansiedad o depresión en la edad adulta (Copeland et. al., 2011). En niños las tasas de depresión son menores al 1% y en adolescentes aumentan al 3% (Costello et. al., 2003), subiendo al 25% a los 18 años (Merikangas et. al., 2011). En relación a las personas mayores los datos indican que entre el 8% y el 10% de las personas mayores de 60 años presentan síntomas clínicos significativos de depresión (Pirkis et. al., 2009) siendo una prevalencia a los 12 meses de 12.3% en Europa para mayores de 65 años (Copeland et. al., 2004). Muchas veces la depresión en personas mayores o niños y adolescentes está infradiagnosticada.

1.1.3 Dificultades asociadas a la depresión

Como se ha mencionado, la depresión constituye uno de los problemas más importantes para la salud mundial e interfiere de manera significativa en distintas áreas de funcionamiento del individuo (Botella et. al., 2015). Presentar un trastorno depresivo provoca una pérdida sustancial en la calidad de vida, pero no solo para los pacientes sino también para su entorno (Luppa et. al., 2007), así como desventajas profesionales, deterioro en relaciones interpersonales y familiares y el suicidio, el diagnóstico de trastorno depresivo está implicado entre el 40% y 60% de intentos de suicidio, de los cuales entre el 10% y 15% lo consuman (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006). Los trastornos depresivos presentan una alta comorbilidad, entre el 40% y el 80% (Wittchen et. al., 2011) y además tienden a cronificarse si no se tratan correctamente (Botella et. al., 2015). Además del sufrimiento personal y del entorno, la depresión es la principal fuente de tensión económica para la sociedad, en Europa, en el 2004, el coste anual de la depresión fue de 118 billones de euros, correspondiendo al 1% de la economía total europea de ese momento (Sobocki et. al., 2006), siendo de 36.6 billones de dólares por año en Estados Unidos (Lepine y Briley, 2011).

1.2 Tratamientos

El tratamiento general de la depresión se basa en dos tipos de tratamientos: el farmacológico, con los antidepresivos, y el psicológico, en el cual existe una amplia gama de psicoterapias para diferentes profesionales de la salud, incluye: terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia interpersonal (TIP), terapia conductual, terapia de resolución de problemas, asesoramiento no directivo y la psicoterapia psicodinámica a corto plazo (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006), entre otros; siendo la TCC la terapia psicológica más ampliamente investigada para la depresión puesto que se ha demostrado que es tan efectiva como los antidepresivos (Cujipers et. al., 2008), y ha mostrado que mantiene los resultados post-tratamiento y reduce el riesgo de futuras recaídas (Hollon y DeRubeis, 2006). La recaída con el tratamiento farmacológico es alta una vez interrumpido el tratamiento, por lo que muchos pacientes prefieren las terapias psicológicas (Van Schaik et. al., 2004).

1.2.1 Terapia cognitiva-conductual (TCC)

La TCC se basa en la combinación de técnicas de la terapia cognitiva y la terapia conductual, ambas utilizan enfoques centrados en base a la suposición de que la formación previa está provocando una mala adaptación, el objetivo de la terapia es reducir la angustia o el comportamiento no deseado proporcionando nuevas experiencias de aprendizaje más adaptativas (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006). Como mencionan Beck et. al. (2005) en su libro sobre la terapia cognitiva de la depresión, esta terapia deriva de la siguiente idea: la fuente de la depresión es un conjunto de conceptos negativos, por lo tanto, se espera que corrigiendo y neutralizando estos esquemas se alivie la sintomatología depresiva. Esto se conseguirá trabajando paciente y terapeuta en conjunto y analizando de manera lógica y comprobando empíricamente las cogniciones distorsionadas negativas para corregirlas. El componente cognitivo intenta reducir las emociones y los comportamientos disfuncionales con la alteración de las evaluaciones individuales y los patrones de pensamiento, utilizando métodos como la discusión del modelo cognitivo, el mantenimiento diario, el examen de evidencia a favor y en contra de las creencias del paciente, el ensayo cognitivo y el desarrollo de habilidades para desafiar los pensamientos negativos (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006). Así mismo, como también explican los autores mencionados en su libro sobre la terapia cognitiva, el paciente depresivo grave se ve atrapado en un círculo

vicioso, su bajo nivel de actividad hace que se considere a sí mismo como un inútil, lo que provoca desilusión y, en último extremo, un estado de inmovilidad, ahí es donde entra en juego la terapia conductual y se unen en terapia cognitiva-conductual. Al ayudar al paciente a modificar ciertas conductas, el terapeuta puede mostrarle que sus conclusiones negativas y generales son erróneas (Beck et. al., 2005). El objetivo de las terapias conductuales es lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente, lo que provocara una mejoría en su ejecución. El objetivo del componente conductual es reducir las emociones y conductas disfuncionales mediante la alteración de la conducta del paciente y los factores que la controlan, utilizando métodos que impliquen los experimentos de comportamiento para probar pensamientos irracionales, la exposición a situaciones temidas, la fijación de objetivos y la programación de actividades (National Institute for Health and Clincial Excellence, 2006). Para la terapia conductual, la modificación de la conducta es un fin en sí mismo; para la terapia cognitiva, es un medio para llegar a un fin: la modificación cognitiva (Beck et. al., 2005).

La TCC ha mostrado su eficacia apoyada por la evidencia de ensayos controlados aleatorios, los cuales indican que aproximadamente el 50% de los individuos con depresión experimentan una mejoría clínicamente importante, este resultado es similar al obtenido con los fármacos antidepressivos (National Institute for Health and Clincial Excellence, 2006). La TCC, en comparación con otras psicoterapias, es más breve y estructurada, está orientada a los problemas y los pacientes son parte activa del tratamiento. La duración varía entre los individuos, consiste en 6 u 8 sesiones en 10 o 12 semanas para depresión de leve a moderada, y entre 16 y 20 sesiones durante 6 o 9 meses para depresiones moderadas a grave (National Institute for Health and Clincial Excellence, 2006).

1.2.2 Terapia interpersonal (TIP)

La TIP fue desarrollada por Klerman para ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, posteriormente se empezó a utilizar como tratamiento independiente y, actualmente, se emplea para una variedad de trastornos diferentes. La TIP aborda las relaciones interpersonales actuales y el contexto social inmediato del paciente. Los síntomas depresivos del paciente se relacionan con su situación actual en una formulación que comprende una o más de las siguientes áreas: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales. La TIP se basa en facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en la exploración

de maneras alternativas de manejarlos. Dispone de tres fases divididas entre 12 o 16 semanas con sesiones semanales durante la fase de tratamiento aguda (Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008).

Los ensayos clínicos evaluando TIP son escasos, aun así, las guías NICE consideran que existen datos que sugieren que es más efectiva que el placebo y la atención habitual del médico de atención primaria. Cuando se combina TIP con antidepresivos la efectividad aumenta y, además, puede ser efectiva como técnica de mantenimiento en pacientes en los que la depresión haya remitido anteriormente con tratamiento farmacológico (National Clinical Practice Guideline, 2004).

1.2.3 Otras terapias psicológicas

La terapia conductual entiende la depresión como el resultado de una baja tasa de comportamiento reforzado, esta terapia se focaliza en la activación conductual y su objetivo es que el paciente consiga desarrollar comportamientos más gratificantes a través de exposición gradual y planificación de actividades placenteras relacionadas con los objetivos del paciente. Esta técnica suele formar parte de la TCC (Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008). Las guías NICE reconocen interés en la activación conductual como terapia por sí sola, pero no existen estudios concluyentes, los que hay son escasos y sin grupo control (National Clinical Practice Guideline, 2004).

La terapia de resolución de problemas se centra en el aprendizaje de afrontar problemas específicos frecuentemente asociados a la depresión (Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008). Ha mostrado su eficacia en depresión leve y en contexto de atención primaria frente a un grupo control (National Clinical Practice Guideline, 2004), aunque no ha mostrado resultados a largo plazo (Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008).

El counselling (asesoramiento) es un término usado para describir una amplia gama de intervenciones psicológicas con orientaciones teóricas diversas. La gran mayoría de ellas se centran en la relación terapéutica en sí misma, pretende ofrecer una oportunidad de explorar y descubrir formas de vida más satisfactorias para el paciente (Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008). Existen algunas pruebas de su eficacia en atención primaria y depresión de leve a moderada de inicio reciente (National Clinical Practice Guideline, 2004).

La psicoterapia dinámica es una terapia derivada del psicoanálisis y es relativamente poco directiva. Existen pocos estudios sobre ella y, los que hay, ofrecen resultados poco concluyentes por lo que existen dudas sobre si su implementación es adecuada (Hollon et. al., 2005).

1.2.4 Limitaciones de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia

Como se ha mostrado, existen tratamientos que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la depresión, los cuales llamaremos tratamientos psicológicos basados en la evidencia (TPBE), sin embargo existen una serie de limitaciones que provocan que no todo el mundo pueda ser tratado correctamente. Para empezar, el porcentaje de personas que buscan tratamiento en un período de 12 meses es bajo y, además, no todos los que lo buscan reciben un tratamiento apropiado (Sanderson et. al., 2003). Menos del 50% de los pacientes reciben TPBE, debido a los costes, al tiempo requerido y/o a la falta de profesionales bien entrenados (Gaston et. al., 2006), además también influyen otras barreras como las listas de espera, dificultades físicas para acceder a los servicios y los obstáculos personales como el estigma, la baja motivación al cambio y la percepción negativa del tratamiento psicológico y/o farmacológico (Mohr et. al., 2010). Contando también que, debido a las largas listas de espera, muchos reciben tratamiento cuando el problema ya ha generado efectos adversos en sus vidas (Botella et. al., 2015), haciendo el tratamiento más difícil. Para solucionar todas estas limitaciones mencionadas se necesitan tratamientos como los que proponen Kazdin y Blase (2011) en su artículo en el cual tratan esta problemática mencionada, estos autores proponen una serie de tratamientos eficaces alternativos a los que se usan tradicionalmente y que reducen los costes, tanto económicos como humanos, hablan de diversos tipos de tratamientos basados en las oportunidades que ofrecen otros medios diferentes al cara a cara, entre ellos mencionan los tratamientos usando tecnología y dentro de este grupo se encuentran los tratamientos psicológicos basados en Internet.

2. INTRODUCCIÓN A LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN INTERNET

ÍNDICE

2. INTRODUCCIÓN A LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN INTERNET.....	9-19
2.1 ¿Qué son los tratamientos psicológicos basados en Internet?.....	9
2.1.1 <i>Motivos de su aparición.....</i>	10
2.1.2 <i>¿Para qué trastornos han sido utilizados?.....</i>	11
2.1.3 <i>Reconocimientos de los tratamientos psicológicos basados en Internet.....</i>	11
2.2 Clasificación de los tratamientos.....	11
2.2.1 <i>Según el tipo de comunicación utilizada.....</i>	11
2.2.2 <i>Según el grado de contacto con el terapeuta.....</i>	12
2.2.3 <i>Según el medio que utilizan.....</i>	12
2.2.4 <i>Según el trastorno que abordan.....</i>	13
2.3 Ventajas e inconvenientes.....	14
2.3.1 <i>Ventajas.....</i>	14
2.3.2 <i>Inconvenientes.....</i>	16
2.3.3 <i>Conclusiones.....</i>	17
2.4 Aspectos a tener en cuenta para desarrollar tratamientos psicológicos basados en internet.....	18

2. INTRODUCCIÓN A LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN INTERNET

2.1 ¿Qué son los tratamientos psicológicos basados en Internet?

Internet está aquí para quedarse y ha cambiado nuestras vidas en muchos aspectos. Actualmente usamos Internet para todo, desde buscar información y comunicarnos con otros a pagar facturas, comprar cosas y muchas tareas más, tanto de trabajo como de ocio. El crecimiento de Internet en la sociedad ha motivado un aumento en el número de personas conectadas y en muchas partes del mundo casi todos los adultos tienen acceso a internet (Andersson, 2015). El gran auge de Internet proporcionó las bases para la aparición del tratamiento psicológico basado en Internet y la creciente investigación hizo el resto. El uso de tecnología para el tratamiento psicológico de trastornos mentales está en ascenso, la reciente expansión de las tecnologías de la información y comunicaciones (TICs) y el uso generalizado de móviles se han traducido en un aumento en el uso de ambos dispositivos (móviles y Internet) para mejorar y facilitar el acceso al tratamiento (Kobak, Mundt y Kennard, 2015). El tratamiento por Internet recibe varios nombres, entre ellos encontramos tratamiento basado en Internet, tratamiento en línea, psicoterapia computarizada, intervenciones digitales, e-terapia, terapia cognitivo-conductual computarizada (TCCC) e intervenciones de Internet, entre otros términos (Andersson, 2015) en este trabajo le llamaremos tratamientos psicológicos basados en Internet.

Barak, Klein y Proudfoot (2009) definieron el tratamiento basado en Internet como un programa de intervención principalmente autoguiado que se ejecuta por medio de un programa prescriptivo en línea a través de una página web con la finalidad de buscar la salud en general y la salud mental en específico. El programa de intervención intenta crear un cambio positivo y mejorar o aumentar el conocimiento, la consciencia y la comprensión a través de la provisión de material relacionado con la salud y el uso de componentes interactivos basados en la web. Otra definición que podríamos utilizar es la dada por Andersson et. al. (2008) que define este tratamiento basado en Internet como una terapia que se basa en libros de autoayuda guiada por un terapeuta que da retroalimentación y respuestas a las preguntas, con una programación parecida a la terapia cara a cara y que puede incluir características interactivas en línea. El uso de Internet para

el tratamiento conlleva una serie de términos que en la terapia tradicional no se utilizan puesto que se adoptan conceptos provenientes de la informática (Soto-Pérez et. al., 2010).

Podríamos resumir los tratamientos psicológicos basados en Internet como una modalidad de ayuda a personas que buscan resolver asuntos relacionales y de la vida utilizando como medio de comunicación Internet (Ramírez-Moreno et. al., 2007), la comunicación se produce sin proximidad o contacto físico pero con un gran potencial de interactividad y retroalimentación (Andersson, 2009). Los tratamientos psicológicos por Internet proporcionan acceso a la información, evaluación, diagnóstico, intervención, supervisión y seguimiento online (Ramírez-Moreno et. al., 2007).

2.1.1 Motivos de su aparición

Hay pruebas de que la mayoría de personas prefieren las “terapias habladas” que implican contacto cara a cara con el terapeuta en lugar de tratamientos con psicofármacos. Sin embargo, el acceso a servicios de psicoterapia está restringido dado el alto nivel de demanda, la disponibilidad limitada de los terapeutas (sobre todo en ciertas zonas geográficas) y la falta de criterios claros de derivación y sus vías (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006). Además, como comentábamos anteriormente, hay muchas personas que no buscan tratamiento por diversas razones como el estigma asociado a recibir tratamiento psicológico o la baja motivación al cambio. Los tratamientos basados en Internet están reconocidos como un medio eficaz para realizar intervenciones psicológicas para el tratamiento y la prevención de problemas de salud mental (Bennett y Glasgow, 2009) puesto que pueden abordar algunas de las barreras mencionadas y permiten el acceso a los TPBE cuando los servicios de salud locales no están disponibles, o cuando las listas de espera son inevitables (Muñoz, 2010). Se encuentra suficiente evidencia científica para que Internet se incorpore como herramienta clínica (Soto-Pérez et. al., 2010), el tratamiento psicológico basado en Internet se incluye como una alternativa de tratamiento estructurado (junto con la resolución de problemas, TCC o asesoramiento) a las intervenciones iniciales (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006). Los tratamientos psicológicos basados en Internet representan un modelo emergente de prestación de servicio y tienen el potencial de mejorar el acceso a los TPBE para los trastornos de ansiedad y depresión (Titov et. al., 2012), pueden ser un buen recurso para aumentar el acceso a los servicios de salud mental. Existe una alta compatibilidad entre TCC y nuevas tecnologías y, también, entre estas últimas y la

juventud, la integración de nuevas tecnologías en el tratamiento con TCC ha aumentado su uso rápidamente entre los jóvenes (Berry y Lai, 2014).

2.1.2 ¿Para qué trastornos han sido utilizados?

Las TIC como realidad virtual, realidad aumentada y el tratamiento basado en Internet han sido utilizadas para el tratamiento de una amplia gama de problemas psicológicos (Botella et. al., 2015), como por ejemplo, los programas por Internet han demostrado ser útiles y eficaces para ansiedad, depresión (Anderson, 2009), fobia social (Tillfors et. al., 2008), bulimia (Sánchez-Ortiz et. al., 2011) y el perfeccionismo (Radhu et. al., 2012). Los tratamientos basados en Internet se están convirtiendo en herramientas para dispensar y mejorar la aplicación de los servicios terapéuticos, lo que permite profundizar en la efectividad y utilidad clínica de los tratamientos psicológicos y potencia la accesibilidad de todas las personas a los tratamientos que necesiten (Botella et. al., 2009).

2.1.3 Reconocimientos de los tratamientos psicológicos basados en Internet

El valor de los tratamientos basados en Internet ha sido reconocido a nivel de política internacional, por ejemplo las directrices del servicio del Reino Unido Nacional de Salud (NHS) y el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos han aprobado intervenciones por Internet como parte del tratamiento de la depresión (Donkin et. al., 2012). Así como también se ha obtenido el reconocimiento de la utilidad de estos procedimientos dentro del movimiento Improving Access to Psychosocial Therapies Programme (IAPT) (Botella et. al., 2015).

2.2 Clasificación de los tratamientos

Podemos encontrar diversas maneras de clasificar los tratamientos psicológicos basados en Internet, en este punto se intenta hacer un breve resumen de las maneras de clasificar y de los tipos de tratamientos que encontramos en cada categoría.

2.2.1 Según el tipo de comunicación utilizada

Los tratamientos psicológicos basados en Internet utilizan comunicaciones mediadas por ordenador, estas comunicaciones pueden ser clasificadas como sincrónicas o asincrónicas. La comunicación sincrónica hace referencia a cuando el emisor y el

receptor se comunican simultáneamente en el tiempo (Soto-Pérez et. al., 2010), como por ejemplo, cuando mantenemos una comunicación cara a cara o cuando hablamos vía *Skype*. Por otro lado, la comunicación asincrónica hace referencia a cuando la relación no es simultánea (Soto-Pérez et. al., 2010), como por ejemplo, cuando nos comunicamos vía e-mail o carta. Cada uno de estos tipos de comunicación determina diferentes métodos de tratamiento psicológico basado en Internet (Soto-Pérez et. al., 2010), un ejemplo de comunicación asincrónica sería una intervención guiada por Internet en la que el paciente sigue unos módulos pre-establecidos sin contacto con un profesional psicológico (si tiene alguna duda siempre puede mandar un e-mail) y el programa mismo le da retroalimentación; un ejemplo de comunicación sincrónica sería una intervención vía *Skype* (o cualquier programa parecido) en el que se realiza una sesión parecida a la psicoterapia tradicional (cara a cara) pero mediante Internet.

2.2.2 Según el grado de contacto con el terapeuta

Los tratamientos psicológicos basados en Internet se pueden administrar con diferentes niveles de contacto con el terapeuta, van desde un contacto regular con dicho profesional hasta un tratamiento totalmente auto-guiado e intervenciones automatizadas (Titov et. al., 2012). En los tratamientos auto-guiados el terapeuta participa sólo en el diseño y casi no mantiene interacción directa con el paciente; en los tratamientos con mínimo contacto con el terapeuta se realizan intervenciones asincrónicas como motivar o animar mediante un e-mail; también podemos encontrar tratamientos con un contacto medio con el terapeuta en los que el intercambio de e-mails (comunicación asincrónica) o el contacto por chat (comunicación sincrónica) sea más frecuente; y, por último, encontramos los tratamientos con un alto contacto y con comunicación sincrónicas, como por ejemplo, las videoconferencias (Soto-Pérez et. al., 2010) que, como se ha mencionado antes, realizan una sesión similar a la psicoterapia tradicional.

2.2.3 Según el medio que utilizan

Según el tipo de comunicación usada y el grado de contacto con el terapeuta podemos encontrar varios tipos de tratamientos psicológicos basados en Internet, la mayoría mencionados ya anteriormente.

Podemos encontrar tratamientos psicológicos basados en Internet para ordenadores, tabletas y móviles (Marks, Cavanagh y Gega, 2007) donde es necesario disponer de Internet en el sistema elegido, pero también los podemos encontrar en

formato de CD-ROM y DVD (Marks, Cavanagh y Gega, 2007), en estos dos últimos el uso de Internet puede no ser necesario. Los tratamientos basados en Internet incluyen modalidades como el correo electrónico, videoconferencia, mensajes, salas de chat, tableros de anuncios (Mora, Nevid y Chaplin, 2008) y foros (Soto-Pérez et. al., 2010), siendo el correo electrónico la modalidad de comunicación asincrónica más utilizada (Castelnuovo et. al., 2003) y siendo también considerado como un complemento al tratamiento cara a cara (Murdoch y Connor-Greene, 2000) puesto que se pueden mandar tareas complementarias al tratamiento y también se puede usar para recordar citas, aclarar información o monitorear el estado del cliente, eliminando la necesidad de algunas visitas (Shore, Hilty y Yellowlees, 2007). Los tableros de mensajes, donde los pacientes y terapeutas se comunican mediante la publicación de mensajes entre sí en un tablero a través de un sitio web seguro (Mora, Nevid y Chaplin, 2008), también pueden servir como un complemento de la terapia cara a cara (Chang y Yeh, 2003). La comunicación a través de chat es la forma más frecuente de comunicación sincrónica entre paciente y terapeuta (Castelnuovo et. al., 2003).

2.2.4 Según el trastorno que abordan

Por último, otra forma de clasificar los tratamientos psicológicos basados en Internet es según el trastorno que abordan. Podemos encontrar diversos trastornos para los que ya se han creado tratamientos basados en Internet, son los siguientes: trastornos de ansiedad (para fobias, trastorno de pánico y agorafobia, trastorno por estrés post-traumático y trastorno obsesivo compulsivo), trastornos depresivos, trastornos cerebrales (para daño cerebral, Alzheimer, epilepsia y evaluación neuropsicológica, estos tratamientos están destinados a los cuidadores de personas con estas problemáticas), trastornos alimentarios (para insatisfacción corporal, preocupaciones sobre el peso, bulimia y anorexia), abuso de sustancias (para alcohol, tabaco y prevención de abuso de sustancias), trastornos psicóticos (para psicoeducación en esquizofrenia, resolución de problemas y adherencia al tratamiento) y psicopatología infantil (para encopresis, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, dolor, enuresis y trastornos del sueño) entre muchos otros (Soto-Pérez et. al., 2010).

2.3 Ventajas e inconvenientes

A medida que la investigación sobre los tratamientos psicológicos basados en Internet avanza las ventajas que podemos encontrar en ellos lo hacen también, aun así siguen existiendo inconvenientes o limitaciones importantes que, con la creciente investigación y dedicación, se pueden superar. A continuación se detallan algunas de las ventajas e inconvenientes de este tipo de tratamientos.

2.3.1 Ventajas

Internet puede aportar muchas ventajas al trabajo clínico tales como guardar una sesión para su análisis, enviar un e-mail entre sesiones reforzando la realización de tareas, mantener una página web con información psicoeducativa, diseñar un ambiente de exposición disponible online (por ejemplo, para fobia a volar), etc. (Soto-Pérez et. al., 2010). El uso de Internet presenta beneficios inmediatos, por ejemplo, es posible comunicarse con los pacientes de manera más fácil ya sea con comunicación sincrónica (como chats) o asincrónica (como un e-mail) (Andersson, 2015).

Es importante mencionar que el uso de Internet en psicoterapia es aceptado por los pacientes y eficiente en cuanto a los resultados obtenidos (Soto-Pérez et. al., 2010). Las tasas de adherencia a los tratamientos psicológicos basados en Internet varían entre un 55% y un 96% (Berger et. al., 2011), además la mayoría de participantes que proporcionan feedback sobre la aceptabilidad de este tipo de tratamiento se muestran satisfechos (Andrews y Williams, 2015).

Una de las ventajas que pueden encontrar tanto los psicólogos como los pacientes, es que la lista de espera es menor, los pacientes pueden comenzar el tratamiento inmediatamente y además este tipo de tratamiento no presenta un horario fijo por lo que se puede realizar a cualquier hora del día todos los días de la semana (Reins et. al., 2013). El uso de Internet también produce una reducción de los costes, con una estimación de un ahorro de 540-630 dólares en comparación con TCC individual, lo que mejora la accesibilidad al tratamiento a personas que previamente hayan sido incapaces de pagarlo (Newman et. al., 2011). Además, relacionado con los costes, el uso de Internet disminuye los desplazamientos y la frecuencia de los contactos, satisfaciendo así las necesidades de pacientes alejados, por ejemplo, personas que viven en poblaciones rurales sin asistencia psicológica cercana, o personas con necesidades muy específicas y que deben trasladarse grandes distancias para encontrar un especialista adecuado (Soto-Pérez et. al., 2010). La

facilidad de acceder a Internet no reduce solamente los costes, esto también ayuda en las personas estigmatizadas por su problema y que a una consulta presencial no irían (Soto-Pérez et. al., 2010), el uso de tratamientos basados en Internet proporciona anonimato al paciente, lo que aumenta la búsqueda de ayuda (Ryan, Shochet y Stallman, 2008).

Los tratamientos psicológicos basados en Internet, además, pueden reducir el tiempo dedicado de los psicólogos a ciertos trastornos “leves” o a realizar componentes mecánicos como la psicoeducación para poder dedicarlo a otros trastornos más complejos o a personas con mayores dificultades asociadas a sus respectivos trastornos. Por un lado encontramos que los programas por Internet pueden proporcionar automáticamente psicoeducación detallada, administrar cuestionarios y proporcionar feedback a los pacientes sobre su desarrollo, el hecho de delegar estas tareas a un sistema informático que presenta una información basada en la evidencia puede dejar tiempo a los especialistas para profundizar en componentes más complejos de la terapia (Titov, 2007); por otro lado, como encontraron Robinson et. al. (2010), los tratamientos psicológicos basados en Internet no tienen que ser guiados siempre por profesionales, lo que implica que pueden ser implementados por estudiantes o psicólogos sin especialización, lo que deja espacio a los especializados para, como decíamos anteriormente, dedicarse a trastornos más complejos. Se puede usar Internet como un potenciador de los TPBE, un complemento de la terapia cara a cara.

Los tratamientos psicológicos basados en Internet aparecieron para salvar las limitaciones mencionadas anteriormente en los tratamientos cara a cara, así como proporcionar ventajas que no estaban en estos tratamientos. El uso de tecnología en psicoterapia es una manera rentable de difundir tratamientos empíricamente validados para una amplia variedad de trastornos psicológicos (Newman et. al., 2011). Los tratamientos psicológicos basados en Internet han demostrado tener tamaños de efecto comparables a los de los tratamientos cara a cara y a condiciones control (Cujipers et. al., 2010), la evidencia sugiere que el tratamiento basado en Internet es al menos tan eficaz como el tratamiento cara a cara, dentro de un marco de investigación (Andrews y Williams, 2015), puesto que, en realidad, los tratamientos psicológicos basados en Internet y los TPBE cara a cara proporcionan la misma información, componentes y habilidades similares pero lo hacen a través de diferentes medio, Internet y cara a cara. Además, también podemos encontrar en los tratamientos basados en Internet estabilidad

a largo plazo comparable con la obtenida en los tratamientos cara a cara (Titov et. al., 2012).

Para finalizar las ventajas de los tratamientos psicológicos basados en Internet hace falta mencionar que, tal y como pasa en los tratamientos cara a cara, existen evidencias que sugieren que provocan beneficios secundarios como el aumento de la autonomía, la calidad de vida, la autoestima, la confianza, la sensación de control y poder, etc. (Barack et. al. 2008), los tratamientos basados en Internet pueden ayudar a los pacientes a practicar las habilidades relevantes para su tratamiento posterior como el autocontrol, la resolución de problemas y la activación conductual (Reins et. al., 2013).

2.3.2 Inconvenientes

A pesar de las ventajas mencionadas anteriormente el uso de los tratamientos psicológicos basados en Internet es escaso, existen prejuicios y críticas en su utilización. Su bajo uso podría atribuirse a una serie de creencias compartidas por un gran número de profesionales (Soto-Pérez et. al., 2010). Algunos de los factores que causan estas creencias pueden ser el desconocimiento de las posibilidades y utilidades de Internet en la psicoterapia o que existen pocos artículos en español sobre esta temática lo que implica la necesidad de desarrollar el tema en nuestra lengua (Soto-Pérez et. al., 2010). Con las nuevas tecnologías la relación entre el profesional y el paciente implica cambios provocando asimilaciones en el modo de interacción y comunicación terapéutica, estas asimilaciones o cambios no están claramente definidos ni existe formación para desarrollarlos (Soto-Pérez et. al., 2010). Por lo tanto, no solo los prejuicios de los profesionales existentes son una desventaja sino que esto implica que no existen muchos profesionales calificados y formados para desarrollar un tratamiento psicológico basado en Internet.

Una limitación importante que mencionan los profesionales en contra de este tipo de técnicas es que la comunicación no verbal se pierde con los tratamientos psicológicos basados en Internet, las señales no verbales y gestos que pueden ser un reflejo de preocupaciones psicológicas del paciente se pierden con la comunicación online (Mora, Nevid y Chaplin, 2008), lo que puede dificultar la alianza terapéutica. Otra limitación encontrada por ciertos profesionales es que, aunque es cierto que las personas de zonas rurales pueden obtener tratamiento que no obtendrían de otra manera porque no tienen asistencia psicológica cercana, eso crea que cuando el terapeuta vive a grandes distancias

del paciente puede no estar fácilmente disponible o accesible en situaciones de emergencia o crisis (Mora, Nevid y Chaplin, 2008). También muchos profesionales opinan que con los tratamientos psicológicos basados en Internet es más difícil realizar una terapia adaptada al paciente, este tipo de tratamiento suele estar estructurado y, aunque se pueden hacer ciertas modificaciones para adaptarlo al paciente, no es lo mismo que en una terapia individualizada cara a cara, en ésta el profesional también se prepara un guion pero puede salir y entrar en la temática en función de las necesidades de ese momento del paciente, cosa que no se puede hacer con muchos tratamientos basados en Internet (Vallejo y Jordán, 2007).

También podemos encontrar algunas limitaciones relacionadas con el uso de tecnologías en general, por ejemplo, se tiene que tener en cuenta que no todo el mundo sabe cómo funcionan las tecnologías o tiene acceso a ellas, el acceso a Internet no es uniforme si se analiza en relación con la edad, la etnia de origen y el nivel de educación o de ingresos (Vallejo y Jordán, 2007). Otra desventaja relacionada con este punto es el hecho de que a veces pueden ocurrir problemas con la red, como por ejemplo caídas de la red donde es necesario el uso de servicio técnico (Soto-Pérez et. al., 2010) lo que puede comprometer o dificultar la confidencialidad.

2.3.3 Conclusiones

Las limitaciones mencionadas se relacionan, sobre todo, con la novedad de los tratamientos psicológicos basados en Internet, puesto que lo nuevo siempre provoca dudas y prejuicios respecto a los resultados, la formación necesaria, la adaptación de la distancia física entre paciente-terapeuta y la incorporación de nuevas tecnologías quizás desconocidas por el profesional, estas desventajas pueden superarse con investigación (sobre todo en español) y la difusión de los beneficios (Soto-Pérez et. al., 2010).

Como se ha mencionado, una de las limitaciones que encuentran muchos profesionales es la pérdida de matices en la comunicación online, lo que puede dificultar la alianza terapéutica y el vínculo paciente-terapeuta, pero existen evidencias de que Internet puede potenciar el anonimato y la intimidad, facilitando la sinceridad y la desinhibición en la relación terapéutica (Berger, Wagner y Baker, 2005), así como no se encuentran diferencias significativas en la alianza terapéutica entre las psicoterapias tradicionales y las basadas en Internet (Knaevelsrud y Maercker, 2007). Aun así, los estudios muestran que los programas que incluyen cierto grado de orientación personal o

contacto con el personal del programa producen mejores resultados que los programas totalmente de auto-ayuda (Andersson y Cujipers, 2009).

Existen autores que se adhieren al hecho de que la evidencia sugiere que los tratamientos cara a cara presentan efectos más grandes y tienen menos tasas de abandonos que los tratamientos basados en Internet (Baumeister et. al., 2014) y proponen que se usen los tratamientos psicológicos basados en Internet como un complemento de la psicoterapia cara a cara (Murdoch y Connor-Greene, 2000), varias tareas se pueden realizar con el ordenador, como por ejemplo recordatorios automáticos o tareas para casa, se puede realizar una unión entre el tratamiento cara a cara y el tratamiento basado en Internet dónde este segundo es un apoyo del primero. Aunque también encontramos autores que promulgan que los tratamientos basados en Internet pueden producir resultados positivos por si solos, independientemente del tratamiento cara a cara (Chang y Yeh, 2003). Los tratamientos psicológicos basados en Internet pueden ser una alternativa a la terapia cara a cara, en el sentido de que cuando ésta es difícil o imposible de poner en práctica se puede utilizar un tratamiento basado en Internet (Soto-Pérez et. al., 2010) puesto que éstos han mostrado ser eficaces y es mejor proporcionar un tratamiento basado en Internet que no proporcionar ningún tipo de intervención.

2.4 Aspectos a tener en cuenta para desarrollar tratamientos psicológicos basados en Internet

En este punto se hablará de una serie de consideraciones a tener en cuenta antes de establecer un tratamiento psicológico basado en Internet, puesto que existen algunos componentes parecidos a la psicoterapia cara a cara pero también hay de diferentes, muchos de estos aspectos ya se han mencionado anteriormente. En si los tratamientos psicológicos basados en Internet deben ceñirse a las mismas exigencias que los tratamientos cara a cara pero al ser un modelo nuevo de tratamiento pueden verse exigidos a cumplirlas con mayor rigurosidad (Soto-Pérez et. al., 2010).

Un hecho muy importante de este tipo de tratamiento es que el terapeuta tiene que tener nociones de tecnología por lo que tiene que existir una formación adicional, a parte de los estudios necesarios para el trabajo, tiene que saber de tecnología, tiene que presentar una experiencia práctica previa en tratamientos basados en Internet para conocer

sus aplicaciones clínicas, así como nociones sobre legalidad y principios éticos (Soto-Pérez, et. al., 2010) relacionados con estos tratamientos. También es muy importante la educación del paciente, se tiene que informar sobre las tecnologías utilizadas, cuestiones legales, éticas, costes, planificación de los módulos y se debe obtener el consentimiento informado (Carlbring y Andersson, 2006), así como también mencionarle los posibles inconvenientes relacionados con el uso de tecnologías.

Es muy importante adaptar las tecnologías, el texto debe ser sencillo y comprensible, debe favorecer la comprensión y empatía y promover el cambio, teniendo en cuenta los principios básicos de usabilidad, organización visual, legibilidad, vinculación, tiempo de respuesta y el uso de elementos multimedia (Soto-Pérez et. al., 2010), teniendo en cuenta que muchas veces podemos encontrar pacientes que no suelen usar tecnologías y que no saben cómo funcionan (Andersson, 2009). Al igual que con la terapia cara a cara, en los tratamientos psicológicos basados en Internet se recomienda una evaluación del paciente previa para asegurarse de que la persona es adecuada para esa terapia, los pacientes requieren de seguimiento y apoyo continuo, existen varios tratamientos basados en Internet disponibles actualmente y cada uno ha sido desarrollado para un grupo específico y utiliza diferentes algoritmos de TCC (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

Los componentes básicos de los tratamientos psicológicos basados en Internet son, para empezar, una psicoeducación sobre el trastorno objetivo y después un modelo para la recuperación que implica el control de los pensamientos, emociones y comportamientos característicos del trastorno en cuestión. La mayoría de los tratamientos se estructuran en módulos semanales que se acumulan progresivamente, en cada módulo la información se presenta en forma escrita o ilustrada y seguida de tareas para consolidar el aprendizaje y poner en práctica lo aprendido, algunos tratamientos permiten revisar los módulos anteriores las veces que sean necesarias pero no permiten el progreso al siguiente módulo hasta que acabe las tareas. La mayoría de los tratamientos presentan la ayuda de un profesional para apoyar a los pacientes con interacciones vía e-mail y para fomentar y resolver dificultades, además, la mayoría de los tratamientos basados en Internet presentan cuestionarios de ansiedad o depresión al final de los módulos para evaluar el progreso de los pacientes y alertar al profesional si requieren acciones adicionales (Andrews y Williams, 2015).

3. MÉTODO

ÍNDICE

3. MÉTODO.....	20
3.1 Objetivo.....	20
3.2 Procedimientos.....	20

3. MÉTODO

3.1 Objetivo

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión narrativa sobre el uso de tratamientos psicológicos basados en Internet y, sobre todo, el uso de estos tratamientos destinados a la depresión.

3.2 Procedimiento

Para poder llevar a cabo el presente trabajo de final de máster se han buscado artículos sobre la temática del trabajo en varias bases de datos y buscadores, en concreto en *PsycNet*, *PsycArticles*, *PubMed*, *Oxford Journals*, *ScienceDirect* y *Google Académico* así como también en las revistas *Nature* y *Science*. Para encontrar los artículos en las bases de datos se usaron la combinación de las siguientes palabras clave: “*treatment*”, “*depression*”, “*Internet*”, “*cyber-therapies*”, “*psychotherapy*” y “*emotional disorders*”. A partir de los artículos encontrados se realizó la introducción anterior a este punto y los tratamientos psicológicos basados en Internet, en general y los específicos para la depresión, que se muestran a continuación en el siguiente punto.

4. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN INTERNET PARA LA DEPRESIÓN

ÍNDICE

4. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN INTERNET PARA LA DEPRESIÓN.....	21-40
4.1 Beating the blues.....	21
4.1.1 <i>Descripción</i>	21
4.1.2 <i>Estudios</i>	22
4.2 MoodGYM.....	22
4.2.1 <i>Descripción</i>	22
4.2.2 <i>Estudios</i>	23
4.3 BluePages.....	24
4.3.1 <i>Descripción</i>	24
4.3.2 <i>Estudios</i>	24
4.4 SAHAR.....	25
4.4.1 <i>Descripción</i>	25
4.4.2 <i>Estudios</i>	25
4.5 ODIN.....	25
4.5.1 <i>Descripción</i>	25
4.5.2 <i>Estudios</i>	26

4.6 COPE.....	26
4.6.1 <i>Descripción</i>	26
4.6.2 <i>Estudios</i>	26
4.7 Overcoming Depression.....	27
4.7.1 <i>Descripción</i>	27
4.7.2 <i>Estudios</i>	27
4.8 Sadness programme.....	28
4.8.1 <i>Descripción</i>	28
4.8.2 <i>Estudios</i>	29
4.9 Deprexis.....	29
4.9.1 <i>Descripción</i>	29
4.9.2 <i>Estudios</i>	30
4.10 Sonreír es divertido.....	31
4.10.1 <i>Descripción</i>	31
4.10.2 <i>Estudios</i>	33
4.11 ThisWayUp.....	34
4.11.1 <i>Descripción</i>	34
4.11.2 <i>Estudios</i>	34

4.12 GET.ON-Mood Enhancer-WL.....	35
4.12.1 <i>Descripción</i>	35
4.12.2 <i>Estudios</i>	36
4.13 Space from depression.....	37
4.13.1 <i>Descripción</i>	37
4.13.2 <i>Estudios</i>	37
4.14 Managing Your Mood Course.....	38
4.14.1 <i>Descripción</i>	38
4.14.2 <i>Estudios</i>	38
4.15 Tabla resumen.....	39

4. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN INTERNET PARA LA DEPRESIÓN

Existen tratamientos que han mostrado ser eficaces, la evidencia sugiere que los tratamientos psicológicos para la depresión son igual de efectivos que los tratamientos farmacológicos (Cujipers et. al. 2008), pero, como se ha mencionado anteriormente, existen limitaciones asociadas al uso de los TPBE, como por ejemplo las largas listas de espera, los costes o las dificultades para acceder a ellos para ciertas personas, por este motivo, como ya se explicó, aparecieron los tratamientos psicológicos basados en Internet, los cuales han sido probados en varios estudios, revisiones sistemáticas y metaanálisis (Botella et. al., 2015) mostrando ser efectivos para tratar la depresión (Richards y Richarson, 2012). Los tratamientos psicológicos basados en Internet se consideran alternativas eficaces a la terapia tradicional cara a cara para los trastornos del estado de ánimo (Kaltenthaler et. al., 2006). Estos tratamientos se incluyen en las guías NICE en el modelo de atención escalonada para el manejo de la depresión en atención primaria y secundaria (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

En el presente punto se explicaran algunos de los programas de tratamiento psicológico basado en Internet, se proporcionará una breve descripción de cada uno de ellos mencionando su eficacia y los estudios donde ha sido probado. En este punto se consideraran los programas estructurados, no se hablará del uso de Skype o e-mails para tratamiento, los programas de los que se habla en este trabajo presentan un protocolo de tratamiento y eficacia probada.

4.1 Beating the blues

4.1.1 Descripción

En el 2001, el National Institute of Clinical Excellence (NICE), desarrolló el programa *Beating the blues* que ofrecía terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión leve o moderada (Soto-Pérez et. al., 2010). El objetivo principal de este programa es proporcionar tratamiento cognitivo-conductual a personas con ansiedad y/o depresión en atención primaria o secundaria (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

El programa es autoaplicado y presenta una duración de ocho sesiones interactivas con ordenador de una hora cada una, se recomienda realizar una sesión por semana, por lo que *Beating the blues* presenta una duración de ocho semanas. Entre las sesiones se proporcionan tareas e informes semanales de progreso que son evaluadas por el médico de cabecera o profesionales de la salud (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

4.1.2 Estudios

El National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) realizó dos ensayos aleatorios controlados (uno de los cuales no fue publicado) y un ensayo no comparador (no publicado) para analizar la eficacia de *Beating the blues* (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

El ensayo aleatorio controlado que fue publicado contenía una muestra de 241 participantes en un entorno de atención primaria en el Reino Unido, solo dos tercios de estos participantes fueron evaluados a los seis meses de seguimiento. En el presente ensayo se comparó el *Beating the blues* con el tratamiento habitual, definido como cualquier tratamiento prescrito por su médico de cabecera. El programa *Beating the blues* obtuvo como resultado mejoras significativas en los participantes, tanto en la depresión como en áreas adyacentes como el trabajo y la sociabilidad, en comparación con el tratamiento habitual. Además, respecto a la satisfacción, se encontró que los pacientes que usaron el presente programa se mostraban significativamente más satisfechos con el tratamiento (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

4.2 MoodGYM

4.2.1 Descripción

MoodGYM fue desarrollado por el Centro de Investigación en Salud Mental de la Universidad Nacional de Australia (Christensen, Griffiths y Groves, 2004). El objetivo principal de este programa es proporcionar tratamiento para los síntomas de depresión y ansiedad (Twomey et. al., 2014).

Este programa está diseñado de manera autoaplicable y se presenta como un programa en línea, además está disponible gratuitamente en Internet. Como otros programas presentados anteriormente, *MoodGYM* se basa en el tratamiento cognitivo-

conductual (Twomey et. al., 2014) y presenta una duración de aproximadamente cinco semanas (Calear et. al., 2013).

MoodGYM está formado por una breve sesión introductoria seguida de cinco sesiones de tratamiento con una duración de entre 20 y 40 minutos cada una (Twomey et. al., 2014), las sesiones están compuestas de 29 ejercicios en total (Calear et. al., 2014). El programa se completa de forma secuencial, no se puede empezar una sesión hasta terminar la anterior. En *MoodGYM* se tratan diferentes aspectos del tratamiento cognitivo-conductual y presenta información escrita, animaciones, ejercicios y cuestionarios (Twomey et. al., 2014).

4.2.2 Estudios

Twomey et. al. (2014) estudiaron a 149 personas usuarias de los servicios públicos de salud mental y que estaban en espera de tratamiento. Compararon el programa *MoodGYM* con un grupo control en lista de espera, a los que se les ofreció el tratamiento con el presente programa al finalizar el estudio. Los resultados mostraron una reducción significativamente mayor en los síntomas de malestar psicológico general y estrés en los pacientes tratados con *MoodGYM* en comparación con el grupo control. Sin embargo, en relación con los síntomas de depresión, ansiedad y deterioro del funcionamiento diario, *MoodGYM* no obtuvo resultados significativos en su reducción (Twomey et. al., 2014).

Calear et. al. (2013) estudiaron a 1477 adolescentes, este estudio se elaboró a partir del programa *YouthMood* que se llevó a cabo para probar la eficacia de *MoodGYM* en la reducción y prevención de síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes. En este estudio se quería estudiar la adherencia al programa por lo que se comparó alta y baja adherencia a *MoodGYM* con un grupo control en lista de espera, al que se le ofreció el tratamiento con el presente programa una vez finalizado el estudio. Los resultados mostraron que las personas con una mayor adherencia, las cuales completaron al menos veinte ejercicios, obtuvieron una reducción significativamente mayor en síntomas de ansiedad y depresión, en comparación con el grupo control y el grupo con menor adherencia al tratamiento, estos resultados se mantuvieron a los seis meses de seguimiento (Calear et. al., 2013).

4.3 BluePages

4.3.1 Descripción

BluePages fue desarrollado por el Centro de Investigación en Salud Mental de la Universidad Nacional de Australia. El objetivo principal de *BluePages* es el de proporcionar psicoeducación, este programa ofrece información basada en la evidencia sobre la depresión y su tratamiento (Christensen, Griffiths y Jorm, 2004) para reducir el estigma de la depresión y mejorar sus síntomas y manejo (Soto-Pérez et. al., 2010).

Este programa se encuentra disponible gratuitamente en línea en todo el mundo y es totalmente autoaplicable, se lo puede aplicar libremente la persona que lo desee a si misma (Christensen, Griffiths y Jorm, 2004).

BluePages consta de cinco módulos divididos en unas seis semanas de tratamiento aproximadamente. En los módulos, como se ha mencionado anteriormente, se proporciona psicoeducación sobre la depresión, por ejemplo, en la primera sesión se habla sobre síntomas (Christensen, Griffiths y Jorm, 2004).

4.3.2 Estudios

Christensen, Griffiths y Jorm (2004) realizaron un estudio con 525 participantes con síntomas depresivos. En el presente estudio compararon el uso de un programa de psicoeducación, en este caso *BluePages*, un programa de tratamiento cognitivo-conductual, en este caso *MoodGYM* y un grupo control que tenía contacto con un entrevistador con el que se comentaban algunos temas de psicoeducación sobre la depresión, los dos grupos tratados con los programas basados en Internet también tenían contacto con un entrevistador. En el estudio esperaban encontrar que los dos programas presentaban mejores resultados que el grupo control pero que *MoodGYM* presentaría una mayor reducción de los síntomas que *BluePages*, los resultados mostraron que los dos programas redujeron significativamente más los síntomas depresivos en comparación con el grupo control, aunque no había diferencias entre los dos programas como esperaban encontrar, *BluePages* se encontró tan eficaz como *MoodGYM* para la reducción de síntomas (Christensen, Griffiths y Jorm, 2004).

4.4 SAHAR

4.4.1 Descripción

SAHAR, desarrollado por Barak (2004), es un programa israelí disponible totalmente en hebreo, su nombre es un acrónimo que significa, en español, “*apoyo y escucha en red*”. El objetivo principal de este programa es el de proporcionar ayuda para prevenir los suicidios en personas con intentos o pensamientos autolíticos, *SAHAR* proporciona un espacio seguro en línea (Barak, 2007).

El programa *SAHAR* es autoaplicable, de fácil acceso y exclusivamente se presenta en línea, por Internet, además se ofrece en un servicio gratuito para las personas que lo necesiten (Barak, 2007).

Este programa se basa en un entorno en línea anónimo y confidencial, proporciona un oído que escucha y apoyo mental y emocional por parte de ayudantes anónimos cualificados, los ayudantes y pacientes se comunican tanto de manera sincrónica como asincrónica. *SAHAR* también ofrece foros en línea y salas de chat (Barak, 2007).

4.4.2 Estudios

Barak (2004) y Barak y Miron (2005) realizaron estudios sobre *SAHAR* y encontraron resultados prometedores para el desarrollo del presente programa. Encontraron una relación entre el éxito de las conversaciones de apoyo personal, apoyo dado por los ayudantes anónimos, con el nivel de profundidad, positividad, suavidad y activación emocional, es decir, se encontraron mejores resultados (menos intentos autolíticos) cuando las conversaciones eran más profundas, positivas, suaves y con activación emocional. La profundidad de las conversaciones y la positividad del paciente se relacionaron con un mayor éxito de las sesiones (Barak, 2007).

4.5 ODIN

4.5.1 Descripción

En el 2005, Clarke et. al., desarrollaron *ODIN* (*Overcoming depression on the Internet*) para tratar la depresión en adultos (Soto-Pérez et. al., 2010). El objetivo principal de este programa es el de proporcionar tratamiento para depresiones de leves a moderadas o como complemento de la terapia tradicional cara a cara (Moritz et. al., 2012).

El programa está diseñado para proporcionar autoayuda en línea y se divide en varios módulos con contenido relacionado con el tratamiento cognitivo-conductual, tales como la reestructuración cognitiva (Moritz et. al., 2012).

4.5.2 Estudios

Clarke et. al. (2002, 2005, 2009) realizaron tres ensayos controlados aleatorios para evaluar la eficacia de *ODIN* para el tratamiento de la depresión. Estudiaron entre 109 y 223 participantes que fueron asignados aleatoriamente a recibir acceso a *ODIN* o a continuar con la atención habitual, los resultados mostraron mejoras en los participantes que recibieron tratamiento con *ODIN* (Cujipers et. al., 2011).

4.6 COPE

4.6.1 Descripción

El programa *COPE* fue desarrollado por *Solutions Ltd*. El objetivo principal del programa es proporcionar un sistema basado en terapia cognitiva-conductual para personas diagnosticadas de depresión leve o moderada, no grave (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

El programa está diseñado para ser autoaplicado y, además de la versión como programa en sí mismo, existe una versión en red. Para poder disponer de este programa se necesita una edad mínima de once años (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

COPE está diseñado para ofrecer un programa con una duración de tres meses y se divide en cinco módulos principales de tratamiento basados en componentes de tratamiento cognitivo-conductual. *COPE* valora también la ideación suicida del paciente y se ofrece ayuda médica en caso de necesitarla (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

4.6.2 Estudios

Desde el National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) realizaron dos ensayos de comparación para evaluar la eficacia de *COPE*, estos ensayos presentaban una muestra de 39 y 41 participantes cada uno. Uno de los ensayos se realizó solo en el Reino Unido y el otro en Estados Unidos y el Reino Unido. En los ensayos encontraron

que el programa era considerado como fácil de usar por los pacientes y el 75% dijeron notar una mejora en la calidad de sus vidas. El seguimiento para ambos ensayos fue de doce semanas. Aun así, el National Institute for Health and Clinical Excellence no identificó pruebas suficientes para recomendar el uso de *COPE* para el tratamiento de la depresión, excepto como parte de ensayos clínicos diseñados para generar datos fiables y relevantes sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos basados en Internet (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

4.7 Overcoming Depression

4.7.1 Descripción

El programa *Overcoming Depression* fue desarrollado por *Calypso de Media Innovation Ltd.* El objetivo principal del presente programa es proporcionar un tratamiento cognitivo-conductual para personas con depresión (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

El programa está diseñado de manera autoaplicable y se presenta en formato de CD-ROM. Para disponer de este programa se necesita una edad mínima de lectura, es decir, unos nueve o doce años (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

Overcoming Depression se divide en seis sesiones de unos 45 o 60 minutos cada una, éstas presentan un formato con texto, ilustraciones de dibujos animados, animación, texto interactivo, sonidos y vídeos. Se recomienda realizar una sesión por semana, por lo que el programa se divide en seis semanas de intervención. El uso del programa por parte del paciente es revisado por un practicante en tres ocasiones a lo largo del curso (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

4.7.2 Estudios

Desde el National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) realizaron un ensayo para evaluar la eficacia del *Overcoming Depression* con una muestra de 20 participantes del Reino Unido y un seguimiento de tres meses. Todos los pacientes evaluados dijeron que recomendarían el programa a otras personas. A las seis semanas de seguimiento el 60% calificó la utilidad del programa como “muchísima” y el 40% como “poca”. El National Institute for Health and Clinical Excellence no identificó pruebas

suficientes para recomendar el uso de *Overcoming Depression* para el tratamiento de la depresión, excepto como parte de ensayos clínicos diseñados para generar datos fiables y relevantes sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos basados en Internet (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

4.8 Sadness programme

4.8.1 Descripción

Sadness programme fue creado por Perini, Titov y Andrews (2008) y ofrece sesiones estructuradas de terapia cognitivo-conductual para la depresión (Perini, Titov y Andrews, 2009).

Está diseñado de manera autoaplicable, el paciente se aplica el tratamiento a través de Internet, aunque también presenta feedback mediante correos electrónicos automáticos que son enviados para felicitar a los participantes por haber completado la lección, recordarles las tareas a realizar y notificar la existencia de nuevos recursos (Titov et. al., 2010) además se puede contribuir en un foro de discusión en línea con otros participantes (Perini, Titov y Andrews, 2009).

Sadness programme presenta una duración entre ocho y nueve semanas (Perini, Titov y Andrews, 2009). El programa consta de seis módulos, se recomienda completar una lección cada siete o diez días y se espera que los participantes completen cada una y las tareas asignadas antes de pasar a la siguiente sesión. En el programa se desarrollan habilidades para activación conductual, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y asertividad. Parte de la sesión se presenta con una historia ilustrada con una mujer con depresión que, con la ayuda de un psicólogo, aprende a dominar sus síntomas (Titov et. al., 2010). Los módulos se dividen de la siguiente manera: 1-*Psicoeducación*, 2-*Componentes de la terapia cognitiva*, 3-*Creencias/reestructuración cognitiva*, 4-*Estructuración de la resolución de conflictos*, 5-*Dificultades para la resolución de conflictos* y 6-*Prevención de recaídas* (Andrews y Williams, 2015). A medida que se va avanzando en el programa se tiene acceso a documentos adicionales que proporcionan información complementaria sobre técnicas como gestión del sueño, pánico y síntomas comórbidos comunes, así como también se ofrece la posibilidad de ver viñetas escritas

por participantes anteriores sobre su experiencia del manejo de la depresión con el *Sadness programme* (Titov et. al., 2010).

4.8.2 Estudios

Perini, Titov y Andrews (2008) realizaron un estudio piloto con 13 participantes que cumplían los criterios para depresión mayor, en este estudio encontraron resultados prometedores, además los participantes informaron que el programa era aceptable y útil (Perini, Titov y Andrews, 2009), aunque una de las mayores limitaciones de este estudio es la pequeña muestra que presenta.

Perini, Titov y Andrews (2009), siguiendo con el estudio piloto mencionado anteriormente, realizaron un estudio con 48 participantes comparando el *Sadness programme* con un grupo control en lista de espera. Los resultados mostraron eficacia clínica en el presente programa con tasas de finalización comparables al tratamiento cara a cara y con un procedimiento aceptado por los participantes, confirmando así la fiabilidad del programa en la reducción de los síntomas de la depresión (Perini, Titov y Andrews, 2009).

Titov et. al. (2010) desarrollaron un estudio con 126 participantes con depresión mayor comparando la aplicación de *Sadness programme* dirigida por un técnico o un clínico y también comparándolo con un grupo control en lista de espera. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre si el programa era aplicado por un clínico o un técnico, ambas condiciones mostraron mejoras clínicamente significativas y altos niveles de aceptación, el grupo control no presentó mejoría. Además, como dato curioso, el grupo dirigido por un técnico continuó mejorado en los cuatro meses de seguimiento, mientras que el dirigido por el clínico no mostró esta mejoría (Titov et. al., 2010).

4.9 Deprexis

4.9.1 Descripción

El principal objetivo del programa *Deprexis*, desarrollado por Hautzinger et. al., es el de proporcionar tratamiento para la depresión leve o moderada, aunque también se puede utilizar como complemento de la terapia tradicional cara a cara. Actualmente el programa se encuentra disponible en inglés, alemán y sueco (Moritz et. al., 2012).

Está diseñado para ser autoaplicable y se presenta como un programa en línea. *Deprexis* presenta elementos básicos y ejercicios basados en conceptos del tratamiento cognitivo-conductual, como por ejemplo la reestructuración cognitiva y la activación conductual (Moritz et. al., 2012).

Deprexis presenta una duración de, aproximadamente, diez semanas de tratamiento (Berger et. al., 2011) puesto que se divide en diez módulos y se recomienda realizar uno por semana. Cada módulo tiene una duración de entre 10 y 60 minutos, dependiendo de la velocidad de lectura (Moritz et. al., 2012). Los módulos se basan en un diálogo simulado en el que el programa explica mediante texto, imágenes y/o vídeos un concepto y el receptor responde mediante preguntas tipo test algunas preguntas para comprobar que ha entendido lo explicado. Además, también se proporcionan ejercicios que puede reproducir después (Berger et. al., 2011). Los diez módulos son los siguientes: 1-*Psicoeducación*, 2-*Activación comportamental*, 3-*Reestructuración cognitiva*, 4-*Atención y aceptación*, 5-*Habilidades interpersonales*, 6-*Relajación, ejercicio físico y modificación del estilo de vida*, 7-*Resolución de conflictos*, 8-*Escritura expresiva*, 9-*Psicología positiva* y 10-*Los sueños e intervenciones en el foco de la emoción* (Moritz et. al., 2012).

4.9.2 Estudios

Meyer et. al. (2009) estudiaron a 396 participantes alemanes que fueron reclutados a través de foros de Internet para la depresión. En el presente estudio se comparó el efecto del programa *Deprexis* con un grupo control en lista de espera. Los resultados mostraron una mejora significativa en los síntomas depresivos y en habilidades de funcionamiento ocupacional y social, estas mejoras se mantuvieron en gran medida a los seis meses de seguimiento. En relación a la opinión de los participantes, el 80% consideraron que *Deprexis* había sido de gran ayuda para ellos. Los autores mencionaron dificultades con la alta tasa de abandonos, aunque las diferencias entre los dos grupos fueron significativas y evaluables, por lo que concluyeron que *Deprexis* podía ser un buen programa para síntomas leves de la depresión (Moritz et. al., 2012).

Berger et. al. (2011) estudiaron a 76 personas diagnosticadas de depresión mayor. Los participantes fueron divididos en tres grupos, uno de ellos era el grupo control en lista de espera, los otros eran grupos de tratamiento con *Deprexis*, uno guiado y el otro no. Los resultados mostraron mejoras significativas en los dos grupos tratados con *Deprexis* en

comparación con el grupo control, la reducción de los síntomas se observaba mayor en el tratamiento guiado que en el no guiado pero las diferencias no fueron significativas. Las mejoras se mantuvieron a los seis meses de seguimiento (Berger et. al., 2011).

Moritz et. al. (2012) estudiaron a 210 participantes algunos de los cuales estaban diagnosticados de depresión y otros tan solo presentaban síntomas. Compararon el tratamiento con *Deprexis* sin guía con un grupo control en lista de espera. Los resultados mostraron mejoras significativas en el grupo tratado con *Deprexis* en los síntomas de la depresión y en las actitudes disfuncionales, así como un aumento significativo de la calidad de vida y la autoestima. Al inicio del estudio solo un 37,8% de los participantes se mostraban confiados a este tipo de tratamiento, el resto eran escépticos a que pudiese funcionar, al final, casi dos tercios de los participantes consideraron el programa útil en retrospectiva. Es importante mencionar que se encontró una leve mejora en algunos pacientes del grupo control, los autores no supieron explicar esta mejoría y la atribuyeron a que estaban con otro tipo de tratamiento aparte o a causas externas. Los autores llegaron a la conclusión final de que *Deprexis* presentaba un efecto más marcado en sujetos con depresión moderada y aquellos que actualmente no se sometían a ninguna terapia, en comparación con el grupo control (Moritz et. al., 2012).

4.10 Sonreír es divertido

4.10.1 Descripción

Sonreír es divertido es un programa desarrollado por Botella et. al. (2011) para la intervención autoaplicada a través de Internet para el tratamiento de la depresión (Botella et. al., 2015). Los objetivos principales de este programa es la prevención y el tratamiento de la depresión (Botella et. al., 2011), entrena a las personas en formas adaptativas de afrontar los problemas y superarlos (Botella et. al., 2015).

El programa está diseñado para que la persona se lo pueda aplicar a ella misma, es autoaplicado. Incluye técnicas basadas en la evidencia y se ajusta a las recomendaciones de las guías de asociaciones internacionales como la American Psychological Association (APA) o el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) y presenta una duración de entre seis y diez semanas (Botella et. al., 2015).

Sonreír es divertido presenta cuatro protocolos fundamentales: un protocolo de evaluación inicial, el cual sirve para ofrecer información actual del paciente y descartar que exista algún criterio de exclusión; un protocolo de intervención estructurado, organizado por módulos, su estructuración facilita que el paciente realice el programa por orden sin saltarse los módulos; un protocolo de evaluación continua, la función del cual es evaluar la efectividad del programa y proporcionar feedback inmediato al paciente; y, por último, un protocolo de seguimiento, el cual está diseñado para obtener información de la efectividad a largo plazo y permite reforzar los conocimientos adquiridos para prevenir recaídas o situaciones de alto riesgo (Botella et. al., 2015).

El programa *Sonreír es divertido* incluye seis componentes, los cuales son: motivación, psicoeducación, activación comportamental, terapia cognitiva, estrategias de psicología positiva y prevención de recaídas. Estos componentes se trabajan en ocho módulos que conforman el programa de intervención, cada uno de los módulos se basa en un tema específico para mejorar la capacidad de afrontamiento del paciente y presenta unos objetivos y ejercicios determinados relacionados con ese tema. En los módulos, primero se realiza un repaso del módulo anterior, después se proponen ejercicios a realizar sobre el módulo en el que se está, se sigue con preguntas de autocomprobación para observar si el paciente tiene claro de qué se ha hablado y para finalizar se indican tareas para practicar lo que se ha trabajado en el módulo. Los módulos son los siguientes: M1- *Motivación para el cambio*, M2- *Entendiendo los problemas emocionales*, M3- *Aprendiendo a ponerse en marcha*, M4- *Aprendiendo a ser flexible*, M5- *Aprendiendo a disfrutar*, M6- *Aprendiendo a vivir: la importancia de los valores y las metas*, M7- *Viviendo y aprendiendo* y M8- *¿Y a partir de ahora qué...?*. Además de los módulos mencionados, *Sonreír es divertido* también presenta otras herramientas transversales como el *Diario de actividad*, donde el paciente explica las actividades que realiza diariamente, el *Calendario*, donde se ofrece información sobre su progreso, que le queda por terminar y las tareas realizadas y pendientes y, por último, el *¿Cómo estoy?*, donde se ofrece un feedback de manera gráfica de la evolución del paciente (Botella et. al., 2015).

4.10.2 Estudios

En el marco del proyecto europeo OPTIMI (Online Predictive Tools for Intervention in Mental Illness) Botella et. al. (2011) probó la eficacia del programa *Sonreír es divertido* con una población específica de varones desempleados de larga duración, considerados población de riesgo, obteniendo resultados alentadores.

También se realizó un ensayo controlado aleatorizado donde se estudió la eficacia diferencial del presente programa para la prevención y el tratamiento de la depresión leve o moderada con y sin apoyo del terapeuta (Mira, 2014), el programa se aplicó a personas con síntomas depresivos leves o moderados y que presentaban un estresor que les generaba interferencias en su vida, el programa de tratamiento *Sonreír es divertido* demostró ser eficaz para mejorar la situación clínica de los participantes, tanto con apoyo profesional semanal como sin él, ambos grupos presentaban mejorías significativas en comparación con el grupo control en lista de espera, manteniendo las mejoras hasta el año de seguimiento y siendo bien valorado y aceptado por los participantes (Botella et. al., 2015).

Botella et. al. (2016) realizaron un estudio con 60 personas desempleadas divididos en tres grupos: a uno de ellos se les administraba el programa *Sonreír es divertido* mientras llevaban puestos unos sensores (que median aspectos fisiológicos y de actividad) en diversas partes del cuerpo, al otro grupo le administraban el programa sin sensores y el último era un grupo control. Los resultados mostraron mejoras significativas en los dos grupos tratados con *Sonreír es divertido* en comparación con el grupo control, en algunos aspectos se obtuvieron mayores mejoras en el grupo que llevaban los sensores en comparación con el otro grupo tratados pero sin sensores, aunque estas diferencias no eran significativas. Es importante mencionar que los participantes presentaban una buena aceptación y evaluación del presente programa (Botella et. al., 2016).

4.11 ThisWayUp

4.11.1 Descripción

ThisWayUp fue creado por Andrews et. al. (2012) y está diseñado no sólo para el tratamiento de la depresión mayor, sino también para trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión mixta, sus dos objetivos principales son el tratamiento de los trastornos recientemente mencionados y ampliar la productividad de los médicos de atención primaria y los centros especializados (Andrews y Williams, 2015).

El presente programa se basa en el tratamiento cognitivo-conductual y se presenta de modo autoaplicable, aun así, *ThisWayUp* se encuentra monitoreado diariamente por personal administrativo y clínico que están disponibles para responder preguntas de pacientes y médicos en horario normal de trabajo (Andrews y Williams, 2015).

ThisWayUp consta de seis módulos los cuales se dividen de la siguiente manera: 1-Psicoeducación, 2-Componentes de la terapia cognitiva, 3-Creencias/reestructuración cognitiva: creencias positivas y negativas meta-cognitivas sobre el pensamiento receptivo: desplazando la atención, 4-Comportamientos seguros: exposición gradual y estructuración de la resolución de conflictos, 5-Exposición en imaginación, exposición interoceptiva/dificultades de la resolución de conflictos y 6-Prevención de recaídas. Los módulos se basan en información con animaciones, dibujos y recursos en texto, además también proporcionan tareas para casa (Andrews y Williams, 2015).

4.11.2 Estudios

Williams y Andrews (2013) estudiaron a 359 participantes, en el presente estudio se comparó el tratamiento con *ThisWayUp* con un grupo control, los resultados mostraron mejoras significativamente mayores en el grupo tratado con el presente programa en la reducción de los síntomas depresivos y de socorro (Andrews y Williams, 2015).

Newby et. al. (2013) estudiaron a 136 participantes que completaron el programa *ThisWayUp* bajo la supervisión de médicos de atención primaria, encontraron tamaños de efecto significativos en la reducción de los síntomas depresivos, aunque en relación con la adhesión al programa se encontró que ésta era baja, del 41%. Más adelante Newby et. al. (2014) replicaron este estudio pero con una muestra mayor, 707 participantes, la

reducción de los síntomas volvió a ser significativamente mayor, pero la adhesión al tratamiento seguía siendo baja, en este caso del 49% (Andrews y Williams, 2015).

Andrews y Williams (2015) realizaron un estudio con 420 participantes con el presente programa comparado con un grupo control. Los resultados mostraron una reducción significativa de los síntomas depresivos, el 60% de los pacientes ya no cumplían criterios para la depresión después del tratamiento y el 20% había mejorado en una categoría, si antes presentaban una depresión moderada ahora presentaban una leve. Además, al principio del tratamiento el 60% de los pacientes presentaba pensamientos autolíticos y al finalizar el tratamiento tan solo el 35% los presentaba (Andrews y Williams, 2015).

4.12 GET.ON-Mood Enhancer-WL

4.12.1 Descripción

El objetivo principal de *GET.ON-Mood Enhancer-WL* es el de reducir los síntomas depresivos antes de la admisión para el tratamiento de pacientes hospitalizados, proporciona información relevante y elementos eficaces para el tratamiento de la depresión (Reins et. al., 2013).

El programa está diseñado de manera autoaplicable, el paciente se aplica a sí mismo el programa a través de Internet, presenta un bajo nivel de orientación por parte del terapeuta aunque incluye información individualizada y feedback para el paciente después de cada una de las sesiones (Reins et. al., 2013). Los módulos de *GET.ON-Mood Enhancer-WL* se basan en manuales basados en la evidencia eficaces para el tratamiento de la depresión como la terapia de activación comportamental y la resolución de problemas (Ebert et. al., 2014).

GET.ON-Mood Enhancer-WL es una breve intervención y presenta una duración de aproximadamente entre tres y seis semanas (Reins et. al., 2013). El presente programa consta de seis sesiones con módulos relativos a la psicoeducación, la activación conductual, la resolución de problemas y la prevención de recaídas, además, se ofrecen cuatro módulos optativos que se pueden elegir según las necesidades individuales del paciente, estos módulos van dirigidos a problemas del sueño, técnicas de relajación y hacer frente a los pensamientos preocupantes (Ebert et. al., 2014). Se recomienda a los

pacientes realizar dos sesiones por semana (Reins et. al., 2013). Los módulos consisten en ejercicios de texto, testimonios y elementos interactivos como audios y vídeos. Después de cada sesión se asignan tareas para integrar las estrategias y técnicas aprendidas en el programa a la vida diaria (Ebert et. al., 2014). En el inicio de la sesión se realizan unas preguntas para fomentar la reflexión sobre sus experiencias con los conocimientos adquiridos recientemente. El contenido se adapta a las necesidades del paciente individualmente. Además de los módulos mencionados, el programa presenta otros componentes interactivos para los pacientes, incluyendo un diario para evaluar el estado de ánimo y el nivel de actividad y una biblioteca, entre otros (Reins et. al., 2013).

4.12.2 Estudios

Reins et. al. (2013) realizaron un estudio con 200 participantes con depresión mayor y que estaban en espera para recibir tratamiento en hospitales alemanes. En el presente estudio se comparó la implementación del *GET.ON-Mood Enhancer-WL* mientras esperaban para el tratamiento con el tratamiento habitual. Los resultados mostraron que el uso del tiempo de espera de manera eficiente, introduciendo los componentes terapéuticos a los pacientes hospitalizados, era una ayuda prometedora para reducir la carga de enfermedad en los pacientes antes de que empiecen el tratamiento hospitalario y lograr menores tiempos de espera. Aunque los resultados del estudio son prometedores, se optó por no incluir el grupo control con tratamiento habitual puesto que este era heterogéneo y no se conocía de antemano. Además, solo se realizó seguimiento hasta el final del tratamiento hospitalario, por lo tanto no se pueden sacar conclusiones a largo plazo (Reins et. al., 2013).

Ebert et. al. (2014) realizaron otro estudio con 128 participantes diagnosticados de depresión mayor comparando el *GET.ON-Mood Enhancer-WL* con un grupo control activo, el cuál recibía psicoeducación en la depresión. Ambos grupos tuvieron acceso posterior al tratamiento habitual. Se obtuvieron resultados prometedores, entre ellos que mostraron cambios en la percepción subjetiva de la gravedad de los síntomas depresivos, ansiedad y calidad de vida. Las evaluaciones se realizaron al inicio del estudio, a las 6 y a las 12 semanas. Hace falta mencionar, como limitación del estudio, que la muestra resultó ser demasiado pequeña (Ebert et. al., 2014).

4.13 Space from depression

4.13.1 Descripción

El objetivo principal del programa *Space from depression* es proporcionar una intervención en línea para el tratamiento de la depresión mediante un tratamiento cognitivo-conductual (Richards et. al., 2015).

El programa está diseñado de manera autoaplicable y se basa en el uso de procesos centrados en el usuario (Doherty, Coyle y Matthews, 2010), *Space from depression* también proporciona feedback al paciente e historias personales de otros pacientes que usaron el programa (Richards et. al., 2015).

El presente programa cuenta con componentes cognitivos y conductuales que incluyen autocontrol, grabación de pensamientos, activación conductual, reestructuraciones cognitivas y creencias fundamentales desafiantes. *Space from depression* consta de siete módulos repartidos de la siguiente manera: 1-*Primeros pasos*, 2-*Sintonía I: Tener el control del estado de ánimo*, 3-*Sintonía II: Detección de pensamientos*, 4-*Cámbialo I: Impulsar el comportamiento*, 5-*Cámbialo II: Reta a tus pensamientos*, 6-*Cámbialo III: Creencias básicas* y 7-*Uniéndolo todo*. Los módulos presentan un formato estructurado con ejercicios preliminares, videos, contenido informativo, actividades interactivas, tareas y resúmenes (Richards et. al., 2015).

4.13.2 Estudios

Richards et. al. (2015) realizaron un estudio con una muestra de 188 adultos diagnosticados de depresión. En el presente estudio se comparó el *Space from depression* con un grupo control en lista de espera. Los resultados obtenidos mostraron disminuciones significativas en los síntomas depresivos después de la intervención, las cuales se mantuvieron a los tres y seis meses de seguimiento. Además, en el estudio mencionado, encontraron una reducción significativa de los síntomas comórbidos tales como la ansiedad, tanto en la intervención como en el seguimiento, en comparación con el grupo control. También se observaron cambios estadísticamente significativos en la actividad, así como mejoras en su trabajo y su adaptación social en el tiempo (Richards et. al., 2015).

4.14 Managing Your Mood Course

4.14.1 Descripción

Titov y Dear desarrollaron el programa *Managing Your Mood Course* con el objetivo principal de proporcionar tratamiento para la depresión (Titov et. al., 2015).

Este programa está diseñado de manera autoaplicable, aunque se proporciona contacto por parte del terapeuta mediante teléfono o correo electrónico y presenta una duración de unas ocho semanas. Se desarrolla sobre la base del tratamiento cognitivo-conductual y proporciona principios psicológicos básicos e intervenciones relacionadas con éste (Titov et. al., 2015).

Managing Your Mood Course consta de cinco módulos, los cuales, además de proporcionar la información relacionada con el módulo en cuestión, también presentan resúmenes de las lecciones anteriores y tareas para casa, así como recordatorios y notificaciones e historias de la experiencia de otras personas que usaron el programa. Los módulos se componen de material didáctico, basado en información y texto, y material de aprendizaje. El presente programa también presenta recursos adicionales que incluyen materiales sobre técnicas de habilidades de comunicación asertiva, resolución de problemas, manejo de las preocupaciones, creencias e higiene del sueño (Titov et. al., 2015).

4.14.2 Estudios

Titov et. al. (2015) estudiaron a 54 participantes comparando el programa *Managing Your Mood Course* con un grupo control en lista de espera. Los resultados mostraron que los síntomas depresivos y de ansiedad mejoraron significativamente en el grupo tratado con *Managing Your Mood Course* en comparación con el grupo control, estas mejoras se mantuvieron a los tres y a los doce meses de seguimiento. Además, en el grupo tratado con el programa también obtuvieron mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes en comparación con el grupo control (Titov et. al., 2015).

4.15 Tabla resumen

Programa	Descripción	Estudios
<i>Beating the blues</i> (National Institute of Clinical Excellence, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: proporcionar TCC a personas con ansiedad y/o depresión leve o moderada en atención primaria o secundaria. - Programa autoaplicado. - Duración de ocho semanas. - 8 sesiones. 	- National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS) (2006).
<i>MoodGYM</i> (Centro de Investigación en Salud Mental de la Universidad Nacional de Australia)	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: proporcionar TCC para depresión y ansiedad. - Programa autoaplicado, gratuitamente en línea. - Duración de cinco semanas. - 6 sesiones y 29 ejercicios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Calear, A.L., Christensen, H., Mackinnon & Griffiths, K.M. (2013). - Twomey, C. et. al. (2014).
<i>Bluepages</i> (Centro de Investigación en Salud Mental de la Universidad Nacional de Australia)	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: proporcionar psicoeducación para la depresión. - Programa autoaplicado, gratuitamente en línea. - Duración de unas seis semanas. - 5 módulos. 	- Christensen, H., Griffiths, K.M. & Jorm, A.F. (2004).
<i>SAHAR</i> (Barak, 2004)	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: proporcionar ayuda para prevenir suicidios. - Programa autoaplicado, gratuitamente en línea. 	<ul style="list-style-type: none"> - Barak, A. (2004). - Barak, A., & Miron, O. (2005).
<i>ODIN</i> (Clarke et. al., 2005)	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: proporcionar TCC para depresiones de leves a moderadas o como complemento de la terapia tradicional. - Programa autoaplicado. - Módulos con contenido TCC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Clarke, G. et al. (2005). - Clarke, G. et. al. (2009). - Clarke, G. et al. (2002).
<i>COPE</i> (Solutions Ltd)	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: proporcionar TCC para depresión leve o moderada. - Programa autoaplicado. - Duración de tres meses. - 5 módulos. 	- National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS) (2006).
<i>Overcoming Depression</i> (Calypso de Media Innovation Ltd)	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: proporcionar TCC para depresión. - Programa autoaplicado, formato CD-ROM. - Duración de seis semanas. - 6 sesiones. 	- National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS) (2006).

Programa	Descripción	Estudios
<i>Sadness programme</i> (Perini, Titov y Andrews, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: ofrecer sesiones estructuradas de TCC para la depresión. - Programa autoaplicado. - Duración entre ocho y nueve semanas. - 6 módulos y material adicional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perini S, Titov N. & Andrews G. (2008). - Perini, S., Titov, N. & Andrews, G. (2009). - Titov, N. et. al. (2010).
<i>Deprexis</i> (Hautzinger et. al.)	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: proporcionar TCC para depresión leve o moderada o como complemento de la terapia tradicional. - Programa autoaplicado. - Duración de diez semanas. - 10 módulos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Berger, T. et. al. (2011). - Meyer, B. et. al. (2009). - Moritz, S. et. al. (2012).
<i>Sonreír es divertido</i> (Botella et. al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos: prevención y tratamiento de la depresión. - Programa autoaplicado. - Duración entre seis y diez semanas. - 4 protocolos, 6 componentes, 8 módulos y 3 herramientas transversales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Botella, C. et. al. (2011). - Mira, A. (2014). - Botella, C. et. al. (2016).
<i>This way up</i> (Andrews et. al., 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: proporcionar TCC para varios trastornos y ampliar la productividad de médicos y centros. - Programa autoaplicado. - 6 módulos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Andrews, G. & Williams, A.D. (2015). - Newby, J.M. et al. (2013). - Newby, J., Mewton, L., Williams, A. D., & Andrews, G. (2014). - Williams, A.D., & Andrews, G. (2013).
<i>GET.ON-Mood Enhancer-WL</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: reducir síntomas depresivos antes de la admisión para el tratamiento en pacientes hospitalizados. - Programa autoaplicado. - Duración entre tres y seis semanas. - 6 sesiones, 4 módulos, 3 módulos optativos y componentes interactivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ebert, D.D. et. al. (2014). - Reins, J.A. et. al. (2013).
<i>Space from depression</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: intervención en línea para la depresión mediante TCC. - Programa autoaplicado. - 7 módulos y 5 componentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Richards, D. et. al. (2015).
<i>Managing Your Mood Course</i> (Titov y Dear)	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: proporcionar TCC para la depresión. - Programa autoaplicado. - Duración de ocho semanas. - 5 módulos y 5 recursos adicionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Titov, N. et. al. (2015).

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

ÍNDICE

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	41-43
----------------------------------	-------

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Anteriormente ya se ha comentado el hecho de que ningún país del mundo puede proporcionar toda la atención de la salud que necesitan o quieren sus ciudadanos. En el caso de la depresión, solo la mitad de personas reciben ayuda de un profesional de la salud y solo la mitad de estas reciben un tratamiento basado en la evidencia (Andrews y Williams, 2015). Como se ha mostrado, los tratamientos psicológicos basados en Internet para la depresión pueden ayudar a reducir las necesidades de los pacientes y a aumentar las capacidades de los médicos existentes.

Los tratamientos basados en Internet han mostrado ser efectivos y pueden ser una estrategia para brindar ayuda al ámbito de la psicología clínica, tanto por si solos como siendo un complemento de la terapia tradicional cara a cara. Estos tratamientos por Internet pueden ser muy útiles para usuarios de poblaciones rurales, estigmatizados o a los que no les ha funcionado la terapia tradicional (Pelechano, 2007) puesto que puede llegar a áreas geográficas en las que no haya centro de salud mental, minimizar el estigma que puede resultar para ciertas personas el recibir tratamiento psicológico, ya que nadie ve que lo está recibiendo, y aumenta la confidencialidad (Botella et. al., 2015), esto provoca que los pacientes usuarios de este tipo de tratamiento se abran más y expliquen más aspectos de su vida o sus dificultades que quizás no dirían en una terapia cara a cara. El uso de Internet facilitará que muchas más personas lleguen a un tratamiento basado en la evidencia y esto provocará una reducción en las listas de espera y, en última instancia, una reducción de costes en el Sistema Nacional de Salud (Botella et. al., 2015), puesto que el tiempo que invierte el terapeuta para el tratamiento es mucho menor.

Como se ha mencionado en otros puntos de este trabajo, los tratamientos psicológicos basados en Internet presentan muchas ventajas. Se ha demostrado que este tipo de tratamiento presenta una eficacia igual a la terapia tradicional cara a cara y, como se ha comentado, puede ser de gran ayuda para reducir las listas de espera. Aunque los tratamientos basados en Internet muestran ser grandes facilitadores, aún queda terreno por investigar, como mencionan Botella et. al. (2015), siguen siendo muchas más las preguntas que las respuestas. En su artículo, Botella et. al. (2015) mencionan que los factores más importantes a estudiar son: la influencia del terapeuta en estos tratamientos autoaplicados, el grado y apoyo que pueden necesitar los usuarios para beneficiarse del

tratamiento, conocer las razones de los abandonos y como reducirlos, como potenciar el mantenimiento de los beneficios cuando ya se ha terminado el tratamiento y conocer cómo se comportan distintos grupos de población ante este tipo de tratamiento.

Actualmente la tecnología avanza rápidamente y se presenta cambiante, cada vez está más acoplada y aceptada por la sociedad actual. Los grandes avances pueden conseguir que en un futuro no muy lejano más de un aspecto de la intervención clínica (como la evaluación, monitorización, seguimiento, etc.) se realice de manera rutinaria con el uso de Internet, esto provocará un auge de los tratamientos basados en Internet con una mejora en las ventajas mencionadas anteriormente en el presente trabajo. El uso de Internet conllevará a la modificación del trabajo clínico y de la relación terapeuta-paciente y se ofrecerán tratamientos protocolizados a menor coste, lo que provocará a su vez que se introduzcan en la formación en psicología clínica los aspectos tecnológicos, esto dará un último empujón al desarrollo de los tratamientos psicológicos basados en Internet. Se necesita una investigación que se ajuste a la rapidez de los avances tecnológicos (Soto-Pérez et. al., 2010) y en las universidades y colegios profesionales se deben incorporar y difundir los tratamientos psicológicos basados en Internet (Andersson, 2009). A modo personal me gustaría comentar en este punto que en las universidades no se imparte el tratamiento psicológico basado en Internet, hasta que llegué a este máster no había oído que existía este tipo de tratamiento. Además, mientras realizaba el trabajo y lo comentaba con la gente (muchos de ellos psicólogos) nadie había oído hablar de este tipo de tratamiento. Creo que falta difusión de los tratamientos psicológicos basados en Internet, sobretodo dado la eficacia que presentan y viendo que pueden ser muy útiles. Muchas de las causas de la poca difusión de este tratamiento vienen dadas por el escepticismo de una gran cantidad de profesionales del ámbito, como mencionan Soto-Pérez et. al. (2010) en su artículo, es el psicoterapeuta el que debe estar dispuesto a aprovechar las posibilidades que ofrecen estos tratamientos y también debe ser capaz de brindar comprensión, empatía y motivación mediante un correo electrónico. Deberíamos fijarnos en países como Australia donde están mucho más avanzados en este aspecto y los tratamientos psicológicos basados en Internet están en la orden del día.

Como conclusión final me gustaría añadir que, como mencionan Hadjistavropoulos et. al. (2014) en su artículo, aunque es necesaria mucha investigación en este ámbito para mejorar aún más este tipo de tratamiento, las investigaciones existentes muestran que muchos pacientes están interesados y comprometidos con este tratamiento, experimentan grandes mejoras y muestran una alta satisfacción. Todo esto provoca que gran parte del terreno ya esté ganado y aporta ganas y motivos para seguir investigando.

6. REFERENCIAS

ÍNDICE

6. REFERENCIAS.....	44-49
---------------------	-------

6. REFERENCIAS

- Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H., De Girolamo G., Graaf R., Demyttenaere K., Gasquet I., Haro J.M., Katz S.J., Kessler R.C., Kovess V., Lépine J.P., Ormel J., Polidori G., Russo L.J., Vilagut G., Almansa J., Arbabzadeh-Bouchez S., Autonell J., Bernal M., Buist-Bouwman M., Codony M., Domingo-Salvany A., Ferrer M., Joo S.S., Martínez-Alonso M., Matschinger H., Mazzi F., Morgan Z., Morosini P., Palacín C., Romera B., Taub N., Vollebergh W.A.; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) (2004) Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, 109, 21–27.
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA.
- Andersson, G. (2015). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 12.1-12.23.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 175-180.
- Andersson G., Bergström J., Bührman M., Carlbring P., Holländare F., Kaldö, V., Nilsson-Ihrfelt, E., Paxling, B., Ström, L. & Waara, J. (2008). Development of a new approach to guided self-help via the Internet. The Swedish experience. *Journal of Technology and Human Services*, 26, 161–81.
- Andrews, G. & Williams, A.D. (2015). Up-scaling clinician assisted Internet cognitive behavioural therapy (ICBT) for depression: A model for dissemination into primary care. *Clinical Psychology Review*, 41, 40-48.
- Barak, A. (2004). The contribution of factors of session impact and textual parameters in helping highly distressed people in an emotional support chat. In H. Kordy (Chair), Paper presented in a symposium, “Clinical evolutions and technological innovations (III): Novel opportunities to understand change in psychotherapy”, conducted at the 35th Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Rome, Italy.
- Barak, A. (2007). Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project report. *Computers in Human Behavior*, 23, 971-984.
- Barak, A., Boniel-Nissim, M., Suler, J. (2008). Fostering empowerment in online support groups. *Computers in Human Behaviour*, 24, 1867–1883.
- Barak A., Klein B. & Proudfoot J.G. (2009). Defining Internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38, 4–17.
- Barak, A., & Miron, O. (2005). Writing characteristics of suicidal people on the Internet: A psychological investigation of emerging social environments. *Suicide and Life-threatening Behaviour*, 35, 507–524.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión* (20 Ed). (S. del Viso, Trans.). Bilbao: Desclée De Brouwer. (Trabajo original publicado en 1983).
- Berger, T., Hämmerli, K., Gubser, N., Andersson, G., & Caspar, F. (2011). Internet-based treatment of depression: A randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(4), 251–266.
- Berger, M., Wagner, T., y Baker, L. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social Science and Medicine*, 61, 1821-1827.
- Berry RR, Lai B. (2014). The emerging role of technology in cognitive-behavioral therapy for anxious youth: a review. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 32, 57–66.
- Botella, C., Mira, A., Herrero, R., García-Palacios, A. & Baños, R. (2015). Un programa de intervención autoaplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión: Sonreír es divertido. *Aloma, Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 33(2), 39-48.

- Botella, C., Mira, A., Moragrega, I., García-Palacios, A., Bretón-López, J., Castilla, D., Riera López del Amo, A., Soler, C., Molinari, G., Quero, S., Guillén-Botella, V., Miralles, I., Nebot, S., Serrano, B., Majoe, D., Alcañiz, M. & Baños, R.M. (2016). An Internet-based program for depression using activity and physiological sensors: efficacy, expectations, satisfaction, and ease of use. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 393-406.
- Botella, C., Moragrega, I., Baños, R. & García-Palacios, A. (2011). Online predictive tools for intervention in mental illness: The Optimi project. En J.D. Westwood et al (Eds). *Studies in Health Technology and Informatics*, 164, 86-94.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R.M. & García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología*, 40(2), 155-170.
- Calear, A.L., Christensen, H., Mackinnon & Griffiths, K.M. (2013). Adherence to the MoodGYM program: Outcomes and predictors for an adolescent school-based population. *Journal of Affective Disorders*, 147, 338-344.
- Carlbring, P., y Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22, 545-553.
- Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F., & Riva, G. (2003). New and old tools in psychotherapy: The use of technology for the integration of traditional clinical treatments. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1/2), 33-44.
- Chang, T., & Yeh, C.J. (2003). Using online groups to provide support to Asian American men: Racial, cultural, gender, and treatment issues. *Professional Practice: Research and Practice*, 34(6), 634-643.
- Christensen, H., Griffiths, K.M. & Jorm, A.F. (2004). Delivering interventions for depression by using the Internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 1-5.
- Clarke, G., Eubanks, D., Reid, E., Kelleher, C., O'Connor, E., DeBar, L. L., et al. (2005). Overcoming Depression on the Internet (ODIN) (2): a randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. *Journal of Medical Internet Research*, 7, 16.
- Clarke, G., Kelleher, C., Hornbrook, M., Debar, L., Dickerson, J., & Gullion, C. (2009). Randomized effectiveness trial of an Internet, pure self-help, cognitive behavioral intervention for depressive symptoms in young adults. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 222-234.
- Clarke, G., Reid, E., Eubanks, D., O'Connor, E., DeBar, L. L., Kelleher, C., et al. (2002). Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, 4, 14.
- Copeland, W., Shanahan, L., Costello, E.J., & Angold, A. (2011). Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(3), 252-261.
- Copeland, J.R., Beekman, A. T., Braam, A.W., Dewey, M.E., Delespaul, P., Fuhrer, R., Hooijer C., Lawlor B.A., Kivela S.L., Lobo A., Magnusson H., Mann A.H., Meller I., Prince M.J., Reischies F., Roelands M., Skoog I., Turrina C., deVries M.W. & Wilson K.C. (2004). Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*, 3(1), 45-49.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Craighead, W.E., Sheets, E.S., Brosse, A.L., & Ilardi, S.S. (2007). Psychosocial treatments for major depressive disorder. En P. E. Nathan, & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (3 ed.). New York: Oxford University Press.
- Christensen, H., Griffiths, K., & Groves, C. (2004). *MoodGYM Training Programme: Clinician's Manual*. Canberra, Australia: Centre for Mental Health Research.
- Cuijpers, P., Donker, T., Johansson, R., Mohr, D.C., van Straten, A., & Andersson, G. (2011). Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a metaanalysis. *PLoS One*, 6, 21274.
-

- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J. & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40(12), 1943-1957.
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Oppen, P., & Andersson, G. (2008). Are psychological and pharmacological interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1675-1685.
- Donkin, L., Hickie, I.B., Christensen, H., Naismith, S.L., Neal, B., Cockayne, N.L. & Glozier, N. Sampling bias in an Internet treatment trial for depression. *Translational Psychiatry*, 2(10), 174.
- Ebert, D.D., Lehr, D., Baumeister, H., Boß, L., Riper, H., Cuijpers, P., Reins, J.A., Buntrock, C. & Berking, M. (2014). GET.ON-Mood Enhancer: efficacy of Internet-based guided self-help compared to psychoeducation for depression: an investigator-blinded randomised controlled trial. *Trials*, 15-39.
- Gaston, J.E., Abbott, M.J., Rapee, R.M. & Neary, S.A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48.
- Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P., Thorogood, M., (2006). Why are health care interventions delivered over the Internet? A systematic review of the published literature. *Journal of Medical Internet Research* 8(2), 10.
- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t).
- Hadjistavropoulos, H.D., Pugh, N.E., Nugent, M.M., Hesser, H., Andersson, G., Ivanov, M., Butz, C.G., Marchildon, G., Asmundson, G.J.G., Klein, B. & Austin, D.W. (2014). Therapist-assisted Internet-delivered cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: Translating evidence into clinical practice. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 884-893.
- Hollon, S.D., & DeRubeis, R.J. (2006). Effectiveness of treatment for depression. In R.L. Leahy (Ed.), *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice* (pp. 45-61). New York: Guilford Press.
- Hollon S.D., Jarrett R.B., Nierenberg A.A., Thase M.E., Trivedi M., Rush A.J. (2005). Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(4), 455-68.
- Kalntenthaler, E., Brazier, J., De Nigris, E., Tumor, I., Ferriter, M., Beverley, C., Parry, G., Rooney, G. & Sutcliffe, P. (2006). Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: A systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 10, 1-168.
- Kazdin, A.E. & Blase, S.L. (2011). Rebooting Psychotherapy Research and Practice to Reduce the Burden of Mental Illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6(1), 21-37.
- Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., & Wang, P. S (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiologia Psichiatria Sociale*, 18, 23-33.
- Kessler, R.C., Merikangas, K.R. & Wang, P.S. (2007). Prevalence, comorbidity and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 137-158.
- Knaevelsrud, C., y Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates development of a strong therapeutic alliance; a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 13.
- Kobak, K.A., Mundt, J.C. & Kennard, B. (2015). Integrating technology into cognitive behavior therapy for adolescent depression: a pilot study. *Annals of General Psychiatry*, 14, 1-10.
- Lepine, J. P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 3-7.
-

- Luppa M., Heinrich S., Angermeyer M.C., König H. & Riedel-Heller S.G. (2007). Cost of illness studies of depression. *Journal of Affective Disorders*, 98, 29–43.
- Marks, I. M., Cavanagh, K., & Gega, L. (2007). *Hands-on help. Maudsley Monograph no. 49. Hove, UK: Psychology Press.*
- Mathers, C.D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and Burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), 442.
- Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., et al. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C.G., Andersson, G. & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 11, 15.
- Mira, A. (2014). *Eficacia diferencial de un programa de intervención auto-aplicado a través de Internet para la prevención y el tratamiento de la depresión leve o moderada con apoyo y sin apoyo por parte del terapeuta.* Tesis Doctoral. Universitat Jaume I.
- Mohr, D.C., Ho, J., Duffecy, J., Baron, K.G., Lehman, K.A., & Jin, L. (2010). Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 394-409.
- Mora, L., Nevid, J. & Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for Internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior*, 24, 3052-3062.
- Moritz, S., Schilling, L., Hauschildt, M., Schröder, J. & Treszl, A. (2012). A randomized controlled trial of internet-based therapy in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 513-521.
- Muñoz, R.F. (2010). Using evidence-based Internet interventions to reduce health disparities worldwide. *Journal of Medical Internet Research* 12, 60.
- Murdoch, J.W., & Connor-Greene, P.A. (2000). Enhancing therapeutic impact and therapeutic alliance through electronic mail homework assignments. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(4), 232–237.
- Murray C.J.L. & Lopez A.D. (1996). Evidence-based health policy-lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274, 740–743.
- National Clinical Practice Guideline (2004). Depression: management of depression in primary and secondary care. *National Clinical Practice Guideline*, 23.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS) (2006). *Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. Technology Appraisal 97.* London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Newby, J.M., Mackenzie, A., Williams, A.D., McIntyre, K., Watts, S., Wong, N., et al. (2013). Internet cognitive behavioural therapy for mixed anxiety and depression: A randomized controlled trial and evidence of effectiveness in primary care. *Psychological Medicine, FirstView*, 1–14.
- Newby, J., Mewton, L., Williams, A. D., & Andrews, G. (2014). The effectiveness of transdiagnostic internet cognitive behavioural (iCBT) treatment for anxiety and depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 165, 45–52.
- Newman, M.G., Szkodny, L.E., Llera, S.J & Przeworski. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31, 89-103.
- Pelechano, V. (2007). Viejas y nuevas cuestiones en las viejas y nuevas terapias psicológicas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 12, 71-90.
- Perini S, Titov N & Andrews G. (2008). The Sadness program: an open trial of Internet-based treatment for panic disorder. *E-Journal of Applied Psychology*, 4, 2.
- Perini, S., Titov, N. & Andrews, G. (2009). Clinical-assisted Internet-based treatment is effective for depression: Randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 571-578.
-

- Pirkis, J., Pfaff, J., Williamson, M., Tyson, O., Stocks, N., Goldney, R. & Almeida, O. P. (2009). The community prevalence of depression in older Australians. *Journal of Affective Disorders*, 115, 54–61.
- Radhu, N., Daskalakis, Z.J., Arpin-Cribie, C.A., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Evaluating a web-based cognitive-behavioral therapy for maladaptive perfectionism in university students. *Journal of American College Health*, 60, 357-366.
- Ramírez-Moreno, J.M., Giménez-Garrido, J., Álvarez-González, A., Saul-Calvo, M., Bermudo-Benito, E., Cabanillas-Jado, A. & Casado-Naranjo, I. (2007). Programa piloto de atención a pacientes con migraña a través de un sistema de telemedicina-teleconsulta en la práctica clínica diaria. *Revista de Neurología*, 45, 73-76.
- Reins, J.A., Ebert, D.D., Lehr, D., Riper, H., Cujipers, P. & Berking, M. (2013). Internet-based treatment of major depression for patients on a waiting list for inpatient psychotherapy: protocol for a multi-centre randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 318, 327
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: a review. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1117-1125.
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329-342.
- Richards, D., Timulak, L., O'Brien, E., Hayes, C., Vignano, N., Sharry, J. & Doherty, G. (2015). A randomized controlled trial of an internet-delivered treatment: Its potential as a low-intensity community intervention for adults with symptoms of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 20-31.
- Robinson, E., Titov, N., Andrews, McIntyre, K., Schwencke, & Solley, K. (2010). Internet treatment for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS ONE*, 5, 10942.
- Ryan, M.L., Shochet, I.M., Stallman, H.M. (2008). Universal online interventions might engage psychologically distressed university students who are unlikely to seek formal help. *Advances in Mental Health*, 9, 73–83.
- Sanchez-Ortiz, V. C., Munro, C., Stahl, D., House, J., Startup, H., Treasure, J., Williams, C. & Schmidt, U. (2011). A randomized controlled trial of Internet-based cognitive-behavior for bulimia nervosa or related disorders in a student population. *Psychological Medicine*, 41, 407-417.
- Sanderson K, Andrews G, Corry J & Lapsley H. (2003) Reducing the burden of affective disorders: is evidence-based health care affordable? *Journal of Affective Disorders*, 77, 109 125.
- Shore, J. H., Hilty, D.M., y Yellowlees, P. (2007). Emergency management guidelines for telepsychiatry. *General Hospital Psychiatry*, 29, 199-206.
- Sobocki P., Jonsson B., Angst J. & Rehnberg C. (2006). Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9, 87–98.
- Soto-Pérez, F., Franco, M., Monardes, C. & Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología Clínica*, 15(1), 19-37.
- Tillfors, M., Carlbring, P., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Spak, M., Eriksson, A., Westling, B.E. & Andersson, G. (2008). Treating university students with social phobia and public-speaking fears: Internet delivered self-help with or without live group exposure sessions. *Depression and Anxiety*, 25, 708-717
- 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), 10939-10948.
- Titov, N., Dear, B.F., Ali, S., Zou, J.B., Lorian, C.N., Terides, M.D., Kayrouz, R., Klein, B., Gandy, M. & Fogliati, V.J. (2015). Clinical and Cost-Effectiveness of Therapist-Guided Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for older Adults With Symptoms of Depression: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 46, 193-205.
- Titov, N., Dear, B.F., Johnston, L. & Terides, M. (2012). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety and depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 237-260.
- Titov N. (2007). Status of computerized cognitive behavioural therapy for adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 95-114.
-

- Twomey, C., O'Reilly, G., Byrne, M., Bury, M., White, A., Kissane, S., McMahon, A. & Clancy, N. (2014). A randomized controlled trial of the computerized CBT programme, MoodGYM, for public mental health service users waiting for interventions. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 433-450.
- Vallejo, M.A. & Jordán, C.M. (2007). Psicoterapia a través de Internet: Recursos tecnológicos en la práctica de la psicoterapia. *Boletín de Psicología*, 91, 27-42.
- Van Schaik, D., Klijn, A., & van Hout, H. (2004). Patients preferences in the treatment of depressive disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 26, 184-189.
- Williams, A.D., & Andrews, G. (2013). The effectiveness of internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for depression in primary care: A quality assurance study. *PLoS One*, 8(2), 57447.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. & Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.
-